



ORIGINAL

Auditorías en seguridad clínica para centros de atención primaria. Estudio piloto[☆]

Miriam Ruiz Sánchez^{a,*}, Francisco Borrell-Carrió^b, Cristina Ortodó Parra^a,
Neus Fernàndez I Danés^a y Anna Fité Gallego^c

^a Medicina de Familia y Comunitaria, EAP Centre SAP Delta del Llobregat, Unitat Docent de Costa de Ponent, ICS, Barcelona, España

^b Medicina de Familia y Comunitaria, EAP La Gavarra, SAP Baix Llobregat Centre, Departament de Ciències clíniques, Facultat de Medicina, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^c Unidad de Medicina Preventiva, Hospital Universitario de Bellvitge, ICS, Barcelona, España

Recibido el 9 de octubre de 2012; aceptado el 9 de enero de 2013

Disponible en Internet el 7 de marzo de 2013

PALABRAS CLAVE

Seguridad clínica;
Atención primaria;
Seguridad del paciente;
Calidad asistencial;
Auditoría

Resumen

Objetivo: Detectar procesos organizativos, infracciones de normas o actuaciones profesionales que supongan niveles de inseguridad clínica.

Diseño: Estudio descriptivo transversal mediante encuesta personalizada heteroadministrada de junio de 2008 hasta febrero de 2010.

Emplazamiento: Trece de los 53 equipos de atención primaria (EAP) del ICS Costa de Ponent, Barcelona.

Participantes: Trabajadores de 13 EAP agrupados en: director/a, adjunto/a, responsable del servicio de admisiones y médico/a centinela.

Métodos: Selección no aleatoria, aparejando centros docentes/no docentes, urbanos/rurales, pequeños/grandes. Se evaluaron 33 indicadores: 15 de procedimientos, 9 de cultura y actitud, 3 de formación y 6 de comunicación. Criterios de exclusión: no colaboración.

Resultados: Características de los 55 profesionales encuestados: 84,6% de centros urbanos, 46,2% docentes y 76,9% EAP grandes. Distribución por estamentos: 13 responsables de atención al usuario, 13 adjuntos de enfermería, 13 directores y 16 médicos centinelas. Nivel de inseguridad: < 50% respuestas afirmativas por indicador.

Los EAP estudiados presentaron niveles de inseguridad en: recepción de nuevos profesionales médicos, administración de inyectables, sistema de recogida de domicilios por enfermería en fines de semana, interconsultas urgentes a especialistas, pacientes agresivos, presencia de incidentes críticos sobre las agendas de los médicos y barreras de comunicación en planes terapéuticos y con inmigrantes.

[☆] Este trabajo fue presentado como póster con el título «Seguridad clínica en los centros de salud» en el Congreso SEMFyC celebrado del 16 al 18 de junio en Valencia: póster n.º 30, Feria de Valencia, año 2010.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mirusa77@hotmail.com (M. Ruiz Sánchez).

KEYWORDS

Safety management;
 Primary health care;
 Patient safety;
 Quality of health
 care;
 Management audit

Discusión y conclusiones: La seguridad clínica está en la agenda de los centros de salud. Las áreas detectadas de inseguridad son fácilmente abordables, y están consideradas en el futuro sistema de acreditación de la *Generalitat de Catalunya*. Los médicos centinelas son más críticos que los directores y los centros docentes, rurales y pequeños, refieren mejor percepción de seguridad.

© 2012 Elsevier España, S.L. Open access under [CC BY-NC-ND license](#).

Clinical safety audits for primary care centers. A pilot study**Abstract**

Objective: To identify organizational processes, violations of rules, or professional performances that pose clinical levels of insecurity.

Design: Descriptive cross-sectional survey with customized externally-behavioral verification and comparison of sources, conducted from June 2008 to February 2010.

Setting: Thirteen of the 53 primary care teams (PCT) of the Catalan Health Institute (ICS Costa de Ponent, Barcelona).

Participants: Employees of 13 PCT classified into: director, nurse director, customer care administrators, and general practitioners.

Methods: Non-random selection, teaching (TC)/non-teaching, urban (UC)/rural and small/large (LC) health care centers (HCC). A total of 33 indicators were evaluated; 15 of procedures, 9 of attitude, 3 of training, and 6 of communication. Level of uncertainty: <50% positive answers for each indicator. Exclusion criteria: no collaboration.

Results: A total of 55 professionals participated (84.6% UC, 46.2% LC and 76.9% TC). Rank distribution: 13 customer care administrators, 13 nurse directors, 13 HCC directors, and 16 general practitioners.

