



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL BREVE

Adaptación de la herramienta del cuestionario *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC)



C. Silvestre-Busto^a, M.L. Torijano-Casalengua^{b,c,*}, G. Olivera-Cañadas^{c,d},
M.P. Astier-Peña^{c,e}, J.A. Maderuelo-Fernández^{c,f} y E.A. Rubio-Aguado^a

^a Unidad de Calidad, Osakidetza-Comarca Gipuzkoa, Donostia-San Sebastián, España

^b Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), Toledo, España

^c Grupo de Trabajo para la Seguridad del Paciente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC), España

^d Dirección Técnica de Procesos y Calidad, Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad, Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), Madrid, España

^e Centro de Salud Caspe, Sector Alcañiz, Servicio Aragonés de Salud (SALUD), Zaragoza, España

^f Gerencia de Atención Primaria de Salamanca, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (SACYL), Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Salamanca, España

Recibido el 3 de noviembre de 2014; aceptado el 17 de diciembre de 2014

Disponible en Internet el 7 de febrero de 2015

PALABRAS CLAVE

Atención Primaria de
Salud;
Cuestionarios;
Seguridad del
Paciente;
Base de Datos

Resumen

Objetivo: Adaptar la herramienta Excel[®] del *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC) para su uso por los equipos de atención primaria del Sistema Nacional de Salud de España.

Métodos: El proceso de traducción y adaptación del cuestionario MOSPSC de la *Agency for Healthcare and Research in Quality* (AHRQ) se realizó en 5 etapas: traducción de la versión original, evaluación de la equivalencia conceptual, valoración de la aceptabilidad y viabilidad, análisis de la validez del contenido y pilotaje del cuestionario adaptado y análisis de la respuesta y evaluación de las propiedades psicométricas. Tras comprobar que el cuestionario era un instrumento válido, fiable, consistente y útil para medir cultura de seguridad en nuestro ámbito, se procedió a la traducción y adaptación de la hoja de cálculo Excel[®] asociada con los mismos criterios.

Se optó por desarrollar la herramienta para analizar la encuesta española «versión adaptada» y se conservó, vinculada, la herramienta en «versión original».

En la «versión adaptada» se incluyeron como datos de comparación los del estudio realizado a nivel nacional en el año 2011, mientras que en la «versión original» los datos de comparación fueron los ofrecidos por la AHRQ en su informe de 2012.

Resultados: La herramienta adaptada, así como los resultados de la explotación de la misma con el total de las encuestas del estudio nacional realizado en 2011, se encuentran disponibles en la

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mtorijano@sescam.jccm.es (M.L. Torijano-Casalengua).

página del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Permiten conocer las cuestiones más determinantes en las diferentes dimensiones y ofrecen, mediante representación gráfica, una comparación de resultados.

Conclusiones: La traducción y adaptación de esta herramienta informática a nuestro entorno facilita difundir de una forma más eficiente la cultura de seguridad del paciente en atención primaria en España.

© 2014 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Primary Healthcare;
Questionnaires;
Patient safety;
database

Adaptation of the Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC) tool

Abstract

Objective: To adapt the Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC) Excel® tool for its use by Primary Care Teams of the Spanish National Public Health System.

Methods: The process of translation and adaptation of MOSPSC from the Agency for Healthcare and Research in Quality (AHRQ) was performed in five steps: Original version translation, Conceptual equivalence evaluation, Acceptability and viability assessment, Content validity and Questionnaire test and response analysis, and psychometric properties assessment. After confirming MOSPSC as a valid, reliable, consistent and useful tool for assessing patient safety culture in our setting, an Excel® worksheet was translated and adapted in the same way.

It was decided to develop a tool to analyze the "Spanish survey" and to keep it linked to the "Original version" tool.

The "Spanish survey" comparison data are those obtained in a 2011 nationwide Spanish survey, while the "Original version" comparison data are those provided by the AHRQ in 2012.

Results: The translated and adapted tool and the analysis of the results from a 2011 nationwide Spanish survey are available on the website of the Ministry of Health, Social Services and Equality. It allows the questions which are decisive in the different dimensions to be determined, and it provides a comparison of the results with graphical representation.

Conclusions: Translation and adaptation of this tool enables a patient safety culture in Primary Care in Spain to be more effectively applied.

