



ORIGINAL

La cultura de seguridad del paciente en los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia



Manuel Portela Romero^{a,*}, Rosendo Bugarín González^b y María Sol Rodríguez Calvo^c

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela, Servicio Gallego de Salud, Santiago de Compostela, A Coruña, España

^b Medicina Familiar y Comunitaria, Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t, Agencia de Conocimiento en Salud, ACIS, Servicio Gallego de Salud, Santiago de Compostela, A Coruña, España

^c Departamento de Anatomía Patológica y Ciencias Forenses, Área de Medicina Legal y Forense, Facultad de Medicina, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España

Recibido el 4 de julio de 2016; aceptado el 26 de septiembre de 2016

Disponible en Internet el 20 de abril de 2017

PALABRAS CLAVE

Cultura de seguridad;
Seguridad del paciente;
Medicina Familiar y Comunitaria

Resumen

Objetivo: Determinar la percepción que tienen los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) sobre las diferentes dimensiones de la seguridad del paciente para identificar posibles áreas de mejora.

Diseño: Estudio transversal descriptivo por encuesta.

Emplazamiento: Las 7 unidades docentes de MFyC de Galicia.

Participantes: Se incluyó a 182 médicos residentes de MFyC que contestaron el cuestionario *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*.

Mediciones: Se eligió el cuestionario *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* porque está traducido, validado y adaptado al modelo de atención primaria español. Los resultados se agruparon en las 12 dimensiones que evalúa dicho cuestionario. Las variables del estudio fueron las dimensiones del cuestionario y las variables sociodemográficas/laborales de los profesionales: edad, sexo, año de residencia y unidades docentes de MFyC.

Resultados: Las dimensiones «Aprendizaje organizacional» y «Trabajo en equipo» se consideraron *áreas fuertes*. En cambio, las dimensiones «Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad», «Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales» y «Ritmo y carga de trabajo» se consideraron áreas con un importante potencial de mejora. Los residentes de primer año obtuvieron los mejores resultados y los de cuarto, los peores.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manuel.portela.romero@sergas.es (M. Portela Romero).

KEYWORDS

Safety culture;
Patient safety;
Family practice

Conclusiones: Los resultados nos indican posiblemente la necesidad de incluir durante el proceso docente conocimientos básicos entre los profesionales en formación con el objetivo de incrementar y consolidar la frágil cultura de seguridad del paciente que se describe en este estudio.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Patient safety culture in Family practice residents of Galicia**Abstract**

Objective: To determine the views held by Family practice (FP) residents on the different dimensions of patient safety, in order to identify potential areas for improvement.

Design: A cross-sectional study.

Location: Seven FP of Galicia teaching units.

Participants: 182 FP residents who completed the Medical Office Survey on Patient Safety Culture questionnaire.

Measurements: The Medical Office Survey on Patient Safety Culture questionnaire was chosen because it is translated, validated, and adapted to the Spanish model of Primary Care. The results were grouped into 12 composites assessed by the mentioned questionnaire. The study variables were the socio-demographic dimensions of the questionnaire, as well as occupational/professional variables: age, gender, year of residence, and teaching unit of FP of Galicia.

Results: The "Organisational learning" and "Teamwork" items were considered *strong areas*. However, the "Patient safety and quality issues", "Information exchange with other settings", and "Work pressure and pace" items were considered areas with significant potential for improvement. First-year residents obtained the best results and the fourth-year ones the worst.

Conclusions: The results may indicate the need to include basic knowledge on patient safety in the teaching process of FP residents in order to increase and consolidate the fragile patient safety culture described in this study.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

«Opheléin e me bláptein» (Ayudar o, por lo menos, no perjudicar)

Hipócrates de Cos. Siglo v a. C.

Esta cita, enunciada hace 25 siglos, indica que la preocupación por la seguridad del paciente (SP) no es reciente, ya que desde sus orígenes, la Medicina tiene como principio no causar daño, aunque reconoce implícitamente la posibilidad de que sus actuaciones produzcan consecuencias indeseables.

A pesar de la accesibilidad y continuidad de la asistencia en la Atención Primaria (AP), los estudios sobre la SP realizados en este nivel han sido más escasos¹ que en el medio hospitalario. Diversos trabajos han puesto de manifiesto que se cometen errores en la atención (clínica, de procedimiento o administrativa) de los pacientes, pudiendo generar eventos adversos con daños². El estudio APEAS, de 2008, indicó que los eventos adversos en AP en España tienen una frecuencia del 11,18%, de los cuales el 70,2% serían evitables³.