Levels of insecurity emerged from the following areas: reception of new medical professionals, injections administration, nursing weekend home calls, urgent consultations to specialists, aggressive patients, critical incidents over the agenda of the doctors, communication barriers with patients about treatment plans, and with immigrants.

Discussion and conclusions: Clinical safety is on the agenda of the health centers. Identified areas of uncertainty are easily approachable, and are considered in the future system of accreditation of the Catalan Government. General practitioners are more critical than directors, and teaching health care centers, rural and small HCC had a better sense of security.

© 2012 Elsevier España, S.L. Open access under [CC BY-NC-ND license](#).

Introducción

La seguridad clínica está en la agenda de profesionales, políticos y pacientes. El estudio APEAS^{1,2} puso de relieve que la prevalencia de las consultas de atención primaria en las que se presentó algún evento adverso fue del 10,11% de las consultas y que la mayoría estaban relacionados con el uso de medicamentos, con los cuidados y con la comunicación. El 40% de estos eventos adversos se consideraron evitables siendo más evitables cuanto más graves.

Por otro lado, en un estudio cualitativo previo sobre la experiencia de errores percibidos por los profesionales de primaria, se mostraba que cada médico reconocía una media de 10 errores por año^{3,4}.

Sin embargo, determinar los niveles de seguridad clínica de un centro de salud no es tarea fácil. Las estrategias que se han probado han sido variadas:

- Acreditar a los centros mediante una batería de indicadores objetivos determinados por auditores externos. No existe una acreditación específica en seguridad clínica, pero los protocolos de la *Joint Commission International*,

así como la ISO, contienen aspectos relevantes al respecto.

- Determinar el nivel de cultura grupal en seguridad del paciente como un indicador intermedio fiable y específico de los niveles de seguridad de un servicio asistencial concreto. Numerosos son los trabajos que parten de esta premisa y aplican instrumentos estandarizados para determinar estos niveles de cultura grupal.
- Realizar estudios de percepción mediante grupos nominales. En este caso son los profesionales quienes a partir de sus vivencias determinan los aspectos organizativos o de procedimientos en los que en alguna ocasión han detectado casi errores o eventos adversos. La notificación de eventos adversos a bases de datos *ad hoc* es una variante de esta perspectiva. Este tipo de estudios deben basarse en una taxonomía que asegure que los informantes tienen en cuenta toda la variedad de eventos adversos posibles, y sepan distinguir aquellos que son prevenibles de los que no lo son.

El presente estudio se propone examinar 4 áreas relevantes en la seguridad de los EAPS: procedimientos, formación,

Tabla 1 Indicadores de seguridad clínica

Grupo de indicadores	N.º total de indicadores	N.º de variables de los indicadores	N.º de variables cualitativas nominales dicotómicas	N.º de variables cualitativas ordinales politómicas	N.º de variables cuantitativas de intervalo
Procedimientos	15	60	40	17	3
Formación	3	9	5	2	2
Cultura y actitudes	9	20	11	5	4
Comunicación	6	15	8	4	3

comunicación y cultura de la seguridad, sobre las que existe evidencias de su impacto en la prevención de riesgos¹⁻¹⁴. Así mismo, se adhiere al esfuerzo que realiza el ICS y la *Consejería de Sanitat* de Cataluña para llegar a un diseño para la acreditación de centros de salud, en concreto en el apartado de seguridad clínica.

Material y métodos

Diseño del estudio

Estudio descriptivo transversal realizado durante los meses de julio de 2008 hasta febrero de 2010.

Centros donde se realizó el estudio

Se seleccionaron un total de 13 centros de las SAP Baix Llobregat Centre, L'Hospitalet i l'Alt Penedès sobre un total de 53 centros de equipos de atención primaria del área de Costa de Ponent, de los cuales 2 centros eran rurales y 11 centros eran urbanos. Por otro lado, 6 centros estaban acreditados para la docencia, 3 centros tenían un tamaño inferior a 20 profesionales sanitarios y 3 parejas de centros compartían el mismo edificio.

La selección de centros se hizo sobre un total de 53 centros, aparejando cada centro acreditado para la docencia con un centro no acreditado de características similares y procurando que, como mínimo, 3 centros fueran grandes. Respecto a la selección de los centros rurales se escogieron los 2 centros con la población más dispersa del área de estudio.

Criterio de exclusión de los centros

No colaborar o poner obstáculos para realizar el estudio.