© 2014 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La cultura de seguridad del paciente (SP) puede definirse como el modo de pensar sobre ella y la forma en que se implementa en una organización. Las organizaciones con una cultura positiva comparten la percepción de la importancia de la seguridad, y confían en la eficacia de las acciones preventivas¹. Dada la influencia de la cultura de la organización y de las actitudes de los equipos, se propone que la SP sea un área competencial y formativa esencial² y que su medición pueda utilizarse para monitorizar el cambio de una forma eficiente.

El plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud contempla entre las grandes áreas de interés sanitario el fomento de la excelencia clínica y formula como una de las estrategias para lograrla «Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS» (estrategia 8). El primer objetivo de dicha estrategia es «Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad de los pacientes entre los profesionales y los pacientes, en cualquier nivel de atención sanitaria», objetivo que es compartido internacionalmente³.

El despliegue de esta estrategia de SP por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)⁴

llevó a promover y financiar diferentes investigaciones para alcanzar los objetivos establecidos. Entre ellas se encontraba, dada su trascendencia, el desarrollo de un instrumento para medir cultura de SP desde la perspectiva de los profesionales de los equipos de atención primaria (EAP).

En 2008, la *Agency for Healthcare and Research in Quality* (AHRQ) diseñó un cuestionario para valorar la cultura de SP dirigido específicamente a la atención ambulatoria, el *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC), que fue traducido, adaptado y validado en el año 2010 con el fin de ser utilizado en los servicios de atención primaria (AP) de España.

El MSSSI financió esta investigación que fue desarrollada por el grupo de trabajo de SP de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC)^{5,6}.

Este cuestionario acredita una serie de cualidades que condicionaron su selección, entre otras: valora la cultura de la SP en un entorno de trabajo en equipo, para profesionales sanitarios y no sanitarios, contiene las dimensiones más importantes de la cultura de SP junto con aspectos importantes de calidad asistencial, presenta un desarrollo psicométrico riguroso y se ha aplicado extensamente permitiendo la comparación internacional.

Para lograr esta última característica, el cuestionario está asociado a una herramienta de análisis automático que, efectivamente, permite la comparación en cultura de seguridad del paciente tanto dentro de la organización como fuera de ella.

Uno de los objetivos de este proyecto fue adaptar la herramienta Excel® del MOSPSC para que permita a los EAP del Sistema Nacional de Salud efectuar comparaciones en cultura de seguridad con suficiente fiabilidad de las medidas.

Material y métodos

La herramienta fue diseñada por la AHRQ. Se trata de una base de datos Excel® que facilita al usuario (utiliza una estructura de hoja de cálculo con fórmulas fijas o macros establecidas) la introducción de datos crudos, crea tablas y gráficos para ver los resultados de la encuesta de forma agregada y analiza qué dimensiones de la cultura de seguridad requieren atención adicional o un análisis enfocado por áreas de trabajo específicas o categorías profesionales. Igualmente, posibilita al usuario establecer *benchmarking* de resultados, capturando los datos en un formato que facilita la comparación intra y extra organización.

La descripción de los resultados se presenta mediante el porcentaje de respuestas positivas, neutras y negativas de cada variable y dimensión, a nivel global y por categoría profesional. Estos datos se muestran en un gráfico que agrupa bajo el epígrafe de cada dimensión los resultados de las preguntas que la conforman. Según la valoración de los participantes asigna el color verde a las respuestas positivas y el rojo a las negativas e identifica como «área fuerte» cuando la valoración positiva alcanza al 75% de los participantes y como «potencial de mejora» cuando el 50% ha valorado de forma negativa. Esta forma de presentación revela de una forma fácil y rápida cuáles son las preguntas que influyen más en los valores alcanzados por las diferentes dimensiones. Así mismo ofrece, mediante representación gráfica, la comparación de todas las preguntas y las dimensiones del cuestionario con las organizaciones con las que se desee establecer una comparación de resultados.

La adaptación transcultural del cuestionario se desarrolló en 5 etapas:

Etapa 1: traducción de la versión original

Mediante el método de traducción/retrotraducción conceptual por personas bilingües⁷. Dos traductores bilingües, con lengua materna español y experiencia en literatura científica biomédica, tradujeron la versión original del cuestionario, teniendo en cuenta las características de la sanidad española y sus centros de salud. Ambas traducciones fueron valoradas con el equipo investigador, consensuándolo con las autoras del cuestionario original. El resultado fue una primera versión en español.