En 2012, la OMS declaró que la SP en AP es un problema global que precisa soluciones locales y sostenibles⁴, recomendando la medición de la cultura de seguridad del paciente (CSP) como una de las primeras medidas a realizar⁵.

Recientemente se ha indicado que la formación pregrado en SP es mejorable tanto en Enfermería como en Medicina^{6,7}, y en el ámbito de la AP se reclama que la SP se considere un área de competencia que deben adquirir los residentes de Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC)⁸.

El presente estudio se realizó con el objetivo de determinar la percepción que tienen los médicos residentes de MFyC de Galicia sobre las diferentes dimensiones de la SP.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal descriptivo por encuesta tipo Likert⁹ dirigida a los 368 médicos residentes que estaban realizando su periodo formativo en 2015, en las 7 unidades docentes de MFyC (UDMFyC) de Galicia.

El instrumento de medida fue una versión electrónica del cuestionario *Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC)*, traducido, adaptado y validado para la AP en España¹⁰. El cuestionario fue facilitado a los médicos residentes de forma telemática a través de las comisiones de docencia de cada UDMFyC, garantizando en todo momento la confidencialidad.

El cuestionario MOSPSC consta de 63 preguntas dirigidas a evaluar 12 dimensiones de la CSP. Las variables del estudio fueron las dimensiones del cuestionario y las variables

sociodemográficas/laborales de los profesionales: edad, sexo, año de residencia y UDMFyC.

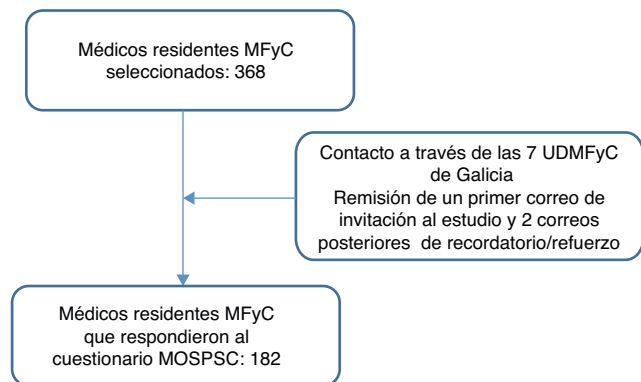
Se definió el índice sintético de seguridad del paciente (ISSP) como la media de las puntuaciones de todas las preguntas que integran las 12 dimensiones analizadas. En todos los casos el rango fue de 1 a 5. Se consideró como «percepción positiva», en una dimensión o en el ISSP, si obtenía una puntuación > 3; si la puntuación era ≥ 4 , se consideró como «percepción claramente positiva».

Se calcularon las frecuencias relativas de cada pregunta y se midieron los indicadores compuestos de cada dimensión. Se clasificaron las dimensiones como fortalezas o debilidades de la CSP utilizando los criterios de la *Agency for Healthcare Research and Quality*¹¹: fortalezas si > 75% de las respuestas eran positivas y debilidades si > 50% de las respuestas eran negativas.

Para conocer la CSP de los médicos residentes se calculó la media y el intervalo de confianza al 95% (IC 95%) de cada dimensión del cuestionario y del ISSP, y el porcentaje de personas con «percepción positiva» y «percepción claramente positiva» para cada dimensión e ISSP.

La relación entre la CSP respecto a las variables socio-demográficas y laborales se estudió con el coeficiente de correlación de Spearman. Se utilizaron las pruebas de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis, al comprobar la distribución no normal de las muestras, para analizar las posibles diferencias entre grupos. La significación estadística se estableció en $p = 0,05$. El análisis estadístico se realizó con SPSS v. 22.

Teniendo en cuenta que la población total de médicos residentes de MFyC en Galicia era de 368 en el momento de realizar el estudio, se calculó que con un nivel de confianza del 95% y un intervalo de confianza del 5% el tamaño muestral es de 185.



Esquema general del estudio: Estudio descriptivo transversal, mediante encuesta, para determinar la cultura de seguridad del paciente.

Resultados

Todas las UDMFyC de Galicia participaron en el estudio. De los 368 médicos residentes de MFyC que había en Galicia en el momento del estudio fueron incluidos en el mismo los 182 profesionales que respondieron al cuestionario (tasa de respuesta: 49,45%). La [tabla 1](#) muestra la frecuencia de participación por edad, sexo, año de residencia y UDMFyC.