Selección de participantes

Se seleccionaron los representantes de cada estamento profesional con plaza estable en el centro en el momento de la entrevista. La selección del médico/a centinela fue a cargo del director del equipo y fue escogido en función de su disponibilidad siempre que cumpliera los siguientes requisitos: tener plaza en propiedad o en su defecto llevar más de 5-10 años en el centro y tener entre 40-55 años.

Criterios de inclusión

Aceptar colaborar en la entrevista individualizada por estamentos.

Criterios de exclusión

No colaboración o resistencia a proporcionar toda la información.

Metodología

El estudio se basaba en entrevistas individuales realizadas en un corto espacio de tiempo, para evitar que los diferentes participantes compartiesen las respuestas y contaminasen los resultados del estudio. La encuesta recoge información pero también solicita en algunos casos que el profesional muestre habilidades o recursos de tipo material (instrumental, medicación, manual, etc.).

Diseño de la encuesta

La encuesta utilizada puede consultarse en Internet¹⁵ y se componía de los siguientes elementos: a) indicadores de seguridad clínica; b) fuentes de información, y c) contraste de las fuentes.

- 1) *Indicadores de seguridad clínica*. Se seleccionaron 33 indicadores de seguridad agrupados en 4 categorías que están descritas en la [tabla 1](#). Estos indicadores de seguridad clínica fueron escogidos en función del mapa de seguridad clínica de un centro de salud^{2,3} que se elaboró el año 2006-2007, y fueron ajustados en algunos casos a una respuesta dicotómica y en otros a una escala de Likert.
- 2) *Fuentes de información*. Fueron escogidos como fuente de información los 3 miembros del equipo directivo del EAP más un médico/a centinela. En la [tabla 2](#) se especifican el número de indicadores dirigidos a cada estamento y el número de indicadores cruzados.
- 3) *Contraste de las fuentes*. Algunos de los indicadores se solicitaban a diferentes fuentes, permitiendo comparar los ([tabla 2](#)).

Definición de las variables analizadas

Se recogieron como variables dependientes las características del centro y de los profesionales que actuaban como

Tabla 2 Distribución de los indicadores de seguridad clínica y fuentes de información

Grupo de indicadores	Indicadores	Nivel de seguridad ^a	Vc ^b	Fuente de la información ^c			
				1	2	3	4
Procedimientos	Recepción de nuevos profesionales	C	x	x	x	x	x
	Circuitos de derivaciones a especialistas	C		x		x	
	Pruebas complementarias	C				x	x
	Órdenes de enfermería fines de semana y festivos	C	x	x	x		
	Priorización de visitas urgentes	B		x			
	Asistencia a las guardias	B				x	
	Competencia RCP	B	x			x	x
	Avituallamiento maletín de urgencias vitales	A	x		x		x
	Instrumental básico	B	x				x
	Manejo de pacientes crónicos	B			x		x
	Recomendación de uso de <i>blisters</i> de medicación crónica	C			x	x	x
	Recepción de domicilios urgentes	C			x		x
	Cumplimiento de domicilios	C			x		x
	Resolución de dudas clínicas	B					x
	Administración de inyectables	C			x		
Formación	Formación de urgencias y simulacros	B				x	x
	Conocimiento de urgencias	B	x				x
Cultura y actitud del equipo	Interconsultas a especialistas	B				x	x
	Periodo tutelado	C		x	x	x	x
	Confianza en otros especialistas	B				x	
	Comentar errores clínicos	A				x	x
	Sesiones clínicas	B				x	
	Agenda de visitas telefónicas	B				x	
	Presencia de incidentes críticos sobre agendas	C					x
	Responsable de domicilios de crónicos	A				x	
	Información antes de realizar domicilio	B					x
	Accesibilidad médicos	C		x			
Comunicación	Personal administrativo-médico	A		x			
	Enfermería-médico	A			x		x
	Médico-médico	A					x
	Inmigrante-médico	C					x
	Comprensión de las instrucciones terapéuticas de los pacientes	C					x
	Interacciones agresivas con pacientes	C					x

^a A: nivel de seguridad óptimo; B: nivel de seguridad aceptable; C: nivel de inseguridad.

^b Vc: indicador que requiere de verificación conductual, por ejemplo, mostrar que se sabe hacer algo o que se dispone de determinado material, impreso, etc.

^c 1: responsable de atención al usuario; 2: adjunto de enfermería; 3: director centro de salud; 4: médico centinela.

