



**UNIVERSIDAD DE MURCIA**  
**ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO**  
**TESIS DOCTORAL**

Percepción de los Profesionales Sanitarios sobre  
Seguridad del Paciente en el Área IX - Vega Alta del Segura del  
Servicio Murciano de Salud.

**D. Mario Aroca Lucas**  
**2024**





**UNIVERSIDAD DE MURCIA**  
**ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO**  
**TESIS DOCTORAL**

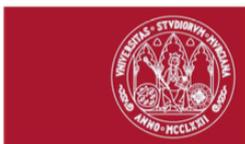
Percepción de los Profesionales Sanitarios sobre  
Seguridad del Paciente en el Área IX - Vega Alta del Segura del  
Servicio Murciano de Salud.

Autor: D. Mario Aroca Lucas

Director/es: D.<sup>a</sup> Laura Martínez Alarcón

D. César Carrillo García





**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD  
DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR**

*Aprobado por la Comisión General de Doctorado el 19-10-2022*

D./Dña. Mario Aroca Lucas

doctorando del Programa de Doctorado en

Ciencias de la Salud

de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Murcia, como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor y titulada:

Percepción de los profesionales sanitarios sobre Seguridad del Paciente en el Área IX - Vega Alta del Segura del Servicio Murciano de Salud

y dirigida por,

D./Dña. Laura Martínez Alarcón

D./Dña. César Carrillo García

D./Dña.

**DECLARO QUE:**

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

*Si la tesis hubiera sido autorizada como tesis por compendio de publicaciones o incluyese 1 o 2 publicaciones (como prevé el artículo 29.8 del reglamento), declarar que cuenta con:*

- La aceptación por escrito de los coautores de las publicaciones de que el doctorando las presente como parte de la tesis.*
- En su caso, la renuncia por escrito de los coautores no doctores de dichos trabajos a presentarlos como parte de otras tesis doctorales en la Universidad de Murcia o en cualquier otra universidad.*

Del mismo modo, asumo ante la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada, en caso de plagio, de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

En Murcia, a 3 de septiembre de 2024

Fdo.: Mario Aroca Lucas

*Esta DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD debe ser insertada en la primera página de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor.*

Información básica sobre protección de sus datos personales aportados	
Responsable:	Universidad de Murcia. Avenida teniente Flomesta, 5. Edificio de la Convalecencia. 30003; Murcia. Delegado de Protección de Datos: dpd@um.es
Legitimación:	La Universidad de Murcia se encuentra legitimada para el tratamiento de sus datos por ser necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. art. 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos
Finalidad:	Gestionar su declaración de autoría y originalidad
Destinatarios:	No se prevé comunicaciones de datos
Derechos:	Los interesados pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación del tratamiento, olvido y portabilidad a través del procedimiento establecido a tal efecto en el Registro Electrónico o mediante la presentación de la correspondiente solicitud en las Oficinas de Asistencia en Materia de Registro de la Universidad de Murcia





UNIVERSIDAD DE  
MURCIA

D<sup>a</sup>. Laura Martínez Alarcón, Doctora de Universidad del Área de Enfermería en el Departamento de Enfermería, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Percepción de los Profesionales Sanitarios sobre Seguridad del Paciente en el Área IX – Vega Alta del Segura del Servicio Murciano de Salud", realizada por D. Mario Aroca Lucas, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 3 de septiembre de 2024

Firmante: LAURA.MARTINEZ.ALARCON; Fecha/hora: 03/09/2024 12:39:54; Emisor del certificado: CN=AC FNMT Usuarios OU=Ceres O=FNMT-RCM C=ES;



Mod.T-20

Código seguro de verificación: RUxFMt7g-RCfB8VxC-cuM1Am/2-wYotAJso

COPIA ELECTRÓNICA - Página 1 de 1

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento administrativo electrónico archivado por la Universidad de Murcia, según el artículo 27.3 c) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre. Su autenticidad puede ser contrastada a través de la siguiente dirección: <https://sede.um.es/validador/>





UNIVERSIDAD DE  
MURCIA

D. César Carrillo García, Doctor de Universidad del Área de Enfermería en el Departamento de Enfermería, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Percepción de los Profesionales Sanitarios sobre Seguridad del Paciente en el Área IX – Vega Alta del Segura del Servicio Murciano de Salud", realizada por D. Mario Aroca Lucas, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 3 de septiembre de 2024

Firmante: CESAR CARRILLO GARCIA. Fecha-hora: 03/09/2024 12:34:02. Emisor del certificado: C=ES,O=ACCY.UO=PRIACCV,CN=ACCYCA-I201



Mod: T-20

Código seguro de verificación: RUxFMqiZ-+TAQ03u3-/ac0w1j7-Y4qy3MJJD

COPIA ELECTRÓNICA - Página 1 de 1

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento administrativo electrónico archivado por la Universidad de Murcia, según el artículo 27.3 c) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre. Su autenticidad puede ser contrastada a través de la siguiente dirección: <https://sede.um.es/validador/>



*A todas las personas  
que durante este proceso han creído en mí.*

*En especial, a mi madre,  
porque sin tener nada, ha sido y me ha dado todo.*

*“Los hombres geniales empiezan grandes obras,  
los hombres trabajadores las terminan.”*

Leonardo Da Vinci.



## AGRADECIMIENTOS

A mis directores, la Dra. Laura Martínez Alarcón y el Dr. César Carrillo García, por su dedicación, por el generoso acto de compartir tantos conocimientos conmigo, por permitirme el honor de tener la esencia de cada uno de ellos en estas páginas y por dejar un poco de cada uno de ellos en mí para siempre.