La fiabilidad de la escala MOSPSC se calculó mediante el coeficiente de reproducibilidad alfa de Cronbach. Los

Tabla 1 Características de los médicos residentes encuestados

	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	154	84,6
Masculino	28	15,4
Edad, años		
≤ 25	30	16,5
26 a 28	93	51,1
29 a 31	33	18,1
32 a 34	5	2,7
≥ 35	21	11,5
Año de residencia		
R1	48	26,4
R2	28	15,4
R3	52	28,6
R4	54	29,7
UDMFyC		
A Coruña	36	19,8
Santiago	28	15,4
Ferrol	11	6,0
Pontevedra	23	12,6
Vigo	36	19,8
Lugo	26	14,3
Ourense	22	12,1
Total	182	100

coeficientes alfa de Cronbach de las distintas dimensiones evaluadas se situaron entre los valores de 0,72 a 0,86 ([tabla 2](#)). Se considera que valores del alfa superiores a 0,7 son suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala.

Las dimensiones «Formación del personal no sanitario», «Formación del personal sanitario», «Procedimientos establecidos en el centro», «Procedimientos establecidos en el centro (profesionales sanitarios)», «Comunicación franca» y «Comunicación sobre el error» obtuvieron valores menores a los anteriormente referidos, al situarse entre 0,62 y 0,69.

El perfil tipo correspondió a una mujer (84,6%) con una edad media de 28,75 años (IC 95% 28,08-29,41), edad mínima de 24 y máxima de 45, con 3 o más años de residencia (58,3%).

La puntuación media del ISSP fue 3,59 (IC 95% 3,51-3,66), con un rango entre 2,30 y 4,57.

La «Puntuación global en seguridad del paciente» obtuvo un valor medio de 3,28 (IC 95% 3,15 a 3,40), siendo su valor menor que el del resto de las dimensiones de CSP, a excepción de la dimensión «Ritmo y carga de trabajo» ([tabla 3](#)).

La dimensión que presentó mayor puntuación media fue «Trabajo en equipo», con 3,92 (IC 95% 3,81-4,03), seguida de «Seguimiento de la atención a los pacientes», con 3,88 (IC 95% 3,77-4,00), «Comunicación sobre el error», con 3,84 (IC 95% 3,73-3,95), «Aprendizaje organizacional», con 3,83 (IC 95% 3,44-3,68) y «Comunicación sobre el error. Profesionales sanitarios», con 3,81 (IC 95% 3,71-3,92).

La dimensión peor valorada fue «Ritmo y carga de trabajo», con una media de 2,62 (IC 95% 2,48-2,77), siendo la única que se situó por debajo de la puntuación de 3.

Tabla 2 Esquema del cuestionario *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* en su versión adaptada española con el coeficiente alfa de Cronbach de cada dimensión

Alfa de Cronbach de las dimensiones comparado con el pilotaje de la <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>		
Dimensión (preguntas que la integran)	Alfa de Cronbach Galicia	Alfa de Cronbach <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
1. Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9)	0,83	0,86
2. Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (B1, B2, B3, B4)	0,84	0,90
3. Trabajo en equipo (C1, C2, C5, C13)	0,74	0,83
4. Ritmo y carga de trabajo (C3, C6, C11, C14)	0,77	0,76
5. Formación del personal no sanitario (C4, C7, C10)	0,75	0,80
5b. Formación del personal sanitario (C16, C17, C18)	0,72	D
6. Procedimientos establecidos en el centro (C8, C9, C12, C15)	0,75	0,77
6b. Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales sanitarios (C8, C9, C12, C19)	0,74	D
7. Comunicación franca (D1, D2, D4, D10)	0,73	0,81
8. Seguimiento de la atención a los pacientes (D3, D5, D6, D9)	0,78	0,78
9. Comunicación sobre el error (D7, D8, D11, D12)	0,73	0,75
9b. Comunicación sobre el error. Profesionales sanitarios (D13, D8, D11, D14)	0,72	D
10. Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (E1, E2, E3, E4)	0,80	0,76
11. Aprendizaje organizacional (F1, F5, F7)	0,78	0,82
12. Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (F2, F3, F4, F6)	0,80	0,79
13. Puntuaciones globales sobre la calidad (G1A, G1B, G1C, G1D, G1E)	0,86	0,87

D: dimensiones incorporadas en la adaptación española.