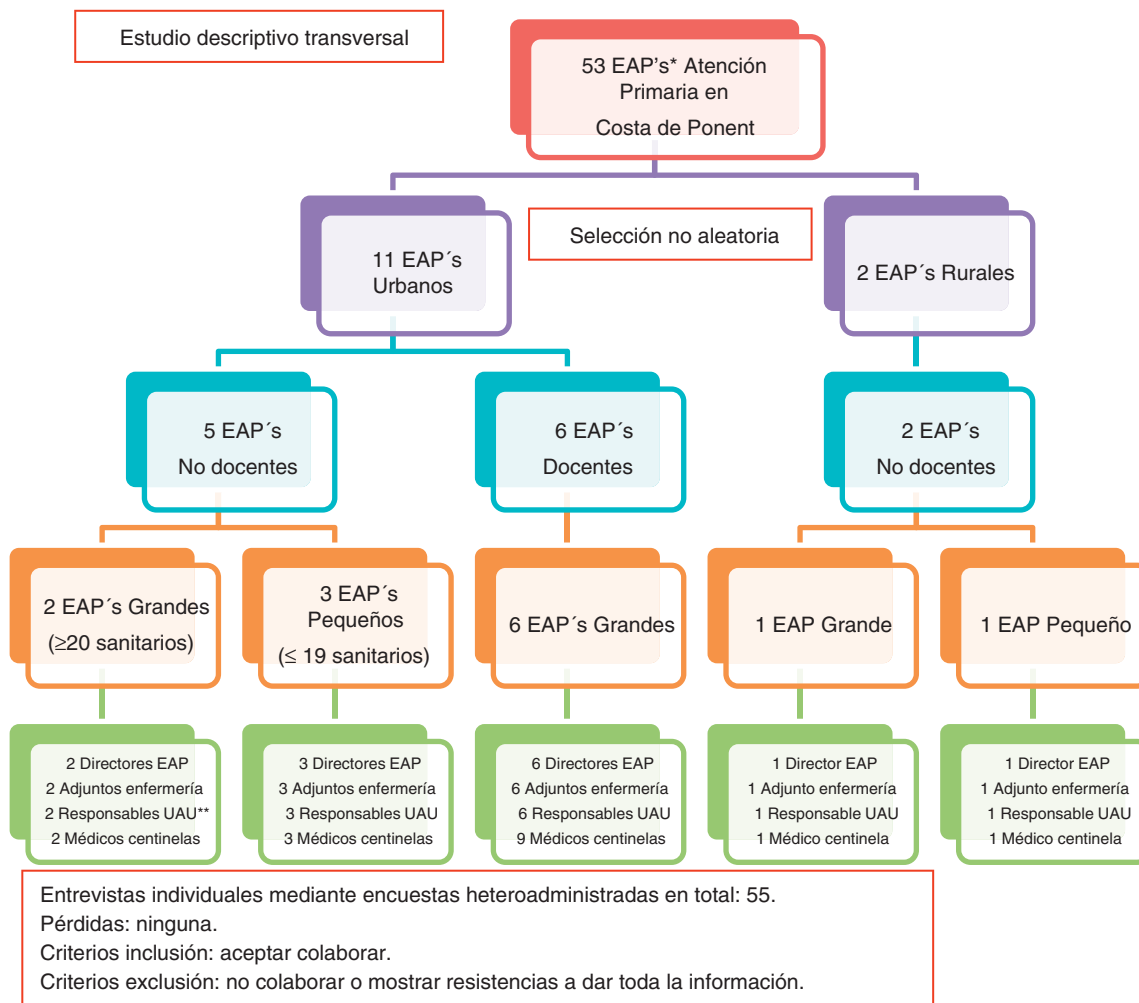
fuente de información, y como variables independientes los 33 indicadores que se han descrito en la [tabla 1](#).

Para cada indicador se definió qué resultado expresaba seguridad y qué resultado expresaba un nivel adecuado de seguridad o de riesgo clínico. Con ese fin se agruparon, para cada indicador, todas las respuestas de los profesionales encuestados del mismo estamento de los 13 centros de atención primaria. Si los informantes declaraban en < 50% que el indicador era positivo a seguridad clínica, se consideró por consenso grupal que se trataba de un indicador con necesidad de mejora. Unos niveles entre 50 y 79% fueron considerados aceptables. Un porcentaje mayor del 80% de los informantes se consideró óptimo.

Análisis de los datos

Los ítems del cuestionario eran variables cualitativas nominales dicotómicas o cualitativas ordinales politómicas y fueron analizadas por el programa SPSS versión 15.0. Para cada indicador se definieron, por consenso grupal, una gradación de óptimo, aceptable o inseguridad.

