

Journal of Healthcare Quality Research



www.elsevier.es/jhqr

ORIGINAL

Traducción, adaptación y validación en catalán de un cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente: el cuestionario MOSPSC (Medical Office Survey on Patient Safety Culture)



N. Hernández Vidal^a, E.M. Satué Gracia^{b,d,*}, J. Basora Gallisà^{b,d}, G. Flores Mateo^{c,d}, M. Gens Barberà^a y Grupo de investigación en Calidad y Seguridad del Paciente del Camp de Tarragona

Recibido el 15 de octubre de 2018; aceptado el 16 de mayo de 2019

PALABRAS CLAVE

Seguridad del paciente; Encuestas y cuestionarios; Calidad asistencial

Resumen

Introducción: La seguridad del paciente es una dimensión esencial de la calidad asistencial y una prioridad en las políticas sanitarias. La difusión de la cultura de seguridad es clave en la mayoría de estrategias y el cuestionario MOSPSC (Medical Office Survey on Patient Safety Culture), en sus versiones en inglés y en castellano, ha demostrado ser un buen instrumento para «medirla». El objetivo de este trabajo es traducir, adaptar y validar el cuestionario en catalán.

Material y métodos: Traducción, retrotraducción y adaptación del cuestionario MOSPSC de la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality). Análisis de la fiabilidad y validez del cuestionario adaptado.

Resultados: Cuestionario sencillo, bien aceptado y valorado aunque extenso. La versión en catalán facilita una comprensión más precisa y mejora la cumplimentación. Hallamos bajos porcentajes de respuesta «no procede o no lo sé» en preguntas de la sección F (En el Centro), aunque notables en algunas preguntas referidas a categorías profesionales específicas; índices de discriminación adecuados para la gran mayoría de ítems y buenos índices de consistencia interna tanto para el cuestionario completo como para las dimensiones extraídas tras análisis factorial.

Correo electrónico: esatue.tgn.ics@gencat.cat (E.M. Satué Gracia).

a Unidad de Calidad Territorial, Gerencia Territorial Camp de Tarragona, Institut Català de la Salut, Tarragona, España

^b Unidad de Soporte a la Investigación Camp de Tarragona-Reus, Dirección de Atención Primaria Camp de Tarragona, Institut Català de la Salut, Tarragona, España

^c Xarxa Sanitària i Social Santa Tecla, Tarragona, España

d Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria (IDIAP) Jordi Gol, Barcelona, España

^{*} Autor para correspondencia.

Conclusiones: La versión final, muy similar a la original y a la española adaptada, permitirá comparaciones así como monitorización y seguimiento tras la implementación de estrategias de mejora. Por su longitud, se podría valorar utilizar para ello únicamente dimensiones relacionadas.

© 2019 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Patient safety; Surveys and questionnaires; Quality of health care Translation, adaptation and validation in Catalan of a questionnaire about patient safety culture: The MOSPSC (Medical Office Survey on Patient Safety Culture) questionnaire

Abstract

Introduction: Patient safety is an essential dimension of quality of care and a priority in health policies. The diffusion of the security culture is a key strategy and the questionnaire MOSPSC (Medical Office Survey on Patient Safety Culture), in its English and Spanish versions, has proved to be a good instrument to 'measure it'. The aim of this work is to translate, adapt and validate the questionnaire in Catalan.

Material and methods: Translation, retrotranslation and adaptation of MOSPSC questionnaire of the AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality). Reliability and validity analysis of the adapted questionnaire.

Results: It is a simple, well accepted and valued questionnaire, although extensive. Catalan version facilitates more precise comprehension and improves completion. We found small response percentages 'do not apply or do not know' in questions from Section F (At the Center) but notable in some questions referred to specific professional staff. For most items show suitable discrimination rates and both the complete questionnaire and subscales extracted after factor analysis obtain good reliability indexes.

Conclusions: Final version, very similar to original and Spanish adapted, will allow comparisons as well as monitoring/follow-up after implementation of improvement strategies. Due to its length, it could be assessed using only related dimensions.

© 2019 FECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La seguridad de los pacientes (SP) es contemplada como una prioridad en las estrategias de política sanitaria de países desarrollados desde que, en 1999, el informe «To err is human»¹ puso de manifiesto la gran magnitud y frecuencia de los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria. Aun así, una revisión publicada en 2016 concluye que, en Atención Primaria (AP), el número de incidentes por cada 100 consultas podría oscilar entre menos de uno y 24 (de ellos, hasta un 4% podrían producir un daño importante)².