Tabla 3 Puntuación media del índice sintético de seguridad del paciente y de cada una de las dimensiones del cuestionario en el total de la muestra

Puntuación media del ISSP y de cada una de las dimensiones del cuestionario en el total de la muestra	
Dimensiones	Media (IC 95%)
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad	3,42 (3,31-3,53)
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	3,44 (3,29-3,60)
Trabajo en equipo	3,92 (3,81-4,03)
Ritmo y carga de trabajo	2,62 (2,48-2,77)
Formación del personal no sanitario	3,55 (3,41-3,69)
Formación del personal sanitario	3,65 (3,53-3,77)
Procedimientos establecidos en el centro	3,49 (3,36-3,61)
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales sanitarios	3,54 (3,43-3,65)
Comunicación franca	3,77 (3,66-3,87)
Seguimiento de la atención a los pacientes	3,88 (3,77-4,00)
Comunicación sobre el error	3,84 (3,73-3,95)
Comunicación sobre el error. Profesionales sanitarios	3,81 (3,71-3,92)
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente	3,56 (3,55-3,60)
Aprendizaje organizacional	3,83 (3,44-3,68)
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad	3,75 (3,64-3,86)
Puntuaciones globales sobre la calidad	3,61 (3,5-3,71)
Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2)	3,28 (3,15-3,40)
Índice sintético de seguridad del paciente	3,59 (3,51-3,66)

Tabla 4 Media del porcentaje de respuestas positivas en la valoración de cada dimensión

Dimensiones de cultura de seguridad	Valoración de la dimensión (media del % de respuestas positivas)
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad	46% <i>potencial de mejora</i>
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	45% <i>potencial de mejora</i>
Trabajo en equipo	75% <i>área fuerte</i>
Ritmo y carga de trabajo	31% <i>potencial de mejora</i>
Formación del personal no sanitario	64%
Formación del personal sanitario	66%
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales no sanitarios	60%
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales sanitarios	61%
Comunicación franca	66%
Seguimiento de la atención a los pacientes	73%
Comunicación sobre el error. Profesionales no sanitarios	71%
Comunicación sobre el error. Profesionales sanitarios	70%
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente	61%
Aprendizaje organizacional	79% <i>área fuerte</i>
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad	72%

Con la metodología de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (tabla 4) se comprobó que solo las dimensiones «Aprendizaje organizacional» y «Trabajo en equipo» alcanzaron un porcentaje de respuestas positivas $\geq 75\%$ (79 y 75%, respectivamente), por lo que se consideraron *áreas fuertes*. En cambio, las dimensiones «Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad», «Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales» y «Ritmo y carga de trabajo» no llegaron al 50% de respuestas positivas (46, 45 y 31%, respectivamente), por lo que se consideraron áreas con potencial de mejora.

El análisis por sexo deparó un patrón de resultados semejante al descrito para el total de la muestra, repitiéndose las dimensiones mejor y peor valoradas («Trabajo en equipo» y «Ritmo y carga de trabajo», respectivamente). Tanto hombres como mujeres otorgaron puntuaciones superiores a 3 en todas las dimensiones, excepto «Ritmo y carga de trabajo».

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación media a favor del grupo femenino en la dimensión «Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales sanitarios», con 3,61 (IC 95% 3,48-3,73) frente a 3,24 (IC 95% 2,99-3,48; $p < 0,05$).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de percepción positiva y claramente positiva en «Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales sanitarios» (75,3 vs. 57,1%; 42,9 vs. 14,3%, respectivamente) y en «Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente» y «Comunicación sobre el error. Profesionales sanitarios» en la frecuencia de percepción claramente positiva (44,6 vs. 21,4% y 56 vs. 36,7%, respectivamente), favorable a las mujeres.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo de hombres en el porcentaje de percepción positiva de «Aprendizaje organizacional», en la que obtienen un 100% de respuestas positivas frente al 84,2% de las mujeres.

Al comparar los datos por grupos etarios se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones indicadas en la tabla 5. Obtuvieron una puntuación mayor en el ISSP los más jóvenes; en primer lugar, los menores

de 25 años, con 3,80 (IC 95% 3,64-3,94), y después los de 26 a 28 años, con 3,64 (IC 95% 3,54-3,74), encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,015$) entre el grupo de menores de 25 y el de peor puntuación, que resultó ser el de mayor edad (mayores de 35 años), con 3,36 (IC 95% 3,16-3,56).