Etapa 2: evaluación de equivalencia conceptual

Un médico de familia con experiencia laboral en países anglófonos evaluó la equivalencia conceptual, claridad y naturalidad de cada una de las frases y opciones de

respuesta. Además se realizó una evaluación gramatical, lingüística y semántica por medio de *debriefing*^{8,9} de los investigadores y de un grupo de profesionales de AP. Con las modificaciones se obtuvo una segunda versión cuya legibilidad fue analizada mediante la fórmula de Flesch-Szigriszt utilizando el programa INFLESZ¹⁰. Un traductor americano bilingüe realizó la retrotraducción.

Etapa 3: valoración de aceptabilidad y viabilidad

La aceptabilidad y viabilidad de la versión obtenida se valoraron mediante pilotaje del cuestionario en la II Jornada de SP en AP (Granada, 2009). Tras analizar los resultados, debatir con las autoras y el *debriefing*, se matizó la redacción de varias preguntas obteniéndose una tercera versión más fiel al cuestionario original: «versión española del cuestionario».

Etapa 4: análisis de la validez de contenido

En el *debriefing* los profesionales sanitarios reflejaron que algunas preguntas solo se dirigían a no sanitarios, demandando la redacción de preguntas equivalentes para su categoría. Tras consultar con 2 expertos externos se duplicaron 6 preguntas para recoger la opinión específicamente de profesionales sanitarios sobre aspectos de SP, replicando el texto que en origen se dirigía al personal no sanitario, obteniendo la «versión española adaptada».

Etapa 5: pilotaje del cuestionario español adaptado. Análisis de la respuesta y evaluación de las propiedades psicométricas

Se obtuvo una muestra no probabilística solicitando la colaboración de profesionales sanitarios y no sanitarios de AP de los centros públicos de varios servicios de salud autonómicos.

Se valoró la frecuencia y el patrón de respuesta de cada pregunta. Se calculó su poder de discriminación, la consistencia interna de las dimensiones y la estructura interna del cuestionario.

Una vez comprobado que el cuestionario de la AHRQ adaptado y validado era fiable y útil para medir cultura de seguridad en nuestro ámbito^{3,4}, se procedió a la traducción de la herramienta informática asociada al mismo, con los mismos criterios descritos.

Como se ha explicado, en la etapa 4 se hizo necesario añadir 6 preguntas más a la versión original. Por ello, para mantener tanto las utilidades de la herramienta (comparación con otras organizaciones) como la opción de utilizar para la encuesta solo el cuestionario de la versión original, se optó por desarrollar la herramienta para analizar la encuesta española «versión adaptada» y conservar también la herramienta en «versión original». Así, se presenta una carpeta con ambas bases de datos vinculadas, los datos se introducen en la «versión adaptada» y de forma automática se cargan en la «versión original» solamente las preguntas que coinciden con las de la versión original del cuestionario; para que ocurra así las 2 bases de datos han de estar siempre dentro de la misma carpeta.



Figura 1 Pantalla principal de la aplicación del cuestionario.

En la «versión adaptada» los datos de comparación son los del estudio realizado en 2011 a nivel nacional¹¹, mientras que en la «versión original» los datos de comparación son los ofrecidos por la AHRQ en su informe de 2012¹².

Resultados

En la pantalla principal se muestran, en 3 apartados diferentes, las utilidades de la herramienta, tal y como se puede ver en la figura 1:

1. Introducción de datos: es una tabla para introducir los datos de la encuesta, ordenada según el cuestionario con los siguientes comandos:

- Instrucciones: explica cómo utilizar la herramienta.
- Tabla de introducción de datos: siguiendo el orden del cuestionario.
- Explicación de los cálculos: cómo calcula los datos para su presentación.
- Exportar datos: exporta la hoja con la tabla de datos a un nuevo libro Excel. Para compartir los resultados con su organización se deben seguir las pautas indicadas en el comando de «Instrucciones».

2. Resultados de su centro de salud: los comandos de este apartado devuelven los datos de los cuestionarios

introducidos según las variables de la encuesta, presentándolos en porcentajes y en formato de tablas o de gráficos. Igualmente ofrece una explicación de cómo se realizan e interpretan dichos resultados. Para las variables y dimensiones de la encuesta identifica áreas fuertes y con potencial de mejora, con el fin de ofrecer una imagen inmediata de la posición del centro en cuanto a la cultura de SP; también se incluyen los comentarios añadidos por los participantes. Para ello dispone de los siguientes comandos:

- Datos sociodemográficos de la persona encuestada.
- Valoraciones globales sobre la calidad.
- Valoraciones globales sobre la SP.
- Interpretación de resultados de variables y dimensiones.
- Resultados de las variables de la encuesta.
- Resultados de las dimensiones de la encuesta.
- Resultados de las variables por categoría profesional.
- Comentarios de la encuesta.