La evaluación de la cultura de seguridad debe ser el primer paso para garantizar/promover la SP en cualquier institución sanitaria³ y, también, un paso previo a la implementación de estrategias que tengan como objetivo mejorar la SP. Entendemos por «cultura de seguridad» el conjunto de valores, actitudes y comportamientos que caracterizan el funcionamiento de un grupo u organización; es decir, la forma en que se sienten y se hacen las cosas. Ello implica, en el ámbito de la asistencia sanitaria: la consideración de la SP como una prioridad, el desarrollo de un sistema de gestión del riesgo con especial énfasis en sistemas proactivos, el fomento de un «clima de lealtad», trabajo en equipo, comunicación abierta y confianza entre

gestores, profesionales y pacientes, la estandarización de procedimientos y la atención centrada en el paciente⁴.

Los cuestionarios son los instrumentos habitualmente utilizados en dicha evaluación. Existen diferentes revisiones que analizan los más utilizados, coincidiendo todas ellas en que deben demostrar validez y fiabilidad^{5,6}. Suelen incluir tanto cuestionarios sobre cultura como sobre clima de seguridad. Ambos conceptos no son totalmente equivalentes: la cultura es un término amplio que representa los valores y las acciones de una organización relacionadas con la seguridad, mientras que el clima se centra en las percepciones de los empleados sobre la forma en que se gestiona la seguridad en su organización⁷.

En el año 2011 se elaboró en Catalunya (como en otras comunidades autónomas) el Plan estratégico de SP en AP con el objetivo de disminuir el riesgo de daño innecesario en la atención al paciente al mínimo posible. Se desarrollaron las Unidades Funcionales de SP y se realizó un análisis de la situación basal que incluía medir y analizar la percepción de los profesionales en relación con la cultura de SP. Se utilizó el cuestionario MOSPSC (versión traducida al castellano, validada y adaptada del cuestionario Medical Office Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ])⁸, que había sido elegido por el grupo de trabajo de SP de la Sociedad Española

de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), gracias a un acuerdo de colaboración con el Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS), para su traducción y adaptación cultural al entorno estatal⁹. En los 41 centros piloto de Catalunya, el 55,5% (945/1.597) de los profesionales respondieron al cuestionario MOSPSC. En el 66% de los EAP participaron más del 50% de los profesionales¹⁰. El *Departament de Salut*, promotor —en colaboración con el MSPS— del citado Plan, detectó la conveniencia de disponer de una versión del cuestionario en la lengua propia de la comunidad con la intención de efectuar mediciones posteriores que permitieran valorar el impacto de diferentes intervenciones orientadas a promover la cultura de SP.

En 2012, se llevó a cabo la traducción y adaptación del cuestionario MOSPSC del inglés al catalán analizando algunas de sus características psicométricas con una muestra de 119 profesionales, aunque no se difundieron los resultados. En 2017 realizamos una nueva encuesta a todos los profesionales de AP del territorio, que nos permitió obtener una muestra mayor para completar el análisis.

El objetivo de este artículo es difundir el trabajo de traducción y adaptación al catalán y analizar la validez y fiabilidad del cuestionario adaptado.

Material y métodos

Diseño: Traducción y retrotraducción del cuestionario MOSPSC según las guías de traducción de cuestionarios. La validez y fiabilidad se analizaron mediante un estudio transversal.

Participantes: Profesionales sanitarios y no sanitarios de AP que trabajan en Centros de AP del *Institut Català de la Salut* (ICS) del territorio Camp de Tarragona. Respondieron al cuestionario 567 del total de 824 profesionales del territorio.

Descripción del cuestionario original Medical Office Survey on Patient Safety Culture

La versión original del cuestionario MOSPSC fue diseñada en Cleveland (Estados Unidos), por la AHRQ. La prueba piloto se llevó a cabo en 182 Centros de AP y participaron 4.174 profesionales sanitarios y no sanitarios. La consistencia interna del cuestionario se valoró positivamente, con un alfa de Cronbach > 0,75. Fue publicada en 2009.

La versión original, en inglés, consta de 57 preguntas agrupadas en 9 secciones (A, B, C, D, E, F, G, H, I,) y valora 13 dimensiones. Son necesarios entre 10 y 15 minutos, aproximadamente, para completar el cuestionario. La mayoría de los ítems se pueden contestar utilizando 5 o 6 categorías de respuesta entre acuerdo/desacuerdo o nunca/siempre, de manera que son fáciles de contestar. Hay un espacio para comentarios al final.

Etapas de la traducción y adaptación transcultural al catalán

Etapa 1

La versión original del cuestionario fue traducida al catalán por 2 traductores (filólogos) bilingües (catalán-inglés); uno de ellos, profesional sanitario, aportaba el conocimiento del «medio» donde iba a ser utilizado. Las instrucciones para los traductores se basaron en las recomendaciones publicadas por Wild et al. 11 con respecto a la traducción y adaptabilidad lingüística de cuestionarios. Se enfatizó la necesidad de una traducción semántica, no literal.