A mis compañeros de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica San Antonio, por mostrarme que el camino no es fácil, pero merece la pena, y más cuando no lo haces solo. Especial mención a la Dra. Ana María Lorente, primera mentora y persona especial para mí; la Dra. Isabel Morales, la excelencia académica unida a un enorme corazón; la Dra. Adriana Catarina de Souza, referente en Seguridad del Paciente y fuente inagotable de resolución de dudas y ánimos; y, por último, pero no menos importante, al Dr. Juan José Hernández, por enseñarme pacientemente todo lo que sé de estadística y por regalarme lo más valioso, su tiempo y su conocimiento, gracias.

A las enfermeras que, durante mi vida académica y profesional, me han hecho reafirmar día a día que no me equivoqué al elegir la profesión de mi vida. Sería una lista interminable, pero no puedo pasar por alto a María Dolores Buitrago, a Silvia Gómez, a Paula María Moreno y a María José Castejón.

A mis compañeros del Hospital de la Vega Lorenzo Guirao y de los centros de Atención Primaria del Área IX – Vega Alta del Segura, por contribuir a la recogida de datos de este trabajo, y por hacer que siempre quiera volver a esta gran familia. Agradezco de corazón a todos los supervisores y gestores por su compromiso y predisposición para ayudarme siempre.

A mi familia, por las palabras de ánimo, por el apoyo y por valorar de corazón el esfuerzo que me han visto hacer durante tantos años, especialmente a la persona que ha creído en mí, incluso cuando yo no lo he hecho y que siempre, sin excepciones, va a estar, a ti, mamá. Gracias.

A mi familia elegida, mis amigos. Gracias por animarme, por preguntarme “¿qué día lees?” o por decirme “eso está ya terminado”. Sería imposible enumeraros, pero los que sois, estéis donde estéis, os llevo siempre: Carmen Piñera, Rocío Herrera, Clara Marín, Cristina Alacid, Penélope Alacid y Carmen Laura Moreno, entre otros. Gracias.

A Julia Lorente, por tener siempre una palabra para calmarme, un rato para verme y un ángel para cuidarme.

A Pepe y Santi, gracias por ser un lugar seguro para mí desde hace tantos años. Sois mi familia. Y a Álvaro y Martina, por haberme regalado tanto sin ser conscientes. El tete os quiere mucho.

A Lola, por saber estar, por aguantarme y por conocerme tanto y, aun así, quererme tanto.

A mi gente del sur, por ser válvula de escape y unos brazos que me han recibido con tanto amor. Andalucía siempre va conmigo, y vosotros también. En especial a Antonio Javier, por ser un apoyo incondicional que espero tener siempre en mi vida.

Y en último lugar, agradecer a todas las personas que, con sus conocimientos, me han permitido elaborar este trabajo, y gracias a las cuales, espero, de corazón, poder ayudar a otros tantos y contribuir a una asistencia sanitaria universal y de calidad para todos.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
INTRODUCCIÓN .....	3
<b>BLOQUE I: MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO 1: CONCEPTUALIZACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO</b> .....	<b>9</b>
1.1. DEFINICIÓN DE SEGURIDAD. ....	9
1.2. LA SEGURIDAD EN LA SANIDAD: SEGURIDAD DEL PACIENTE... 12	
1.3. LA IMPORTANCIA DE LA SEGURIDAD EN EL ÁMBITO ASISTENCIAL SANITARIO.....	17
1.4 INCIDENTES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE. ....	21
<b>CAPÍTULO 2: ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL DE LA CUESTIÓN DE ESTUDIO</b> .....	<b>25</b>
2.1. PRIMEROS SIGNOS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA HISTORIA. ....	25
2.1.1. PRIMERAS CIVILIZACIONES.....	25
2.1.2. PERIODOS HELENÍSTA Y ROMANO.....	26
2.1.3. PERIODO POST-HIPOCRÁTICO HASTA EL SIGLO XX. ....	27
2.2. SIGLO XX Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	29
2.3. INFORME “TO ERR IS HUMAN”: UN PUNTO DE INFLEXIÓN. ....	30
2.3.1. TO ERR IS HUMAN: BUILDING A SAFER HEALTH SYSTEM... 30	
2.3.2. ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. ... 31	
2.3.3. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL CENTER FOR PATIENT SAFETY. ....	33
2.4. ÚLTIMOS AVANCES: EL NUEVO MILENIO. ....	34
2.4.1. AVANCES INTERNACIONALES.....	34
2.4.2. AVANCES NACIONALES.....	45
2.4.3. AVANCES AUTONÓMICOS.....	51
<b>CAPÍTULO 3: EL SISTEMA SANITARIO ACTUAL Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b> .....	<b>53</b>