En el análisis por año de residencia se hallaron diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones, excepto en «Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales», siendo los residentes de primer año los que obtuvieron mejores respuestas (tabla 6).

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas según la UDMFyC a la que perteneciese el médico.

Discusión

Este es el primer estudio que se realiza en Galicia con el objetivo de establecer la situación de la CSP entre médicos residentes en MFyC, ya que en la evaluación de la CSP realizada en AP por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad no se incluyó ningún centro de Galicia¹². Hay que señalar que la muestra de médicos residentes (182) del presente estudio es mayor que la incluida en el referido estudio nacional (1,8% de 7.635 profesionales incluidos: aproximadamente 138). La principal limitación de este estudio posiblemente sea que su ámbito geográfico se haya limitado a una determinada comunidad autónoma, lo cual podría limitar su validez externa, aunque los resultados encontrados son concordantes con estudios previos^{13,14}. También podría parecer que la tasa de respuesta (cercana al 50%) pudiese ser otra limitación, pero revisada la literatura la conclusión que se obtiene es que está dentro de los márgenes de lo esperado, ya que los estudios indican que la tasa de respuesta en encuestas por e-mail oscila entre un 25 y un 30%, pudiéndose duplicar mediante mensajes de seguimiento¹⁵ (que fue lo que se realizó en el estudio). Aun así, siempre hay que considerar la existencia de sesgos, al existir la posibilidad de que hayan respondido los residentes más motivados o con más conocimientos en este tema.

Tabla 5 Resumen de contraste de hipótesis en la categoría de «Tramo etario»

	Hipótesis nula: La distribución es la misma entre la categoría «Tramo etario» y cada dimensión	Prueba de Kruskal-Wallis, <i>k</i> muestras independientes Valor de <i>p</i>	Decisión
1	Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad	0,067	Conservar hipótesis nula
2	Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	0,200	Conservar hipótesis nula
3	Trabajo en equipo	0,250	Conservar hipótesis nula
4	Ritmo y carga de trabajo	0,037	Rechazar hipótesis nula
5	Formación del personal no sanitario	0,029	Rechazar hipótesis nula
6	Formación del personal sanitario	0,080	Conservar hipótesis nula
7	Procedimientos establecidos en el centro	0,818	Conservar hipótesis nula
8	Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales sanitarios	0,384	Conservar hipótesis nula
9	Comunicación franca	0,235	Conservar hipótesis nula
10	Seguimiento de la atención a los pacientes	0,003	Rechazar hipótesis nula
11	Comunicación sobre el error	0,012	Rechazar hipótesis nula
12	Comunicación sobre el error. Profesionales sanitarios	0,086	Conservar hipótesis nula
13	Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente	0,019	Rechazar hipótesis nula
14	Aprendizaje organizacional	0,037	Rechazar hipótesis nula
15	Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad	0,136	Conservar hipótesis nula
16	Puntuaciones globales sobre la calidad	0,000	Rechazar hipótesis nula
17	Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2)	0,051	Conservar hipótesis nula
18	Índice sintético de seguridad del paciente	0,021	Rechazar hipótesis nula

El 58,3% de los que respondieron al cuestionario eran residentes de tercer y cuarto año. Quizás su mayor experiencia, conocimiento y adaptación a la organización sanitaria podría influir en esta mayor tasa de respuesta.

En este estudio destacan como puntos débiles las dimensiones «Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad», «Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales» y «Ritmo y carga de trabajo». Entre las medidas dirigidas a corregir estas áreas deficitarias se podría proponer la inclusión de la SP dentro de las áreas de conocimiento propias del médico residente de MFyC¹⁶, así como potenciar y favorecer el conocimiento de los médicos residentes del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente-SiNASP-, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad¹⁷, con el objeto de conocer los sistemas de notificación de errores y favorecer una actitud crítica y de autoaprendizaje.