Etapa 2

Retrotraducción de la versión catalana al inglés para asegurar que es conceptualmente equivalente a la original. El equipo investigador, con ayuda de los traductores, comparó la versión retrotraducida con la original para identificar aquellas preguntas que no eran equivalentes o podían resultar problemáticas. En esta etapa se consensuaron diferentes conceptos (anexo 1).

Etapa 3

Debriefing/legibilidad. Para determinar la comprensión global del cuestionario, dudas sobre preguntas concretas, y apreciación global del instrumento, se administraron, con apoyo directo del investigador principal, 6 cuestionarios a profesionales ajenos al equipo investigador: 2 médicos de familia, 2 enfermeras y 2 auxiliares administrativos, recogiendo los comentarios y aportaciones de cada uno de ellos (anexo 2).

Etapa 4

Prueba piloto. Se realizó en 3 Centros de AP docentes, urbanos o semiurbanos, que atienden a población con diferente nivel sociocultural y cuentan con un importante número de profesionales. Todos fueron invitados a participar y 119 respondieron el cuestionario, pero solo 63 lo hicieron en 2 ocasiones separadas por un intervalo de entre 7 y 21 días. Con esta muestra analizamos la fiabilidad (entendida como estabilidad temporal o reproducibilidad test-retest).

Etapa 5

El cuestionario, en formato electrónico (Google form), se administró (mediante correo corporativo) a todos los profesionales asistenciales, sanitarios y no sanitarios, de la Dirección de AP del ICS-Camp de Tarragona (824 profesionales en total). Respondieron 567 (68,8%). Como primer paso para explorar la validez se analizaron frecuencia y patrón de respuestas, y capacidad de discriminación de cada pregunta. Esta última fue determinada comparando, para cada ítem, la puntuación media del grupo con puntuaciones más altas (percentil \geq 66) respecto al grupo con puntuaciones bajas (percentil \leq 33). Dicha puntuación se obtuvo otorgando valor 1 a la respuesta que expresa actitud más negativa frente a SP v valor 5 (6 en secciones A y B) a la que expresa actitud más positiva o percepción más favorable; para diferencias inferiores a 1 se analizó la correlación entre la puntuación del ítem y la del total de la escala/dimensión. Seguidamente se evaluó la validez de constructo (convergente) mediante un análisis factorial con rotación Varimax. Previamente se comprobó que tanto el tipo de análisis (test de esfericidad de Bartlett) como la muestra (índice Kaiser-Meyer-Olkin [KMO]) eran adecuados. Para determinar la consistencia interna del total de la escala y de cada una de las dimensiones se utilizó el alfa de Cronbach. El paquete estadístico utilizado fue SPSS V18.

Resultados

Tras la primera traducción del inglés al catalán se obtuvo una primera versión y, tras la retrotraducción, se consensuó la versión 2 (anexo 1). Para la versión 3 (definitiva), se tuvieron en cuenta las aportaciones de los profesionales (anexo 2).

En el análisis test-retest, realizado con 63 cuestionarios en la fase piloto, obtuvimos coeficientes de correlación (de Pearson) superiores a 0,50 (mayoritariamente superiores a 0,60) en todos los ítems salvo en A4: La información clínica se archivó en la historia clínica de otro paciente; A9: Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día; B3: Problemas para intercambiar información precisa, completa, adecuada y oportuna con oficinas de farmacia; D6: En nuestro Centro se realiza un seguimiento cuando no se recibe el informe de un paciente que estamos esperando que nos remita un especialista de otro Centro; F4: Si no cometemos más fallos que afecten a nuestros pacientes, es por casualidad (tabla 1). De acuerdo con Guilford y Fruchter¹², estos índices corresponden a una fiabilidad media-alta.

El resto de características psicométricas se analizaron con la muestra de 567 cuestionarios. De los profesionales que respondieron, el 42,9% fueron personal de enfermería (incluyendo comadronas y auxiliares de enfermería), el 33,7% médicos (incluyendo pediatras de AP, médicos internos residentes y, con representación testimonial, ginecólogos y odontólogos de AP) y el 20,3% administrativos (incluyendo auxiliares administrativos y celadores). Desempeñaban un puesto de responsabilidad el 3,2%. La antigüedad en el Centro fue superior a 10 años (11 o más) en el 38,2% de casos y menor de uno en el 9%. La mayoría (89,7%) trabajaba más de 32 horas semanales.