3.1. EL SISTEMA SANITARIO ACTUAL.....	53
3.2. NIVELES ASISTENCIALES.....	54
3.2.1. ATENCIÓN PRIMARIA.....	55
3.2.2. ATENCIÓN ESPECIALIZADA.....	57
3.3. MODELOS EXPLICATIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	58
3.3.1. MODELO DE REASON.....	59
3.3.2. MODELO DE VAN DER SCHAAF.....	60
3.3.3. MODELO DE P. J. SATURNO.....	61
3.3.4. NEAR MISS MANAGEMENT SYSTEM.....	64
3.4. FORMACIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA PROFESIÓN SANITARIA.....	64
3.5. NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE. .....	65
3.6. ESTUDIOS PREVIOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: ATENCIÓN PRIMARIA.....	66
3.7. ESTUDIOS PREVIOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: ATENCIÓN ESPECIALIZADA.....	76
<b>CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DEL CONTEXTO.....</b>	<b>81</b>
4.1. ÁREA IX – VEGA ALTA DEL SEGURA. SERVICIO MURCIANO DE SALUD.....	81
<b>CAPÍTULO 5: JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN ..</b>	<b>85</b>
<b><i>BLOQUE II: OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO.....</i></b>	<b>89</b>
<b>CAPÍTULO 1: OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....</b>	<b>91</b>
1.1. OBJETIVO GENERAL.....	91
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	91
<b>CAPÍTULO 2: HIPÓTESIS DEL ESTUDIO.....</b>	<b>93</b>
<b><i>BLOQUE III: MARCO METODOLÓGICO.....</i></b>	<b>95</b>
<b>CAPÍTULO 1: MATERIAL Y MÉTODO.....</b>	<b>97</b>
1.1. REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS.....	97
1.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	98

1.3. POBLACIÓN DE REFERENCIA.....	99
1.3.1. POBLACIÓN DIANA.....	99
1.3.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	100
1.3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	102
1.4. ÁMBITO Y PERIODO DEL ESTUDIO.....	102
1.5. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.....	103
1.6. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....	104
1.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	120
1.8. RECOGIDA DE DATOS.....	123
1.9. FASE DE APLICACIÓN.....	124
1.10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS. ....	127
1.10.1. SPSS V.28.....	127
1.10.2. PRUEBAS ESTADÍSTICAS.....	127
<b>BLOQUE IV: MARCO EMPÍRICO.....</b>	<b>135</b>
<b>CAPÍTULO 1: RESULTADOS.....</b>	<b>137</b>
1.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	138
1.1.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ATENCIÓN PRIMARIA.....	138
1.1.2. PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	147
1.1.3. ANÁLISIS INFERENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	150
1.2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA.....	167
1.2.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ATENCIÓN ESPECIALIZADA.....	167
1.2.2. PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA.....	181
1.2.3. ANÁLISIS INFERENCIAL EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA ....	184
<b>CAPÍTULO 2: DISCUSIÓN.....</b>	<b>220</b>
2.1. DISCUSIÓN DE RESULTADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	220
2.1.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DESCRIPTIVAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	220
2.1.2. RESULTADOS INFERENCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA. .	223

2.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA.	225
2.2.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DESCRIPTIVAS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA. ....	225
2.2.2. RESULTADOS INFERENCIALES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA. ....	227
2.3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	229
2.4. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN .....	231
<b>BLOQUE V: CONCLUSIONES .....</b>	<b>233</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>235</b>
<b>BLOQUE VI: BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>243</b>
<b>BLOQUE VII: ANEXOS.....</b>	<b>273</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>275</b>

## ÍNDICE DE ELEMENTOS GRÁFICOS

ÍNDICE DE ANEXOS	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	IX
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XI
ÍNDICE DE TABLAS	XV



## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo 1</b> Encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture.....	275
<b>Anexo 2</b> Autorización del Sr. Director Gerente del Área IX para la recogida de datos .....	282
<b>Anexo 3</b> Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria ..	283
<b>Anexo 4</b> Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes .....	288



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> Pirámide de Maslow.....	11
<b>Figura 2</b> Dimensiones de la calidad asistencial .....	19
<b>Figura 3</b> Marco de la OCDE para la medición del desempeño del Sistema de Salud.....	42
<b>Figura 4</b> Objetivos estratégicos del Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente .....	44
<b>Figura 5</b> Infografía sobre pautas para reducir errores en órdenes médicas verbales .....	48
<b>Figura 6</b> Salud Segura - Núcleo de Seguridad del área I .....	52
<b>Figura 7</b> Modelo del queso suizo de Reason.....	59
<b>Figura 8</b> Modelo de Clasificación de Eindhoven adaptado a las Ciencias de la Salud.....	61
<b>Figura 9</b> Ejemplo de Diagrama de Ishikawa .....	62
<b>Figura 10</b> Mapa de áreas del Servicio Murciano de Salud .....	82
<b>Figura 11</b> Correlograma de las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente de Atención Primaria.....	165
<b>Figura 12</b> Correlograma de las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente de Atención Especializada .....	219



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> Gráfico circular con la distribución de la población de Atención Primaria en función de la variable “Sexo” .....	139
<b>Gráfico 2</b> Histograma con la distribución de la población de Atención Primaria en función de la variable “Edad por rangos” .....	140
<b>Gráfico 3</b> Histograma con la distribución de la población de Atención Primaria en función de la variable “Estado civil” .....	141
<b>Gráfico 4</b> Histograma con la distribución de la población de Atención Primaria en función de la variable “Categoría profesional” .....	142
<b>Gráfico 5</b> Histograma con la distribución de la población de Atención Primaria en función de la variable “Nivel de estudios” .....	143
<b>Gráfico 6</b> Gráfico circular con la distribución de la población de Atención Primaria en función de la variable “Situación laboral” .....	144
<b>Gráfico 7</b> Histograma con la distribución de la población de Atención Primaria en función de la variable “Tipo de jornada” .....	145
<b>Gráfico 8</b> Gráfico circular con la distribución de la población de Atención Primaria en función de la variable “Incidentes notificados en SiNASP” .....	146
<b>Gráfico 9</b> Diagrama de barras de los resultados descriptivos por dimensiones en Atención Primaria.....	149
<b>Gráfico 10</b> Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales” en función de la variable “Categoría profesional” en la población de Atención Primaria.....	155
<b>Gráfico 11</b> Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Percepciones generales sobre la Seguridad del Paciente y la calidad” en función de la variable “Categoría profesional” en la población de Atención Primaria.....	156
<b>Gráfico 12</b> Gráfico circular con la distribución de la población de Atención Especializada en función de la variable “Sexo” .....	168
<b>Gráfico 13</b> Histograma con la distribución de la población de Atención Especializada en función de la variable “Edad por rangos” .....	169
<b>Gráfico 14</b> Histograma con la distribución de la población de Atención Especializada en función de la variable “Estado civil” .....	170
<b>Gráfico 15</b> Histograma con la distribución de la población de Atención Especializada en función de la variable “Categoría profesional” .....	172