En la figura 2 aparece a modo de ejemplo una imagen de los resultados de un centro de salud. Se trata de una instantánea de una de las secciones de los informes resultantes del estudio realizado en 2011 a nivel nacional⁹ con el resultado de los ítems que componen algunas dimensiones.

3. Resultados comparativos: los comandos de este apartado permiten comparar con sus referentes naturales y

ENCUESTA NACIONAL 2011

1. Aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente y calidad

■ Positivo ■ Neutro ■ Negativo

Acceso a la atención sanitaria

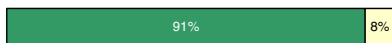
1. El paciente no consiguió una cita para consultar un problema de salud agudo en las siguientes 48 horas. (A1)



TASA DE RESPUESTA = 85,31%

Identificación del paciente

2. Se utilizó la historia clínica de otro paciente. (A2)



1% **Área Fuerte** TASA DE RESPUESTA = 79,09%

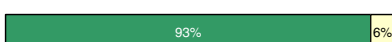
Historias clínicas

3. La historia clínica del paciente no estaba disponible cuando se precisó. (A3)



2% **Área Fuerte** TASA DE RESPUESTA = 83,86%

4. La información clínica se archivó en la historia clínica de otro paciente. (A4)



1% **Área Fuerte** TASA DE RESPUESTA = 76,92%

Equipamiento Médico

5. El equipamiento médico no funcionó adecuadamente, precisaba reparación o sustitución. (A5)



TASA DE RESPUESTA = 82,64%

Medicación

6. Una oficina de farmacia contactó con el centro o la consulta para clarificar o corregir una prescripción. (A6)



TASA DE RESPUESTA = 75,77%

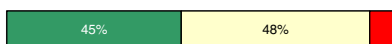
7. La lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta. (A7)



TASA DE RESPUESTA = 67,93%

Pruebas diagnósticas

8. Los resultados de algunas pruebas de laboratorio o de imagen no estaban disponibles cuando se precisaron. (A8)



TASA DE RESPUESTA = 78,60%

9. Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día. (A9)



3% **Área Fuerte** TASA DE RESPUESTA = 62,62%

2. Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales

■ Positivo ■ Neutro ■ Negativo

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas en su centro para intercambiar información precisa, completa, adecuada y oportuna, con:

1. servicios externos de pruebas complementarias (laboratorio, diagnóstico por imagen...)? (B1)



TASA DE RESPUESTA = 79,16%

2. otras consultas médicas fuera del centro? (B2)



TASA DE RESPUESTA = 73,95%

3. oficinas de farmacia? (B3)



TASA DE RESPUESTA = 68,27%

4. Hospitales? (B4)



TASA DE RESPUESTA = 75,19%

3. Trabajo en equipo

■ Positivo ■ Neutro ■ Negativo

1. Cuando alguien tiene excesivo trabajo los compañeros le ayudan. (C1)



TASA DE RESPUESTA = 95,11%

2. En este centro hay un buen ambiente de trabajo entre los componentes del equipo. (C2)



8% **Área Fuerte** TASA DE RESPUESTA = 97,56%

3. En este centro, nos tratamos mutuamente con respeto. (C5)



5% **Área Fuerte** TASA DE RESPUESTA = 97,44%

4. Este centro promueve el trabajo en equipo para el cuidado de los pacientes. (C13)



TASA DE RESPUESTA = 94,21%

Figura 2 Ejemplo de resultados de un centro de salud de la aplicación informática.