El análisis estadístico se basó en una descripción de frecuencias y la comparación de las mismas, que se resume en la [tabla 3](#), así como la descripción de la concordancia entre los siguientes grupos: urbano/rural, docente/no docente, pequeños/grandes, médicos centinelas/directores y entre los 4 estamentos.



Esquema general del estudio: Diseño descriptivo transversal con entrevistas individuales mediante encuestas heteroadministradas. EAP: equipos atención primaria; UAU: unidad de atención al usuario.

Resultados

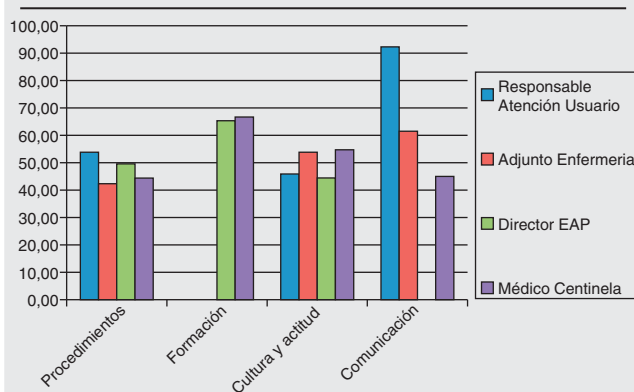
Como media, auditar un centro de salud con los 4 informantes supuso 1 h y 46 min.

En la [tabla 4](#) resumimos las características de los participantes.

Se detectaron niveles de seguridad aceptables ($\geq 50\%$) en la mayoría de indicadores estudiados ([tabla 2](#)) excepto:

- *Recepción de nuevos profesionales médicos.*
- *La administración de inyectables de enfermería.* Ante la posibilidad de un shock, enfermería manifestó insuficiente formación.
- *Gestión de interconsultas urgentes a especialistas y de pruebas complementarias.* Una derivación realizada por el médico de familia como preferente o urgente puede ser cambiada de prioridad por el especialista sin notificación. El extravío de derivaciones y resultados de pruebas complementarias de carácter urgente también se incluyen en este indicador.
- *Verificación del cumplimiento de domicilios urgentes y sistema de recogida de domicilios de enfermería en fines*

Tabla 3 Comparación de frecuencias entre estamentos según los 4 grupos de indicadores



Nota: $\geq 80\%$ de coincidencias de respuestas de nivel seguridad óptimo; 50-79% nivel de seguridad aceptable; $< 50\%$ nivel de inseguridad.

Tabla 4 Descripción de los participantes según los 4 estamentos profesionales encuestados

	Responsable de atención al usuario	Adjunto de enfermería	Director del centro de salud	Médico centinela
<i>N.º total entrevistados</i>	13	13	13	16
Hombres (%)	7,7	23,07	46,15	31,25
Mujeres (%)	92,3	76,92	53,84	68,75
<i>Media edad total (años)</i>				
Hombres	47	52	45	45
Mujeres	45	47	45	48
<i>Media años experiencia cargo (años)</i>				
Hombres	1	10	4	13
Mujeres	3	7	7	15
<i>Encuestados centro urbano (%)</i>	84,6	84,6	84,6	87,5
<i>Encuestados centro rural (%)</i>	15,4	15,4	15,4	12,5
<i>Encuestados centros acreditados para la docencia (%)</i>	46,2	46,2	46,2	56,3
<i>Encuestados centros no acreditados (%)</i>	53,8	53,8	53,8	43,7
<i>Encuestados centros grandes (≥ 20 sanitarios) (%)</i>	76,9	76,9	76,9	81,3
<i>Encuestados centros pequeños (%)</i>	23,1	23,1	23,1	18,7

de semana: Este indicador se refiere a si algún profesional verifica que no quede ningún domicilio por realizar en el día a día de los centros y los fines de semana.

- *Presencia de incidentes críticos sobre las agendas de los médicos*. Por ejemplo tener que hacer un turno laboral extra sin aviso previo o que se dupliquen el número de visitas de la agenda con el consiguiente exceso de presión asistencial.
- *Interacciones con pacientes agresivos*.
- *No comprensión por parte de los pacientes del plan terapéutico*.
- *Barreras idiomáticas con pacientes inmigrantes*.

Concordancias entre médicos centinelas y directores

Se detectó un sesgo más crítico para parte de los médicos centinelas en lo que se refiere a los indicadores estudiados.