<b>Gráfico 16</b>	Histograma con la distribución de la población de Atención Especializada en función de la variable “Nivel de estudios” .....	173
<b>Gráfico 17</b>	Gráfico circular con la distribución de la población de Atención Especializada en función de la variable “Situación laboral” .....	174
<b>Gráfico 18</b>	Histograma con la distribución de la población de Atención Especializada en función de la variable “Turno de trabajo” .....	175
<b>Gráfico 19</b>	Gráfico circular con la distribución de la población de Atención Especializada en función de la variable “Guardias” .....	176
<b>Gráfico 20</b>	Gráfico circular con la distribución de la población de Atención Especializada en función de la variable “Tipo de jornada” .....	177
<b>Gráfico 21</b>	Histograma con la distribución de la población de Atención Especializada en función de la variable “Lugar de trabajo” .....	178
<b>Gráfico 22</b>	Gráfico circular con la distribución de la población de Atención Especializada en función de la variable “Contacto directo con pacientes” .....	179
<b>Gráfico 23</b>	Gráfico circular con la distribución de la población de Atención Especializada en función de la variable “Incidentes notificados en SiNASP” .....	180
<b>Gráfico 24</b>	Diagrama de barras de los resultados descriptivos por dimensiones en Atención Especializada .....	183
<b>Gráfico 25</b>	Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad” en función de la variable “Sexo” en la población de Atención Especializada .....	186
<b>Gráfico 26</b>	Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades” en función de la variable “Sexo” en la población de Atención Especializada .....	187
<b>Gráfico 27</b>	Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio” en función de la variable “Categoría profesional” en la población de Atención Especializada .....	192
<b>Gráfico 28</b>	Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Franqueza en la comunicación” en función de la variable “Categoría profesional” en la población de Atención Especializada .....	193
<b>Gráfico 29</b>	Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Respuesta no punitiva a los errores” en función de la variable “Categoría profesional” en la población de Atención Especializada .....	194

<b>Gráfico 30</b> Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades” en función de la variable “Categoría profesional” en la población de Atención Especializada .	195
<b>Gráfico 31</b> Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Frecuencia de eventos notificados” en función de la variable “Lugar de trabajo” en la población de Atención Especializada .....	203
<b>Gráfico 32</b> Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Aprendizaje organizacional” en función de la variable “Lugar de trabajo” en la población de Atención Especializada .....	204
<b>Gráfico 33</b> Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Trabajo en equipo en el servicio” en función de la variable “Lugar de trabajo” en la población de Atención Especializada .....	205
<b>Gráfico 34</b> Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Feedback” en función de la variable “Lugar de trabajo” en la población de Atención Especializada .....	206
<b>Gráfico 35</b> Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Respuesta no punitiva” en función de la variable “Lugar de trabajo” en la población de Atención Especializada .....	207
<b>Gráfico 36</b> Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Dotación de personal” en función de la variable “Lugar de trabajo” en la población de Atención Especializada .....	208
<b>Gráfico 37</b> Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Trabajo en equipo en el servicio” en función de la variable “Lugar de trabajo” en la población de Atención Especializada .....	209
<b>Gráfico 38</b> Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Problemas en el cambio de turno” en función de la variable “Lugar de trabajo” en la población de Atención Especializada .....	210



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Fases de la Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) .....	16
<b>Tabla 2</b> Programas de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.....	35
<b>Tabla 3</b> Siete Pasos para la Seguridad del Paciente .....	36
<b>Tabla 4</b> Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente .....	37
<b>Tabla 5</b> 8 Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP). .....	40
<b>Tabla 6</b> Estructura del Área IX – Vega Alta del Segura por Zonas Básicas de Salud.....	83
<b>Tabla 7</b> Descriptores empleados en la búsqueda bibliográfica .....	98
<b>Tabla 8</b> Análisis de variables del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes .....	105
<b>Tabla 9</b> Análisis de variables del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria.....	112
<b>Tabla 10</b> Fase de aplicación de los cuestionarios en Atención Primaria .....	125
<b>Tabla 11</b> Fase de aplicación de los cuestionarios en Atención Especializada.....	126
<b>Tabla 12</b> Agrupación de los ítems del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes en dimensiones .....	128
<b>Tabla 13</b> Agrupación de los ítems del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria en dimensiones. ....	129
<b>Tabla 14</b> Alfa de Cronbach teórica y propia del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria.....	131
<b>Tabla 15</b> Alfa de Cronbach teórica y propia del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes.....	132
<b>Tabla 16</b> Poblaciones de estudio, representatividad y tasa de participación por ámbitos de estudio.....	137
<b>Tabla 17</b> Resultados descriptivos del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria en la población total.....	147
<b>Tabla 18</b> Resultados de las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria en función de la variable “Sexo” .....	150
<b>Tabla 19</b> Correlación entre las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria y la variable “Edad” .....	152