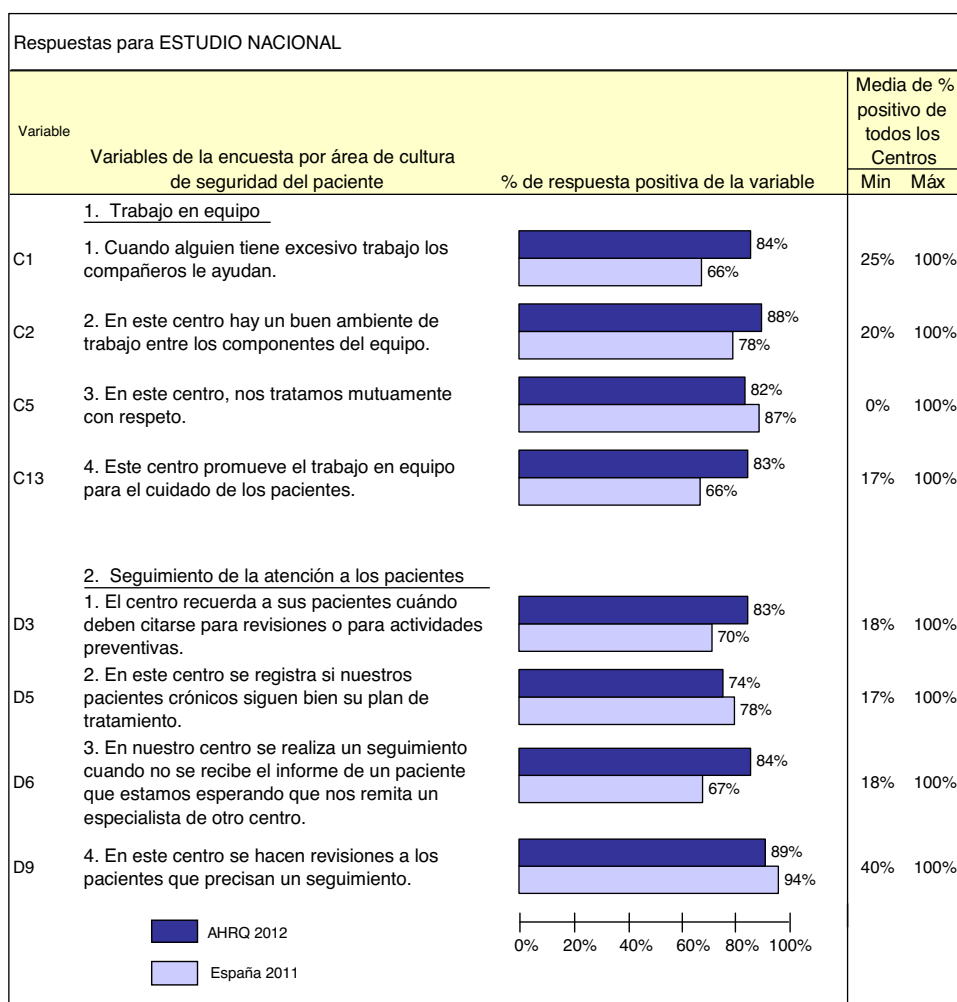


Figura 3 Ejemplo de resultados comparativos de la aplicación informática.

valorar la distancia positiva o negativa que les separa de ellos.

- Resultados comparativos de valoraciones sobre la calidad.
- Resultados comparativos de valoraciones sobre la seguridad del paciente.
- Resultados comparativos para cada variable.
- Resultados comparativos para cada dimensión.

Cada apartado puede imprimirse por separado.

En la figura 3 aparece, a modo de ejemplo, una imagen de los resultados comparativos. Se trata de una instantánea de una de las secciones de los informes resultantes del estudio realizado en 2011 a nivel nacional⁹, mostrando el resultado de los ítems que componen algunas dimensiones y su comparación con los ofrecidos por la AHRQ en su informe de 2012¹⁰.

En el anexo VII del informe del MSSSI «Análisis de la cultura de la seguridad del paciente de los profesionales de la atención primaria del Sistema Nacional de Salud»⁵ pueden encontrarse todos los resultados de la explotación de la herramienta con el total de las encuestas del estudio nacional realizado en el año 2011⁹.

Discusión

Dado que la traducción y adaptación de la herramienta se ha realizado una vez comprobada la validez, fiabilidad, consistencia y facilidad de uso del cuestionario original podemos asegurar, de la misma forma, la adecuación de la traducción y adaptación de la misma manteniendo de la misma forma las limitaciones en cuanto a su extensión para ser utilizada de forma periódica en nuestro ámbito.

Más aún, para respetar todas las utilidades de la herramienta original y mantener también la opción de utilizar para la encuesta solo el cuestionario de la versión original, se optó por un desarrollo de la herramienta para el análisis de la encuesta española «versión adaptada» y conservar vinculada la herramienta en «versión original», tal como se explica en el método.