En el análisis de frecuencia y patrón de respuestas cabe mencionar que el formato en que se administró el cuestionario «obligaba» a contestar todas las preguntas para poder saltar a la siguiente, salvo en la sección E: Suport de la gerència i de l'equip directiu (Apoyo al liderazgo), donde una pregunta filtro invitaba a no responder a profesionales con cargo de responsabilidad. En general se observan frecuencias de «endose» bajas o muy bajas para opciones de respuesta que implican valoración negativa. En la tabla 2 se pueden observar las correspondientes a la sección G: Valoración global.

El porcentaje de respuestas «No procedeix o no ho sé» (No procede o no lo sé [NP/NS]) osciló entre el 6,97% en la sección F: Al vostre CAP (En el Centro) y el 27,32% en la sección B: Intercanvi d'informació amb altres nivells assistencials (Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales) (tabla 3). La pregunta con menor porcentaje de respuesta NP/NS (0,2%) fue C5: «En aguest Centre hi ha un tracte de respecte entre els professionals» («En este Centro, nos tratamos mutuamente con respeto») y con mayor porcentaje (47,6%) D6: «El Centre fa un seguiment actiu d'un informe no rebut d'un professional extern» («En nuestro Centro se realiza un seguimiento activo cuando no se recibe el informe de un paciente que estamos esperando que nos remita un especialista de otro Centro»). Como se puede observar en la tabla 3, hay importantes diferencias entre los porcentajes de respuesta NP/NS por categorías profesionales, siendo los profesionales no sanitarios los que acumulan mayor porcentaje de dichas respuestas (media del 26,9%), salvo en preguntas referidas especialmente a su categoría del tipo D7: «El personal no sanitari sent que se li retreuen els seus errors» («El personal no sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra»). En las preguntas «añadidas» en las versiones española y catalana, referidas específicamente a personal sanitario (C16 a C19, D13 y D14), la opción NP/NS alcanza elevados porcentajes (incluso superiores al 50%) entre personal no sanitario. No hemos incluido en la tabla la sección G: Valoració Global (Valoración global) puesto que no considera, entre las respuestas, la opción NP/NS.

Respecto a la capacidad de discriminación de los ítems, el que mostró mayor capacidad fue B3 (con una diferencia de puntuación media entre grupos con mayores frente a menores puntuaciones de 3,06), y el que menos fue D7 (con una diferencia de 0,64). Puesto que el rango de puntuaciones oscila entre 1-5 (1-6 en las secciones A y B), para ítems con diferencias inferiores a 1, se analizó la correlación entre la puntuación del ítem y la del total de la escala. Todos, excepto C11: «El Centre disposa de suficient personal no sanitari per gestionar la demanda dels usuaris» («El Centro dispone de suficiente personal no sanitario para gestionar la demanda de los pacientes»), que tenía una diferencia de 0,94, mostraron correlaciones superiores a 0,30 (la de C11 fue de 0,246). Este índice subía a 0,55 al relacionar su puntuación con la total de la dimensión. En el caso del ítem Ge: «En general, com valorarieu el vostre CAP en la següent àrea de qualitat assistencial: Equitatiu: Ofereix la mateixa qualitat assistencial a tots els pacients independentment del seu gènere, raça, ètnia, nivell socioeconòmic, llengua, etc.» («En general, cómo puntuaría a su Centro de Salud en la siguiente dimensión de la calidad asistencial: Equitativo: Ofrece la misma calidad asistencial a todos los individuos con independencia de su sexo, raza, etnia, nivel socioeconómico, idioma, etc.»), que mostró una diferencia de 0,90 en el primer análisis, la correlación con el total de la escala fue de 0,299 y con el de su dimensión de 0,73. En la sección de comentarios libres algunos profesionales manifiestan que este sería un aspecto a mejorar.

Previo a la extracción de factores, se realizó un análisis de la matriz de correlaciones. Tanto el test de esfericidad de Bartlett, con nivel de significación <0,001, como el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), con valor de 0,87, sugirieron que era adecuado realizar un análisis factorial.