<b>Tabla 20</b> Resultados de las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria en función de la variable “Categoría profesional” .....	153
<b>Tabla 21</b> Correlación entre las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria y la variable “Antigüedad ejerciendo la profesión” .....	157
<b>Tabla 22</b> Correlación entre las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria y la variable “Antigüedad en el centro” ....	158
<b>Tabla 23</b> Correlación entre el número de eventos adversos mediante SiNAPS y la variable “Edad” en Atención Primaria .....	159
<b>Tabla 24</b> Tabla cruzada de “Categorías profesionales” y recuento comunicación de eventos adversos en Atención Primaria .....	160
<b>Tabla 25</b> Correlación entre la notificación de eventos adversos mediante SiNAPS y la variable “Antigüedad ejerciendo la profesión en Atención Primaria” .....	161
<b>Tabla 26</b> Correlación entre la notificación de eventos adversos mediante SiNAPS y la variable “Antigüedad en el centro” en Atención Primaria .....	162
<b>Tabla 27</b> Resultados descriptivos del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes en la población total .....	182
<b>Tabla 28</b> Resultados de las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes en función de la variable “Sexo” .....	185
<b>Tabla 29</b> Correlación entre las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes y la variable “Edad” .....	189
<b>Tabla 30</b> Resultados de las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes en función de la variable “Categoría profesional” .....	191
<b>Tabla 31</b> Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades” en función de la variable “Categoría profesional” en la población de Atención Especializada .	196
<b>Tabla 32</b> Correlación entre las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes y la variable “Antigüedad en el centro” .....	197
<b>Tabla 33</b> Correlación entre las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes y la variable “Antigüedad en el servicio” .....	199
<b>Tabla 34</b> Resultados de las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes en función de la variable "Lugar de trabajo" .....	201

<b>Tabla 35</b> Correlación entre el número de eventos adversos mediante SiNAPS y la variable “Edad” en Atención Especializada.....	212
<b>Tabla 36</b> Tabla cruzada de “Categorías profesionales” y recuento comunicación de eventos adversos en Atención Especializada.....	212
<b>Tabla 37</b> Correlación entre la notificación de eventos adversos mediante SiNAPS y la variable “Antigüedad ejerciendo la profesión” .....	213
<b>Tabla 38</b> Correlación entre la notificación de eventos adversos mediante SiNAPS y la variable “Antigüedad en el centro” .....	214
<b>Tabla 39</b> Correlación entre la notificación de eventos adversos mediante SiNAPS y la variable “Antigüedad en el servicio” .....	215
<b>Tabla 40</b> Tabla cruzada de “Lugar de trabajo” y recuento comunicación de eventos adversos .....	216



## **RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** La Seguridad del Paciente abarca medidas para mejorar los servicios de salud, incluyendo modelos para detectar y reducir errores y mitigar el estrés profesional. La Organización Mundial de la Salud resalta la importancia de asegurar una atención sanitaria segura, considerándola una prioridad dentro de la gestión sanitaria, e incorporándose ésta como un aspecto central en las políticas de salud globales.

**OBJETIVO:** Describir la percepción sobre la Seguridad del Paciente de los profesionales sanitarios que desempeñan su labor asistencial en el Área IX – Vega Alta del Segura del Servicio Murciano de Salud.

**METODOLOGÍA:** Metodología cuantitativa: estudio descriptivo, correlacional, transversal, obtenido mediante la recogida de cuestionarios autoadministrados a los profesionales sanitarios del Área IX – Vega Alta del Segura (n Atención Primaria = 106 y n Atención Especializada = 190). Como instrumentos, se utilizaron el Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria, y el Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. La recogida de datos se realizó entre octubre de 2022 y junio de 2023. El análisis y tratamiento de datos mediante SPSS V.28.

**RESULTADOS:** Se definió el perfil sociodemográfico del profesional sanitario, tanto en Atención Primaria, como en Atención Especializada. En Atención Primaria, las dimensiones identificadas como fortalezas fueron “*Aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente y calidad*” y “*Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales*”, mientras que, en Atención Especializada, fueron consideradas fortalezas, las dimensiones “*Trabajo en equipo en la unidad/servicio*” y “*Percepción global de Seguridad*”.

**CONCLUSIONES:** Los profesionales sanitarios de Atención Primaria puntúan 10 de las 13 dimensiones con puntuaciones superiores al 60%. En el caso de Atención Especializada, puntúan 10 de las 12 dimensiones con esta puntuación. Hay diferencias estadísticamente significativas entre la percepción

de las dimensiones por parte de los profesionales de Atención Primaria en 4 de las variables estudiadas, y en Atención Especializada, en 6. Las variables sociodemográficas estudiadas no presentan relación estadística con la notificación de eventos adversos. Hay correlaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones de Seguridad del Paciente.

**Descriptor:** *“Seguridad del Paciente”; “Percepción”; “Conocimientos”; “Cultura de Seguridad”.*

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Patient Safety encompasses measures to enhance healthcare services, including models for detecting and reducing errors and mitigating professional stress. The World Health Organization highlights the importance of ensuring safe healthcare, considering it a priority in healthcare management, and incorporating it as a central aspect of global health policies.

**OBJECTIVE:** To describe the perception of Patient Safety among healthcare professionals working in Area IX – Vega Alta del Segura of the Servicio Murciano de Salud.