Percepción de seguridad según el tipo de centro

Mostraron mejor percepción los centros rurales, los centros docentes y los centros pequeños.

Discusión

El deseo de una práctica clínica libre de riesgos es utópico, pero esforzarnos en su mejora no es solo nuestra responsabilidad profesional sino un deber moral. Ahora bien, no resulta un camino fácil si atendemos a las fuentes de inseguridad (reflejadas en el estudio previo APEAS¹). Son múltiples y obligan a diferentes estrategias: programas de ayudas a la prescripción farmacológica segura¹², acreditación de competencias y mejoras organizativas. Nuestro estudio se inscribe en este último enfoque como prolongación del análisis de riesgos con métodos cualitativos realizado en el año 2006^{3,4}. El citado estudio nos ha permitido definir

las variables de la *tabla 2*, agrupadas en 4 epígrafes que responden a los modelos de seguridad clínica vigentes. La auditoría externa se pensó en un formato mixto, de encuesta y actuarial, en la que unos informantes autorizados por la empresa (director del equipo, adjunto de enfermería y responsable de la atención al usuario) tenían el contrapunto de un informante sin responsabilidades directivas (médico centinela). En síntesis: contraste entre informantes, y entre la información verbal y lo efectivamente mostrado por el informante (por ejemplo, localizando un desfibrilador, mostrando una determinada medicación, etc.).

Los resultados que hemos encontrado demuestran que los médicos que se incorporan por primera vez a su lugar de trabajo carecen en general de un procedimiento de acogida o período de tutorización; los médicos también perciben riesgo en los incidentes críticos sobre sus agendas, (por ejemplo, que les inserten las visitas de un colega que está de baja); finalmente expresan preocupación por derivaciones urgentes sobre las que no se tienen mecanismos para detectar si se extravían o demoran en exceso. Las enfermeras por su parte temen encontrarse con un shock anafiláctico debido a la administración de inyectables, así como la carencia de un mecanismo de supervisión sobre domicilios a cubrir en fin de semana. De manera más general, en el apartado de comunicación emerge el abordaje del paciente agresivo, con dificultades para comprender un plan terapéutico y la comunicación con el paciente inmigrante.

Si estas son las carencias merece la pena denotar las fortalezas: a priori pensábamos que aspectos como el avituallamiento de maletines, la comunicación médico-enfermera, los turnos de guardia o la reanimación cardíaca, entre otros, serían problemáticos. No ha sido así, y en este resultado no es ajena cierta cultura de la seguridad que se ha extendido por el conjunto del ICS gracias a iniciativas lideradas por la Alianza para la Seguridad del Paciente (Dirección General de Recursos Sanitarios), y por la propia dirección asistencial. Por todo ello, creemos que se ha superado el umbral de sensibilización profesional sobre la seguridad

clínica, y que el principal obstáculo es la resistencia a cambios organizativos.

Se detectó un sesgo más crítico de los médicos centinelas en relación con la opinión de los directivos cuando valoraban idénticos temas. Posiblemente ello se deba a un mayor grado de compromiso de los directivos con los resultados del centro, aunque no supone automáticamente que el médico centinela deba ser más objetivo. En ocasiones el directivo conoce con mayor profundidad cambios que se han iniciado y que aún no los perciben los profesionales. Los directivos sabían que la encuesta contrastaría su opinión con la de un médico centinela, lo que sin duda añadió esfuerzo de objetividad a su testimonio. Por otro lado se detectaron mejores niveles de seguridad en los centros docentes, no en vano están sujetos a un proceso de reacreditación bianual que afecta al conjunto del centro como a los profesionales. Resulta más problemático explicar el mejor nivel de seguridad de los centros rurales y de pequeño tamaño: puede deberse a un sesgo del estudio (pocos centros), a una mejor comunicación interna de los mismos o incluso a una percepción más idealizada de su funcionamiento.

Durante la realización de este estudio, el *Departament de Salut* de la *Generalitat de Catalunya* ha dado a conocer los criterios que regirán en la acreditación de los centros de salud a los efectos de calidad y seguridad clínica⁶. El documento recoge la mayor parte de las variables consideradas por nosotros, no en vano pudimos participar en el mismo. La realización práctica gravitará sobre el equipo directivo de cada centro (auditoría interna), con verificación externa puntual. Las acreditaciones de la *Joint Comission* tienen una verificación sobre el terreno exhaustiva, lo que aumenta su coste y disminuye su factibilidad. Otras estrategias evalúan aspectos puntuales de la seguridad clínica basándose en la percepción de los profesionales. En este sentido, se ha propuesto determinar la cultura en seguridad clínica de los equipos asistenciales como un indicador global de dicha seguridad clínica⁷⁻¹⁰. Por nuestra parte, el instrumento que proponemos aprovecha la información de los profesionales pero verifica y contrasta estas informaciones, todo ello en menos de 2 h.