El análisis factorial extrajo 15 dimensiones que explicarían el 76,3% de la varianza. Tras aplicar la rotación Varimax obtuvimos una estructura factorial muy similar a la del cuestionario original (con las 2 subdimensiones añadidas). Nuestro modelo detectó algunos ítems complejos (con buenas saturaciones para 2 dimensiones distintas). Decidimos adaptarnos al máximo a la estructura original comprobando la consistencia interna de cada subescala, que solo fue inferior a 0,70 en las subdimensiones: comunicación sobre el error (tanto personal no sanitario como sanitario); formación de personal no sanitario y precepciones generales sobre seguridad del paciente y calidad. El índice alfa de Cronbach para el cuestionario completo fue de 0,87. Las secciones, dimensiones y correspondientes preguntas del cuestionario original y de las versiones española y catalana (muy similar a la española) adaptadas, junto con los coeficientes alfa

tems	Correlaciones entre test-retest	n	р
	(Pearson)		
			pacient i la qualitat (Listado
	nados con la SP y la calida		
A1	0,586	49	0,000
A2	0,660	37	0,000
A3	0,677	48	0,000
A4	0,253newline	38	0,126
A5	0,424	50	0,002
A6	0,484	42	0,001
A7	0,406	38	0,011
A8	0,655	44	0,000
Α9	0,206	30	0,275
Secció B: Intercanvi	d'informació amb altres	dispositius assist	encials (Intercambio de información con otros
dispositivos asistenc		·	
B1	0,345	35	0,042
B2	0,661	29	0,000
B3: Farmàcies	-0,052	30	0.784
B4	0,514	34	0,002
			rabajando en el Centro de Salud)
C1	0,649	62	0,000
C2	0,668	63	0,000
C3	0,574	53	0,000
C4	0,533	45 43	0,000
C5	0,527	62	0,000
C6	0,736	52	0,000
C7	0,582	41	0,000
C8	0,561	60	0,000
C9	0,505	59	0,000
C10	0,664	38	0,000
C11	0,624	47	0,000
C12	0,589	55	0,000
C13	0,688	60	0,000
C14	0,706	53	0,000
C15	0,506	38	0,001
C16	0,551	50	0,000
C17	0,566	51	0,000
C18	0,603	49	0,000
C19	0,280	51	0,047
Secció D: Comunicad	ció i seguiment (Comunic	ación y seguimier	ito)
D1	0,559	52	0,000
D2	0,697	47	0,000
D3	0,549	42	0,000
D4	0,390	53	0,004
D5	0,477	50	0,003
D6	0,029	22	0,899
D7	0,428	28	0,023
D8	0,572	60	0,000
D9	0,372	45	0,012
D10	0,657	61	0,000
D11	0,599	61	0,000
D12	0,476	31	0,007
D13	0,476	31 44	0,007
D14			
V14	0,395	51	0.004

Tabla 1 (continuación)				
Ítems	Correlaciones entre test-retest (Pearson)	n	р	
Secció E: Suport de	la gerència o de l'equip directiu (Apoyo	al liderazgo)		
E1	0,422	43	0,005	
E2	0,468	42	0,002	
E3	0,509	44	0,000	
E4	0,459	43	0,002	
Secció F: Al vostre (CAP (En el Centro)			
F1	0,642	39	0,000	
F2	0,706	35	0,000	
F3	0,463	30	0,010	
F4	0,204	30	0,281	
F5	0,393	37	0,016	
F6	0,506	36	0,002	
F7	0,740	33	0,000	
Secció G: Valoració	global (Puntuaciones globales)			
Ga	0,549	60	0,000	
Gb	0,658	58		
Gc	0,729	58	0,000	
Gd	0,588	59	0,000	
Ge	0,610	59	0,000	
G1	0,639	57	0,000	

 Tabla 2
 Frecuencias de endose de la Secció G: Valoració global (Sección G: Puntuaciones globales). Valoración global sobre la calidad

 En general, com valoraríeu el vostre CAP en les següents àrees de qualitat assistencial? 	Malament	Acceptable	Bé	Molt bé	Excel·lent
En general, ¿cómo puntuaría a su Centro de Salud en cada una de las siguientes dimensiones de la calidad asistencial?	Pobre	Aceptable	Buena	Muy buena	Excelente
 a. Centrat en el pacient: Es té en compte les preferències, necessitats i valors del pacient. Centrado en el paciente: Responde a las preferencias individuales de los pacientes, a sus necesidades y valores 	2,8%	25,1%	37,6%	30,3%	4,2%
b. <i>Eficaç</i> : Es basa en l'evidència científica. <i>Eficaz</i> : Se basa en el conocimiento científico	1,8%	21,2%	44,3%	27,6%	5,1%
 c. Temps: Minimitza els retards que puguin comportar riscos pel pacient. Tiempo: Minimiza esperas y demoras potencialmente perjudiciales 	6,2%	23,5%	35,6%	28,2%	6,5%
 d. Eficient: Assegura una assistència cost-eficaç (evitant el malbaratament, l'abús, i el mal ús dels recursos). Eficiente: Garantiza unos cuidados coste-efectivos (evita el despilfarro, la sobreutilización o el mal uso de los recursos) 	4,4%	25,1%	40%	25,9%	4,6%
e. Equitatiu: Ofereix la mateixa qualitat assistencial a tots els pacients independentment del seu gènere, raça, ètnia, nivell socioeconòmic, llengua, etc. Ofrece la misma calidad asistencial a todos los individuos con independencia de su sexo, raza, etnia, nivel socioeconómico, idioma, etc.	2,2%	9,3%	21,5%	37,7%	29,3%