**METHODOLOGY:** Quantitative Methodology: a descriptive, correlational, cross-sectional study was conducted using self-administered questionnaires completed by healthcare professionals in Area IX – Vega Alta del Segura (n Primary Care = 106 and n Specialized Care = 190). The instruments used were the Patient Safety Questionnaire in Primary Care and the Patient Safety Questionnaire. Data collection took place between October 2022 and June 2023. Data analysis and processing were performed using SPSS V.28.

**RESULTS:** The sociodemographic profile of healthcare professionals was defined for both Primary Care and Specialized Care. In Primary Care, the dimensions identified as strengths were *"Aspects related to Patient Safety and quality"* and *"Information exchange with other care providers"*, while in Specialized Care, the dimensions *"Teamwork within the unit/service"* and *"Overall perception of Safety"* were considered strengths.

**CONCLUSIONS:** Primary Care professionals rated 10 out of the 13 dimensions with scores exceeding 60%. In the case of Specialized Care, 10 out of the 12 dimensions received this score. There are statistically significant differences in the perception of the dimensions by Primary Care professionals in 4 of the variables studied, and in Specialized Care, in 6. The sociodemographic variables studied do not show a statistical relationship with the reporting of

adverse events. There are statistically significant correlations between the dimensions of Patient Safety.

**Keywords:** *“Patient Safety”; “Perception”; “Knowledge”; “Safety Culture”.*



## INTRODUCCIÓN



## INTRODUCCIÓN

La Seguridad del Paciente es un aspecto vinculado a la asistencia sanitaria que, históricamente, ha supuesto una preocupación para las personas encargadas de brindar dicha asistencia, aun cuando el cuidado no era una actividad formal ni reglada. Los escritos de las antiguas civilizaciones, que datan del 2000 a.C. ya hacían alusión a la seguridad de la asistencia, pero no fue hasta finales del siglo XX cuando nació el concepto Seguridad del Paciente (1–3). La atención hacia la cultura de seguridad ha cobrado relevancia a partir del impacto del informe estadounidense "*To err is human*" (4), donde se puso de manifiesto, por primera vez, la gravedad de los problemas derivados de la falta de seguridad en las instituciones de salud, especialmente aquellos relacionados con eventos adversos que causan daños a los pacientes, generando una preocupación significativa a nivel internacional (5,6).

La Seguridad del Paciente abarca medidas para mejorar los servicios de salud, incluyendo desarrollar modelos para detectar y/o reducir errores, implementar programas de educación continua y mitigar el estrés profesional, entre otros. Por lo tanto, la Seguridad del Paciente es esencial para garantizar la calidad de la atención sanitaria (7). La Organización Mundial de la Salud resalta la importancia de asegurar que la atención sanitaria sea un proceso seguro, considerándolo una prioridad dentro de la gestión sanitaria. De esta manera, la Seguridad del Paciente se ha incorporado como un aspecto central en las políticas de salud globales (8).

Un ejemplo de esto en el ámbito internacional es el Estudio IBEAS (Iberoamericano de Estudio de Eventos Adversos), que evaluó la Seguridad del Paciente en hospitales de varios países latinoamericanos, encontrando que la prevalencia de eventos adversos en hospitales es del 9,3%, con un impacto significativo en la morbilidad y mortalidad de los pacientes afectados (9).

En España, la Seguridad del Paciente y los eventos adversos en los hospitales son temas de creciente importancia. Según el Estudio Nacional sobre Eventos Adversos en Hospitalización (ENEAS)(10), aproximadamente el 9.3% de los pacientes hospitalizados sufren algún tipo de evento adverso. De estos

eventos, casi un 42,8% se consideran evitables. Los eventos más comunes incluyen infecciones nosocomiales, complicaciones quirúrgicas y errores de medicación, entre otros (11). Iniciativas como los proyectos "Bacteriemia Zero" (12–14) y "Neumonía Zero" (15) han sido cruciales para reducir infecciones relacionadas con el cuidado intensivo, al implementar prácticas basadas en la evidencia para reducir las bacteriemias asociadas a catéteres venosos centrales mediante la higiene de manos, el uso de clorhexidina, y técnicas asépticas rigurosas, entre otras (16). Al igual que estos protocolos, la implementación de normas como la UNE 179003:2013, norma que establece los requisitos para la gestión de riesgos en las instituciones sanitarias adoptada por varias unidades de cuidados intensivos en España, también ha sido un paso importante para garantizar una atención sanitaria segura (17).

La Seguridad del Paciente emerge como un tema de interés global con repercusiones significativas en los ámbitos político, social y económico. Su relevancia impulsa la adopción de prácticas clínicas seguras y fomenta el desarrollo de una cultura organizacional orientada a la seguridad en el ámbito de la atención sanitaria. Esta atención hacia la Seguridad del Paciente no solo garantiza la calidad y fiabilidad de la atención, sino que también fortalece la confianza en los sistemas de salud y contribuye a la reducción de costos asociados con errores médicos y complicaciones prevenibles. Implementar una cultura de Seguridad del Paciente, ha sido señalado por el *National Quality Forum* de Estados Unidos como la primera recomendación para el logro de la mejora de la Seguridad del Paciente (18). Esto exige un cambio de cultura de una organización, lo que implica evaluar el sistema que la compone y definir estrategias que consideren el factor humano como elemento fundamental para lograr una cultura positiva sobre seguridad del paciente, o para que funcionen las mejoras en cultura de seguridad en una organización, los profesionales deben estar implicados, motivados y comprometidos para mejorar la seguridad (19,20).

En una organización existe una cultura de seguridad cuando los profesionales se comprometen a mejorar la seguridad, realizando el trabajo en equipo, reportando errores y aprendiendo de ellos. El punto de vista de los

profesionales sanitarios sobre la seguridad es clave para diseñar el ciclo de mejora de la Seguridad del Paciente en las instituciones de salud (21).