Esta es la razón primordial de que en la herramienta se exploten también las 3 dimensiones desdobladas para sanitarios con las 6 preguntas añadidas al cuestionario adaptado, obteniendo por tanto 15 dimensiones y no 12 como en la encuesta original, respetando en todo momento la estructura de las dimensiones de la «versión original» y buscando siempre la comparabilidad.

El cuestionario puede ser utilizado por cualquier centro de salud y la herramienta ofrece un formato estándar de resultados sobre cultura de seguridad, permitiendo así a los EAP y a los servicios de salud de las diferentes comunidades autónomas, de una forma muy sencilla y práctica, realizar una autoevaluación de la evolución de la cultura de seguridad del paciente en su ámbito, al mismo tiempo que comparar sus resultados con los registros de la base de datos disponible de la AHRQ.

Es preciso mencionar que, con posterioridad a la realización de este trabajo, se llevó a cabo otra traducción de este cuestionario por la AHRQ¹³. Ambos cuestionarios no son iguales. Nuestra pretensión fue, además de realizar su traducción lingüística, lograr su adaptación transcultural, de forma que el cuestionario pudiese ser contestado por los profesionales de la AP de nuestro país, con una cultura y un sistema sanitario muy diferente al americano.

Por ello, a pesar de la coexistencia de este cuestionario con el cuestionario traducido por la AHRQ, debe destacarse que este es el modelo que representa mejor las particularidades de la AP española.

Por otra parte, no tenemos constancia de la existencia de herramienta Excel[®] asociada a este cuestionario traducido por parte de AHRQ.

Conflicto de intereses

No existe ningún conflicto de intereses por parte de los autores.

Agradecimientos

A Fernando Palacio Lapuente y a todo el grupo de seguridad del paciente de SEMFyC, a Susana Lorenzo Martínez, a todos los que hicieron posible la aplicación del cuestionario y obtención de datos a nivel nacional. A las Sociedades Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC), Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SOMAMFyC), a Ana Pastor, al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a Yolanda Agra, y a todos los centros de salud que participaron en la encuesta nacional.

Bibliografía

1. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. 2003;12 Suppl II:ii17-23.
2. 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.
3. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [consultado 26 Oct 2014]. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
4. Excelencia clínica/mejorar seguridad pacientes. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [consultado 26 Oct 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec03.htm>
5. Seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010. Traducción y validación de la encuesta de la AHRQ para medir la cultura de la seguridad del paciente en atención primaria [consultado 26 Oct 2014]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/participacion/profesionales/proyectos-sscc/semfyc/2010/>
6. Torijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G, Astier-Peña MP, Maderuelo-Fernández JA, Silvestre-Busto C. Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de atención primaria en España. *Aten Primaria*. 2013;45:21-37.
7. Speber AD. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology*. 2004;126:S124-8.
8. Hess J, Singer E. The role of respondent "debriefing" questions in questionnaire development. En: *Proceedings of the American Statistical Association (Survey Research Methods Section)*. Alexandria, VA: American Statistical Association; 1995. p. 1075-80.
9. Hughes KA. Comparing pretesting methods: cognitive interviews, respondent "debriefing" and behavior coding. Washington DC: Statistical Research Division; Research Report Series.; 2004 (Survey Methodology#2004-02).
10. Barrio Cantalejo IM, Simón Lorda P, Melguizo Jiménez M, Escalona Labella I, Marijuán Angulo MI, Hernando P. Validación de la Escala INFLESZ para evaluar la legibilidad de los textos dirigidos a pacientes. *An Sist Sanit Navar*. 2008;31:135-52 [acceso 29/11/2011]. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_busqueda=EJEMPLAR&revista_busqueda=2906&clave_busqueda=198101.
11. Seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2012. Análisis de la cultura de la seguridad del paciente de los profesionales de la atención primaria del sistema nacional de salud [consultado 26 Oct 2014]. Disponible en: http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2014/Documento_MOSPS_noviembre_MSSSI.%202012.pdf
12. Medical Office Survey on Patient Safety Culture: 2012 User Comparative Database Report. May 2012. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD [consultado 26 Oct 2014]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/2012/index.html>
13. Spanish Translation of AHRQ's Medical Office Survey on Patient Safety: Items and dimensions Spanish. December 2008. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. [consultado 28 Oct 2014]. Disponible en: http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/resources/modim_sp.html