Tabla 3 Porcentaje de respuestas «*No procedeix/no ho sé*» (No lo sé/no procede) por secciones en función de la categoría profesional

	No sanitarios (n = 115)	Sanitarios (n = 434)	Médicos (n = 191)	Enfermeras (n = 243)	Total (N = 567)
A. Aspectos relacionados con la SP y la calidad (9)	46,96%	20,17%	10,54%	27,75%	25,84%
B. Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (4)	53,93%	20,8%	8,12%	30,77%	27,32%
C. Trabajando en el Centro de Salud (19)	16,61%	7,62%	7,29%	7,94%	9,27%
D. Comunicación y seguimiento (14)	28,99%	16,47%	14,98%	17,64%	18,81%
E. Apoyo al liderazgo ^a (4)	20,85%	6,75%	6,27%	7,10%	9,42%
F. En el Centro (7)	10,81%	6,14%	6,21%	6,11%	6,97%

^a Porcentajes calculados sobre 434 cuestionarios, excluyendo a los profesionales de equipos directivos.

de Cronbach para cada dimensión, quedan reflejadas en la tabla 4.

Discusión

Tras el proceso de traducción, adaptación y validación al catalán del cuestionario original, en inglés, de la AHRQ, se ha obtenido una versión muy parecida a la española adaptada, publicada en 20139. La principal aportación de las versiones española y catalana es la incorporación (duplicación) de preguntas referidas específicamente a personal sanitario sobre formación, procedimientos y comunicación sobre el error (en el cuestionario original se refieren únicamente a personal no sanitario). Esto implica añadir 2 dimensiones (o subdimensiones) al cuestionario y conlleva elevados porcentajes de respuestas tipo NP/NS por parte de profesionales a quienes no alude específicamente el ítem. Probablemente como consecuencia de ello (al disminuir la n válida para algunos ítems) se han visto afectados, en el análisis test-retest, los coeficientes de correlación; aun así, la gran mayoría de preguntas ofrecen buenos coeficientes y las correlaciones, sobre todo con las dimensiones, son altas. Cabría considerar valorar estas dimensiones por separado en los subgrupos de profesionales «aludidos». En dimensiones más «globales», como «Aprendizaje organizacional» y «Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad» (sección F), los porcentajes de respuesta NP/NS son, por el contrario, bajos. Al analizar el patrón de respuestas, llaman la atención bajas frecuencias de endose para opciones de respuesta con valoración/percepción más negativa sobre calidad y seguridad. Consideramos que no comprometen la validez del cuestionario sino que son un resultado muy positivo; se podría considerar agrupar las opciones de respuesta (en 2 o 3 categorías en lugar de 5-6).

La principal aportación de esta versión es que valida el uso del cuestionario en la lengua materna (o habitualmente utilizada) de la mayoría de profesionales de nuestro territorio, facilitando una comprensión más precisa y una mayor cumplimentación. Como ya hemos mencionado, el porcentaje de profesionales que respondieron a esta versión del cuestionario fue del 68,8%, mientras que la tasa de respuesta en Cataluña en 2011 (con la versión española

adaptada) fue del 55,5%. Esta tasa de respuesta se acerca a la que obtuvieron en la validación del cuestionario original (70%) y es superior a la que reportan para los cuestionarios administrados vía web (65%). Por otra parte, si comparamos nuestras tasas con la de un estudio llevado a cabo con residentes de Galicia (49,5%)¹³, vemos que son superiores, probablemente debido a la prioridad que se ha dado en nuestro territorio al desarrollo de la cultura de seguridad y al escaso énfasis que se hace sobre este aspecto en el colectivo de médicos en formación. En nuestro análisis psicométrico obtenemos, para el global de la escala, un coeficiente alfa de Cronbach de 0,87, bastante superior al límite habitualmente establecido (0,70) para calificar como aceptable la fiabilidad de un cuestionario. Para las diferentes dimensiones obtenemos, en general, coeficientes algo inferiores a los que obtuvo el cuestionario original (tabla 4) pero que pueden considerarse adecuados. Para establecer la estructura definitiva del cuestionario, en cuanto a dimensiones e ítems, aunque nos hemos guiado por la extracción de componentes principales, hemos elegido la estructura más similar/equivalente a la española validada (siempre comprobando la fiabilidad de las dimensiones) con objeto de dar respuesta a 2 de los objetivos del cuestionario original: evaluar el impacto de iniciativas de mejora de la SP y hacer seguimiento de los cambios de la cultura de SP con el tiempo. La mayor dificultad que presenta el cuestionario, como ya se evidenció al validarlo al castellano, es su extensión. Hay que invertir alrededor de 20 minutos en contestarlo y ello «desmotiva» a muchos profesionales. Las estrategias, como la dedicación de espacios de tiempo concretos y la insistencia, son claves a la hora de conseguir respuestas.