La principal limitación de nuestro trabajo estriba en que nos basamos en indicadores no suficientemente validados (podríamos alegar que el origen de dichos indicadores por consenso experto apoya una validez de contenido^{3,4}) y sobre una muestra relativamente pequeña de centros de salud. La encuesta debe ganar en consistencia interna, manteniendo unos temas fijos y otros variables, lo que debería permitir que se adapte a la evolución de los centros de salud. En este sentido abogamos por una metodología que constaría de 3 fases: fase cualitativa en la que profesionales clínicos aportan sus percepciones de riesgo mediante grupos focales en función de su experiencia clínica; fase de encuestas sobre centros de salud escogidos que constataría la presencia de un problema episódico o estructural, y, finalmente, trasvase de estas experiencias al protocolo de acreditación donde los indicadores más relevantes se incorporarían a los estándares de calidad obligatorios u optativos. Ello permitiría valorar adecuadamente temas emergentes, como pueden ser de ergonomía física y cognitiva, uso de las TIC, etc.

En conclusión, se trata de un trabajo exploratorio que permite bosquejar un cuadro inédito de nuestros centros de

salud. Contra lo que suele suponerse podemos afirmar que la seguridad clínica está presente en las agendas de los centros de salud, y que existen lagunas organizativas, de procedimientos y comunicación que son fácilmente subsanables si las instituciones ponen en marcha programas específicos. La presencia de un complemento retributivo variable, la historia clínica electrónica y el sistema de «referentes» expertos en diferentes materias son instrumentos capaces de garantizar una mejora importante en la seguridad clínica en el próximo quinquenio. Una encuesta basada en informantes internos, pero con contraste actuarial y entre las fuentes, puede ser adecuada para complementar y orientar la estrategia institucional de acreditación de centros.

Lo conocido sobre el tema:

- La seguridad clínica es uno de los grandes retos institucionales. Los procesos de acreditación mejoran los niveles de seguridad.
- Desde hace unos 10 años se han iniciado experiencias piloto en seguridad clínica, aunque suele reconocerse que los centros de salud carecen en general de una cultura de la seguridad.
- Algunos centros españoles han superado acreditaciones en calidad que incorporan muchos aspectos de seguridad clínica.

Qué aporta este estudio:

- La agenda de la seguridad clínica está presente en los centros de salud: la mayor parte de los centros de salud auditados ha puesto en marcha medidas de seguridad en la recepción de nuevos profesionales, avituallamiento de material clínico, comunicación médico-enfermera, turnos de guardia o reanimación cardíaca.
- Un instrumento de auditoría externa que combine diferentes informantes y contraste su percepción con tareas demostrativas¹⁵ puede realizarse en menos de 2 h por centro. Este instrumento debería modificarse periódicamente para reflejar las percepciones de riesgo manifestadas por los profesionales mediante grupos focales.
- Las deficiencias encontradas en procedimientos, circuitos y comunicación resultan fácilmente abordables por los propios equipos y las instituciones.
- El principal obstáculo para poner en marcha políticas de mejora en la seguridad clínica no es la falta de cultura en seguridad del propio profesional, sino la resistencia al cambio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores expresan su agradecimiento al Dr. Jordi Torrabadella i Fàbrega de la *Unitat de Suport Assistencial de la SAP Delta del Llobregat* por su colaboración en el análisis estadístico del estudio, así como a la Dra. Carme Riera Minguet, Gerente del Àrea Metropolitana Sud, y a los profesionales que han participado en el estudio.