Al igual que en otros estudios, «Ritmo y carga de trabajo» recibió las peores puntuaciones, lo que nos hace pensar que es el reflejo de un problema crónico de nuestro sistema sanitario¹⁸, que requeriría acciones encaminadas a modular la presión asistencial y adecuar la planificación de recursos humanos. Otra de las áreas que presenta una debilidad es el «Intercambio de información entre los distintos dispositivos». Esta área es la que más debería beneficiarse de posibles mejoras, con la utilización de la tecnología de la información compartida por los distintos

niveles y dispositivos asistenciales. Sería deseable que el liderazgo de estas mejoras no recayese exclusivamente sobre los servicios informáticos, sino que también debería estar implicado el personal asistencial.

De igual modo que en otros estudios, «Aprendizaje organizacional» y «Trabajo en equipo» fueron las dimensiones consideradas fortalezas mejor valoradas. Se deberían aprovechar estas fortalezas (sobre las que se basa el trabajo diario de los centros de salud) para mejorar las dimensiones de la CSP peor situadas.

Es destacable que en un número importante de dimensiones de la SP los residentes de primer año obtuvieron mejores puntuaciones que el resto y que las peores correspondieron a los residentes en el último año. Es conocido que a los residentes, en su formación práctica, se les va inculcando de manera progresiva la importancia de ser resolutivos en el trabajo asistencial, pero no deja de ser paradójico que a medida que implementan su capacidad resolutiva empeora su percepción de la SP. Esto nos podría indicar que los conocimientos adquiridos en la formación pregrado sobre SP se van difuminando a medida que los residentes van adquiriendo habilidades y responsabilidades clínicas. Esta situación no es la ideal y va claramente en detrimento de la SP.

El hecho de que solo 2 de las 12 dimensiones evaluadas alcanzaran el nivel para ser consideradas una fortaleza, que 3 dimensiones sean debilidades en la CSP, y que las mejores

Tabla 6 Resumen de contraste de hipótesis en la categoría «Año de residencia»

	Hipótesis nula: La distribución es la misma entre la categoría «Año de residencia» y cada dimensión:	Prueba de Kruskal-Wallis, <i>k</i> muestras independientes Valor de <i>p</i>	Decisión
1	Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad	0,001	<i>Rechazar hipótesis nula</i>
2	Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	0,401	Conservar hipótesis nula
3	Trabajo en equipo	0,000	<i>Rechazar hipótesis nula</i>
4	Ritmo y carga de trabajo	0,011	<i>Rechazar hipótesis nula</i>
5	Formación del personal no sanitario	0,000	<i>Rechazar hipótesis nula</i>
6	Formación del personal sanitario	0,007	<i>Rechazar hipótesis nula</i>
7	Procedimientos establecidos en el centro	0,017	<i>Rechazar hipótesis nula</i>
8	Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales sanitarios	0,008	<i>Rechazar hipótesis nula</i>
9	Comunicación franca	0,000	<i>Rechazar hipótesis nula</i>
10	Seguimiento de la atención a los pacientes	0,005	<i>Rechazar hipótesis nula</i>
11	Comunicación sobre el error	0,000	<i>Rechazar hipótesis nula</i>
12	Comunicación sobre el error. Profesionales sanitarios	0,000	<i>Rechazar hipótesis nula</i>
13	Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente	0,026	<i>Rechazar hipótesis nula</i>
14	Aprendizaje organizacional	0,000	<i>Rechazar hipótesis nula</i>
15	Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad	0,001	<i>Rechazar hipótesis nula</i>
16	Puntuaciones globales sobre la calidad	0,000	<i>Rechazar hipótesis nula</i>
17	Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2)	0,037	<i>Rechazar hipótesis nula</i>
18	Índice sintético de seguridad del paciente	0,000	<i>Rechazar hipótesis nula</i>

puntuaciones las obtengan los residentes de primer año y las peores los residentes de último año nos indica, posiblemente, la necesidad de incluir durante el proceso docente conocimientos básicos entre los profesionales en formación con el objetivo de incrementar y consolidar la frágil CSP que se describe en este estudio.

Los médicos residentes de MFyC son los únicos profesionales médicos que durante su periodo formativo realizan sus funciones asistenciales en el medio hospitalario, en AP y en los distintos dispositivos de urgencias. Por este carácter transversal la evaluación de la CSP en este colectivo puede trascender a la especialidad de MFyC, ya que, de manera indirecta, nos da una visión de cómo es la situación global de la CSP en una determinada organización sanitaria integrada (hay que tener en cuenta que en la actualidad el estudio de la CSP en el medio hospitalario y en AP se realiza de manera separada), de tal modo que las recomendaciones que se realicen para mejorar la CSP en los residentes de MFyC tal vez habría que aplicarlas a otras especialidades.