En base a lo descrito en las líneas anteriores, consideramos relevante conocer la percepción de los profesionales sanitarios que trabajan en el Área IX – Vega Alta del Segura del Servicio Murciano de Salud, con el fin de conocer su punto de vista sobre las diferentes dimensiones de la Seguridad del Paciente, tratando de identificar las variables que influyen en dicha percepción, y enfocando estos resultados a obtener un “diagnóstico” del clima de seguridad del área de cara a proponer, en su caso, planes de mejora.

El presente estudio se estructura en:

Introducción.

Bloque I: Marco teórico: Dividido en cinco capítulos:

Capítulo 1: Conceptualización del tema de estudio.

Capítulo 2: Antecedentes y situación actual del tema de estudio.

Capítulo 3: El sistema sanitario actual y la Seguridad del Paciente.

Capítulo 4: Análisis de contexto.

Capítulo 5: Justificación del problema de investigación.

Bloque II: Objetivos e hipótesis de estudio: Dividido en dos capítulos:

Capítulo 1: Objetivos del estudio.

Capítulo 2: Hipótesis del estudio.

Bloque III: Marco metodológico: Con un único capítulo:

Capítulo 1: Material y método.

Bloque IV: Marco empírico: Dividido en dos capítulos:

Capítulo 1: Resultados.

Capítulo 2: Discusión.

Bloque V: Conclusiones.

Bloque VI: Bibliografía.

Bloque VII: Anexos.





## CAPÍTULO 1: CONCEPTUALIZACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO.

En este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica para contextualizar los conceptos tales como “seguridad” y “paciente”, con la finalidad de tratar la Seguridad del Paciente, destacar su importancia en el ámbito asistencial, así como los efectos adversos y su repercusión en función del alcance o daños ocasionados.

### 1.1. DEFINICIÓN DE SEGURIDAD.

Para contextualizar el tema que se desarrolla en el presente estudio, y siendo necesario abordar de forma deductiva el concepto central de éste, comenzaremos definiendo lo que es la seguridad, palabra procedente del latín *securitas -ātis*, que, según la Real Academia de la Lengua Española, es la “*cualidad de seguro*” (22). Como la definición de seguridad remite a la definición de seguro, necesitamos definir dicho término, siendo seguro, todo aquello libre o exento de riesgo; cierto, indubitable; firme o bien sujeto o que no falla u ofrece confianza (23).

Aplicada a diferentes contextos y disciplinas, existen multitud de definiciones de seguridad. Por ello se citan a continuación diferentes definiciones de dicho término, viendo que en ninguna de ellas se incluye en la definición términos relacionados con la salud ni el paciente. Un ejemplo es que se considera seguro, un estado en el que no se dan condiciones o peligros que potencialmente puedan ocasionar lesiones o daños de cualquier tipo (psicológicos, físicos o materiales). La seguridad es, por tanto, una cualidad o situación que resulta imprescindible para la consecución del nivel de vida óptimo para individuos y comunidades (24). Otra de las acepciones de seguridad es la empleada en Argentina, donde se define seguridad tanto en su Constitución como en el documento Ley de Seguridad Interior, siendo en este último definida en el artículo 2 como “*Situación de hecho basada en el derecho en la cual se encuentran resguardadas la libertad, la vida y el patrimonio de los habitantes, sus derechos y garantías y la plena vigencia de las instituciones del sistema*”

*representativo, republicano y federal que establece la Constitución Nacional”* (25).

La seguridad como concepto, históricamente ha estado vinculada a la satisfacción personal de los individuos, prueba de ello es la presencia del concepto seguridad en diferentes teorías de autores como Malinowski (1884-1942), antropólogo británico de origen polaco y padre de la antropología social británica, el cual distinguió en su Teoría de las Necesidades, 7 necesidades clasificadas en tres tipos diferentes (26):

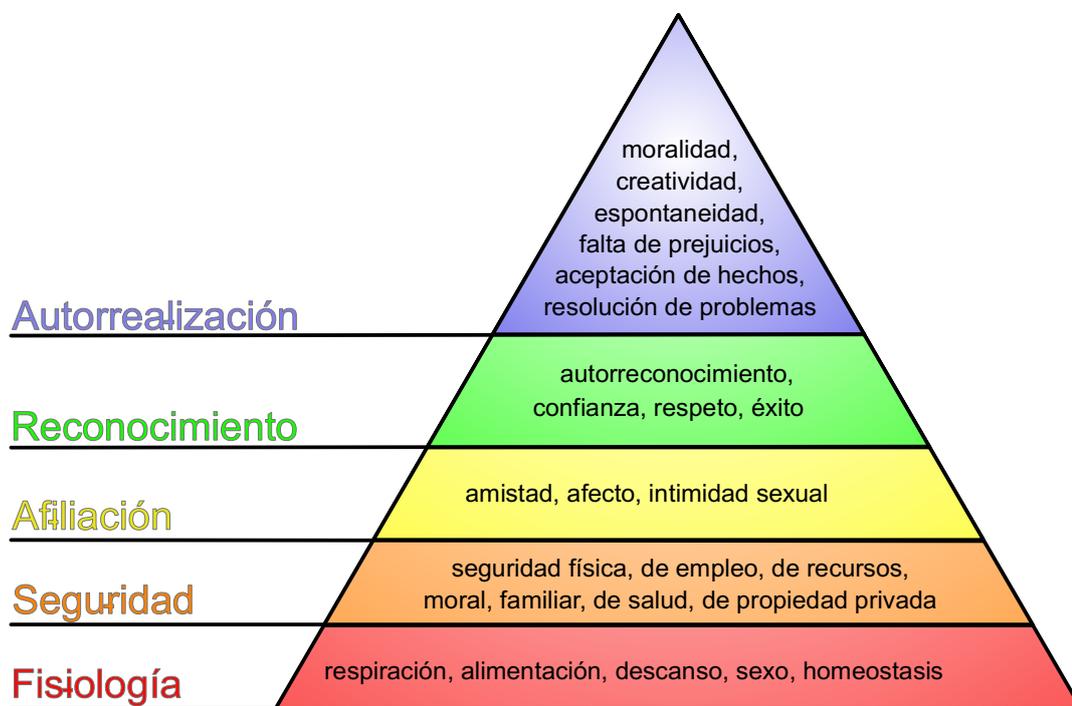
- Las necesidades básicas: relacionadas con la reproducción, la seguridad o el bienestar corporal.
- Las necesidades culturales: como el abastecimiento de recursos o la protección, entre otras.
- Las necesidades integrativas, como los valores y el conocimiento (26).