Como otra limitación, hemos realizado un análisis factorial exploratorio y sería interesante añadir el análisis factorial confirmatorio. Como estrategia general, destacar también la importancia de conocer la visión de los pacientes, utilizando cuestionarios específicos¹⁴.

En el material adicional se adjunta la versión catalana del cuestionario.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Tabla 4 Secciones y dimensiones del cuestionario *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC) de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) y de las versiones española y catalana adaptadas, con coeficientes alfa de Cronbach por dimensiones entre paréntesis

Secciones y dimensiones	Preguntas adscritas				
	Cuestionario original	Versión española adaptada	Versión catalana adaptada		
Sección A. Aspectos relacionados con a seguridad del paciente y la calidad	A1-A9 (0,86)	A1-A9 (0,81)	A1-A9 (0,72)		
Sección B. Intercambio de nformación con otros niveles asistenciales	B1-B5 (0,90)	B1-B4 (0,83)	B1-B4 (0,81)		
Sección C. Trabajando en el Centro de Ate	nción Primaria (CAP)				
Trabajo en equipo	C1, C2, C5, C13 (0,83)	C1, C2, C5, C13 (0,75)	C1, C2, C5, C13 (0,71)		
Ritmo y carga de trabajo	C3, C6, C11, C14 (0,76)	C3, C6, C11, C14 (0,74)	C3, C6, C11, C14		
Formación del personal NS)newline Formación del	C4, C7, C10 (0,80)	C4, C7, C10 (0,63)newline	C4, C7, C10 (0,66)newline		
personal sanitario		C16,C17,C18 (0,76)	C16,C17,C18 (0,73)newline C4,C7,C10,C17- C18 (0,80)		
Procedimientosnewline Procedimientos personal sanitario	C8, C9, C12, C15 (0,77)	C8, C9, C12, C15newline newline C19 (0,78)	C8, C9, C12, C15 (0,72)newline C8,C9,C12-13,C15, C19 (0,78)newline C8, C9, C12, C19 (0,70)		
Sección D. Comunicación y seguimiento					
Comunicación franca	D1, D2, D4, D10 (0,81)	D1, D2, D4, D10 (0,70)	D1, D2, D4, D10 (0,67)newline D1,D2,D8,D10 (0,73)		
Seguimiento de la atención a los pacientes Comunicación sobre el error NSnewline Comunicación sobre el error personal sanitario	D3, D5, D6, D9 (0,78) D7, D8, D11, D12 (0,80)	D3, D5, D6, D9 (0,66) D7, D8, D11, D12,newline newline D13, D14 (0,75)	D3, D5, D6, D9 (0,75) D7, D8, D11, D12 (0,66)newline D4,D7,D10-D14 (0,80)newline D8, D11, D13, D14 (0,64)		
Sección E. Soporte de gerencia/equipo directivo Sección F. En vuestro CAP	E1-E4 (0,76)	E1-E4 (0,78)	E1-E4 (0,79)		
Aprendizaje organizacional	F1, F5, F7 (0,82)	F1, F5, F7 (0,77)	F1, F5, F7 (0,77)newline F1,F2,F5,F7 (0,80)		
Percepciones generales sobre la SP , la calidad	F2, F3, F4, F6 (0,79)	F2, F3, F4, F6 (0,74)	F2, F3, F4, F6 (0,48)		
<i>Sección G</i> . Valoración global Sobre la calidad Sobre la SP	G1a-Ge (0,87)	G1a-e (0,84)	G1a-e,G2 (0,86) G1a-G1e G2		
Sección Hnewline Datos sociodemográficosnewline Datos profesionales	Descriptivos de los participantes	Descriptivos de los participantes	Descriptivos de los participantes/CAP		
Sección I. Comentarios	Observaciones	Observaciones	Observaciones		

Anexo 1. Términos consensuados tras traducción-retrotraducción, junto con «equivalentes» en castellano