Bibliografía

1. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad del paciente en atención primaria de salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2008 [consultado Sept 2012]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio.apeas.pdf>
2. Terol E, Agra Y, Fernández-Maíllo MM, Casal J, Sierra E, Bandrés B, et al. Resultados de la estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud español, período 2005–2007. *Med Clin Monogr (Barc)*. 2008;131 Supl 3:4–11.
3. Borrell Carrió F, Hernández Clemente C, Toll Clavero J, Martí Nogué M. Mapa de errores de un servicio asistencial. EAP Gavarra. Barcelona: SAP Baix Llobregat Centre. ICS; 2006.
4. Borrell Carrió F, Hernández Clemente C, Toll Clavero J, Martí Nogué M. Mapa d'errors d'un servei assistencial i prescripció farmacèutica. *CatSalut. Butlletí e-farma RBS* (serial online), Codi WMA 1717. Setembre 2007; Num 01. Patrocinat pel Departament de Salut [consultado Sept 2012]. Generalitat de Catalunya. Disponible en: http://www10.gencat.net/catsalut/rsb/farmacia/efarma/articulos/mapa_errors.pdf
5. Institute of Medicine. *To err is human*. National Academy Press. Washington 2000 [consultado Sept 2012]. Disponible en: <http://iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20report%20brief.pdf>
6. Model de seguretat dels pacients a l'atenció primària. Manual d'estàndars. Maig 2012. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya [consultado Feb 2013]. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/SeguretatPacients/Que_es_la_seguretat_de_pacients/Actualitat/Arxius/MANUAL%20Model%20de%20seguretat%20dels%20pacients%20AP.pdf
7. Silvestre C. Encuesta a personal médico y de enfermería del sistema nacional de salud sobre la cultura de seguridad del paciente. Adaptada de: Hospital Survey on Patient Safety Culture. www.ahrq.gov. Financiado por el FIS: 06/1875 [consultado Sept 2012]. Disponible en: <http://culturaseguridadpaciente.umh.es/Encuesta%20seguridad%20FIS.pdf> <http://www.culturaseguridadpaciente.es/>
8. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2008 Comparative Database Report. AHRQ Publication No. 08-0039, March 2008. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD [consultado Sept 2012]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/hospurvey08/>
9. Surveys on Patient Safety Culture. March 2011. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD [consultado Sept 2013]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture>
10. Ballvé Moreno JL, Pujol Ribó G, Eguinoa San Roman B, Castellà Cuesta C, Moreno Bella JL. La comunicación interna en atención primaria, una aproximación cualitativa. *Aten Primaria*. 2010;42:185–6 [consultado Sept 2012]. Disponible en: http://issuu.com/gutiseque/docs/comunicacion_interna
11. Sociedad Medicina Familiar y Comunitaria (SeMFyC). Investigador Principal: Josep Casajuana Brunet, Meritxell Sánchez Amat. Efectividad de una intervención para introducir la cultura de la seguridad entre profesionales de los equipos de atención primaria (PROSEG). Año 2007-2008. Realizada mediante acuerdo del Departament de Salut con la Academia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears, y con el soporte metodológico del Instituto Universitario Avedis Donabedian [consultado Feb 2013]. Disponible en: http://23fx.de/segpm/project.list.php?Department_id=9#. Presentado como póster con el título «Dando a conocer la cultura de la seguridad del paciente» en la III Jornada de Mejora de la Seguridad del Paciente en Atención Primaria celebrado el 27 de abril, Madrid, año 2010. Disponible en: http://www.seguridadpaciente.com/2010/077_saname1.pdf
12. Catalán A, Borrell F, Amado E, Baena JM, Bendaham G, Galván L, et al. Prescripció farmacèutica segura (PREFASEG). *Annals de Medicina*. 2011;94:2-3.
13. Borrell Carrió F. Seguridad clínica en atención primaria. El enfoque sistémico (I). *Aten Primaria*. 2012;44:417–24.
14. Borrell Carrió F. Seguridad clínica en atención primaria. Los errores médicos (II). *Aten Primaria*. 2012;44:494–502.
15. Ruiz Sánchez M, Borrell Carrió F, Ortodó Parra C. Encuesta utilizada para el trabajo diseño y pilotaje de un cuestionario para realizar auditorías en seguridad clínica de los centros de atención primaria de Catalunya (versión original en catalán) [consultado Sep 2012]. Disponible en: https://docs.google.com/document/d/1CD-l8j4ZBN1hSOD0iNUadkG7Ip6-Z6ksOydXY_dhESM/edit?pli=1

Bibliografía recomendada

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/>
- Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Disponible en: <http://www.msc.es/gabinetePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.jsp?id=595>
- Fundación Avedis Donabedian. Disponible en: <http://www.fadq.org/>
- Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. Disponible en: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/>
- Institute for Healthcare Improvement. Protecting 5 millions lives. Disponible en: <http://www.ihl.org/offerings/Initiatives/PastStrategicInitiatives/5MillionLivesCampaign/Pages/default.aspx>
- National Patient Safety Agency (NPSA). Disponible en: <http://www.npsa.nhs.uk/>
- OMS/WHO Alianza Mundial para la seguridad del paciente. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/en/>
- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>