Concluir que una buena formación médica es importante para evitar errores podría parecer una obviedad, pero si en el programa de la especialidad de MFyC¹⁹ la SP tiene una presencia marginal y, además, sabemos que la SP no es una de las áreas que más atractivo tienen para los residentes (y que habitualmente no buscan de manera voluntaria) consideramos necesario realizar la propuesta de incluir la SP en las áreas de conocimiento que el médico residente de MFyC debe adquirir.

Lo conocido sobre el tema

El estudio del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sobre la percepción de la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria reveló que las mujeres, el personal de Enfermería, los profesionales con puestos de responsabilidad en los equipos y los de edad media entre 55 y 65 años son los que tienen una valoración más positiva de la seguridad del paciente.

Qué aporta este estudio

Los resultados nos indican que las puntuaciones sobre cultura de seguridad del paciente en los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria son más bajas al final que al inicio del periodo de formación de la especialidad. Esto nos indica que es necesario incluir la seguridad del paciente en las áreas de conocimiento que el médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria debe adquirir.

Conflicto de intereses

Los autores del trabajo declaran no presentar ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Torijano Casalengua M. La cultura de la seguridad del paciente en Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam.* 2015;8:1–3.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: Building a safer health system.* Washington D. C.: National Academies Press; 2000.
3. Aranaz J, Aibar C, Vitaller J, Mira J, Orozco D, Terol E, et al. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [consultado 3 May 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio.apeas.pdf>
4. The Safer Primary Care Expert Working Group. Safer Primary Care. A global challenge. Summary of the inaugural meeting [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [consultado 28 Dic 2015]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/safer_primary_care/en/index.html
5. Astier-Peña M, Torijano-Casalengua M, Olivera-Cañadas G. Prioridades en seguridad del paciente en Atención Primaria. *Aten Primaria.* 2016;48:3–7.
6. Mira J, Guilabert M, Vitaller J, Ignacio E. Formación en seguridad del paciente en las escuelas de medicina y enfermería en España. *Rev Calid Asist.* 2016;31:141–5.
7. Kiersma ME, Plake K, Darbshire P. Patient safety instruction in US health professions education. *Am J Pharm Educ.* 2011;75:162.
8. Saura Llamas J. La seguridad del paciente, un área competencial y una oportunidad formativa para los residentes de medicina familiar y comunitaria. *Aten Primaria.* 2010;42:539–40.
9. Briones G. *Métodos y técnicas de investigación para las Ciencias Sociales.* México: Trillas; 1995.
10. Traducción, validación y adaptación del cuestionario MOSPS para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria. Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS) [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [consultado 3 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/MOSPS.pdf>
11. Hospital survey on patient safety culture. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality [Internet]; 2013 [consultado 15 Abr 2015]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patientsafety/patientsafetyculture/hospital/index.html>
12. Análisis de la cultura de la seguridad del paciente de los profesionales de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [consultado 13 Sep 2016]. Disponible en: <http://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2014/ANALISIS%20DE%20LA%20CULTURA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20ATENCI%C3%93N%20PRIMARIA.PDF>
13. Rodríguez-Cogollo R, Paredes-Alvarado I, Galicia-Flores T, Barrasa-Villar J, Castán-Ruiz S. Cultura de seguridad del paciente en residentes de medicina familiar y comunitaria de Aragón. *Rev Calid Asist.* 2014;29:143–9.
14. Jaraba Becerril C, Sartolo Romeo M, Villaverde Royo M, Espuis Albas L, Rivas Jiménez M. Evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente entre médicos residentes de Medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. *An Sist Sanit Navar.* 2013;36:471–7.
15. Sánchez Fernández J, Muñoz Leiva F, Montoro Ríos FJ. ¿Cómo mejorar la tasa de respuesta en encuestas *on line*? *Rev Estud Empres.* 2009;2:45–62.
16. Saura-Llamas J, Martínez-Pastor A, Leal-Hernández M, Gómez-Portela J. Percepción de los residentes de medicina familiar sobre sus errores clínicos tras dos años de formación. *Semergen.* 2011;37:280–6.
17. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [consultado 20 Jun 2016]. Disponible en: <https://www.sinasp.es/>
18. Roqueta E, Tomás S, Chanovas 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. Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. BOE, núm. 150, de 3 de mayo de 2005.