Inglés Inglés	Català	Castellano
Medical Office	Centre d'Atenció Primària	Centro de Salud
Provider	Personal sanitari	Personal sanitario
Critical abnormal result	Resultat patològic greu	Resultado crítico anormal
Staff	Personal no sanitari	Personal no sanitario
Issues	Aspectes relacionats amb la	Aspectos relacionados con la
	seguretat/Qüestions sobre seguretat	seguridad/Cuestiones sobre seguridad
Care/Quality of care	Assistència o atenció/Qualitat de	Asistencia o Atención/Calidad de la
	l'assistència o atenció	asistencia o de la atención
Medical equipment	Equipament sanitari	Equipamiento médico
acute/serious problem	Problema de salut agut	Problema de salud agudo
Follow up	Fer seguiment/Prendre mesures	Supervisar
Processes	Processos	Procedimientos
Outside provider	Professional extern	Especialista de otro centro
Handle our patient load	Gestionar la demanda dels usuaris	Manejar la carga de Trabajo de los
		pacientes
Position	Categoria professional	Puesto

Anexo 2. Aportaciones de los profesionales en la fase de *Debriefing* (Etapa 3)

- Percepción general de la importancia del tema que trata el cuestionario: muy interesante.
- Tiempo necesario para completar el cuestionario: han invertido una media de 20 minutos, 5 minutos más de la estimación que hace la guía del cuestionario original inglés.
- Encuentran el cuestionario muy largo, con excesivas preguntas.
- Eliminar algunas preguntas que exploran el mismo concepto y resultan repetitivas.
- Las opciones para la respuesta son excesivas.
- El personal no sanitario no se siente capacitado para contestar las cuestiones referentes a los profesionales sanitarios, sobre todo las incluidas en las secciones A y B.
- Los profesionales sanitarios también expresan dificultades para dar su opinión en temas relacionados con las tareas que realiza el personal no sanitario.
- Hay algunas preguntas referentes exclusivamente al personal no sanitario que piensan que deberían explorarse también entre los sanitarios: sección C, sobre formación recibida por el puesto de trabajo y seguimiento de procesos estandarizados principalmente y sección D, sobre comunicación de los errores.
- En la sección E: la aclaración que se hace para contestar esta sección o no puede llevar a errores de interpretación, por lo que algunas personas interpretan que tienen que contestar solamente las preguntas de 1 a 4 de la sección C y dejan de contestar la sección F.
- En general, la valoración global que hacen es que el cuestionario resulta muy interesante por el tema que estudia, es fácil de leer y entender al contener preguntas muy cortas y concretas, pero es excesivamente largo y el tiempo necesario para responder también es demasiado grande.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi:10.1016/j.jhqr.2019 [.05.012].

Bibliografía

- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
- Panesar SS, deSilva D, Carson-Stevens A, Cresswell KM, Salvilla SA, Slight SP, et al. How safe is primary care? A systematic review. BMJ Qual Saf. 2016;25:544–53.
- 3. Pronovost P, Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. Qual Saf Health Care. 2005;14:231–3.
- World Health Organization. Definitions of key concepts from the WHO Patient Safety Curriculum Guide; 2011 [consultado 15 Abr 2019]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/course1a_handout.pdf
- Vasconcelos PF, Arruda LP, Sousa Freire VEC, Carvalho R. Instruments for evaluation of safety culture in primary health care: integrative review of the literature. Public Health. 2018;156:147–51.
- European Union Network for Patient Safety. Patient Safety Culture Instruments used in Member States. Aarhus: European Society for Quality in Healthcare, Office for Quality Indicators; 2010.
- The Health Foundation. Research scan: Does improving safety culture affect patient outcomes? 2011 [consultado 15 Abr 2019]. Disponible en: https://www.health.org.uk/ sites/default/files/DoesImprovingSafetyCultureAffectPatient Outcomes.pdf
- Medical Office Survey on Patient Safety Culture. Medical Office Survey Toolkit [consultado 10 Dic 2009]. Disponible en: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/ professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/ medical-office/resources/mosurveyform.pdf

- Torijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G, Astier-Pena MP, Maderuelo- Fernandez 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.
- 10. Davins J, Gens M, García A, Alava F, Oliva G, Lushchecnkova O, et al. Desenvolupament de les unitats funcionals de seguretat dels pacients en l'atenció primària de Catalunya. Ann Med (Barc., 1976). 2012;95:111-4.
- 11. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes
- (PRO) measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Value Health. 2005;8:94–104.
- 12. Guilford JP, Fruchter B. Fundamental Statistics in Psychology and Education. Nueva York: McGraw-Hill; 1973.
- 13. Portela M, Bugarín R, Rodríguez MS. Patient safety culture in Family practice residents of Galicia. Aten Primaria. 2017;49:343-50, http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.009.
- 14. Giles SJ, Parveen S, Hernan AL. Validation of the Primary Care Patient Measure of Safety (PC PMOS) questionnaire. BMJ Qual Saf. 2019;28:389-96.