Posteriormente a Malinowski, resulta imposible hablar de seguridad sin nombrar al psicólogo y psiquiatra estadounidense Abraham Maslow (1908-1970), uno de los fundadores y autores más destacados relacionado con el movimiento de la psicología humanista, el cual en 1943 presentó su obra “*A theory of human motivation*”, en la que analizaba los aspectos que movían al ser humano a actuar de forma intrínseca, sin atender a factores exógenos (27). Para explicar dicha teoría, creó la famosa pirámide de Maslow (Figura 1), en la cual se presentan las 5 necesidades que consideró básicas en el ser humano, siendo la necesidad de seguridad la segunda por orden de importancia. En su teoría, Maslow explicaba que cubiertas necesidades fisiológicas o básicas (base de la pirámide), aparecían las necesidades de seguridad, es decir, la necesidad del ser humano de sentirse protegido y seguro.

La seguridad engloba la seguridad física (tener un lugar donde resguardarse), la salud (cubrir las necesidades alimentarias futuras, entre otras), la seguridad de recursos (disponer de educación, transporte y sanidad entre otros recursos para asegurar la supervivencia digna) y la necesidad de proteger bienes y activos como propiedades materiales o el propio hogar (28).

**Figura 1**

Pirámide de Maslow.



Nota: Instituto Europeo de Psicología Positiva (28).

A escala internacional, también cabe destacar, dentro de la carta de fundación de la Organización de las Naciones Unidas (1945), la importancia de la seguridad, ya que se establecieron 6 órganos principales, siendo uno de ellos el Consejo de Seguridad, encargado de mantener la paz y la seguridad e intervenir en caso de que exista un conflicto u amenaza potencial que atente contra las normas base de la organización (29).

Además de las acepciones citadas, la seguridad se adscribe a disciplinas, como la energía nuclear, la aviación, la industria alimentaria, la salud laboral o la automovilística, entre otras, tal y como veremos en apartado 1.2 de este capítulo.

Hasta este momento y en las definiciones citadas anteriormente, en la literatura científica aún no se había descrito el concepto “*Seguridad del Paciente*”. Será a partir del siguiente apartado, cuando se vincula la seguridad a la sanidad, apareciendo la Seguridad del Paciente.

## 1.2. LA SEGURIDAD EN LA SANIDAD: SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Los errores humanos durante la asistencia sanitaria suponen una amenaza para la Seguridad de los Pacientes, así pues, una práctica no segura puede acarrear desde consecuencias leves o incluso imperceptibles, hasta daños graves que pueden conllevar lesiones, discapacidad e incluso la muerte en los pacientes. Tal es la repercusión de este tipo de errores, que, como enuncian Zarza-Arizmendi et al. (30), se estima que uno de cada diez pacientes que vive en países industrializados, sufre eventos adversos mientras recibe cuidados de salud.

Antes de hacer referencia a la Seguridad del Paciente, resulta necesario definir la palabra “*paciente*”, que, según la Real Academia de la Lengua Española, posee tres acepciones diferentes que son (31):

- Dicho de un sujeto: que recibe o padece la acción del agente.
- Persona que padece física y corporalmente, y, en especial, quién esté bajo atención médica.
- Persona que es o será reconocida médicamente (31).

Se admite el uso del término paciente, aunque es cierto que, a veces, las personas que reciben asistencia sanitaria no siempre incluyen consulta para buscar diagnóstico o tratamiento ante una situación con patología.

A lo largo de la historia, se han evidenciado huellas o indicios de la preocupación de algunos autores por la seguridad en el contexto de los cuidados, tales como Hammurabi, Hipócrates o Florence Nightingale, pese a que, hasta principios de la década de 1970, y, sobre todo, a finales de la década de 1990, con el informe “*To err is human*”, no eclosionó oficialmente la cultura de la Seguridad del Paciente. Así pues, el interés por vincular técnicamente la seguridad a la asistencia sanitaria surge del paralelismo entre la seguridad en otras disciplinas, como, por ejemplo, la aviación o la energía nuclear (32,33), pero esta unión no fue mera casualidad.

Es, entre finales de la década de 1980 y principios de la década los 2000, cuando algunos autores como Andreoni (1986), Baker y Green (1991) o Ashford

(1998), entre otros, comienzan a describir, de forma conceptual, los beneficios de implementar un modelo de gestión basado en la prevención (Modelo de Gestión Preventiva), de cara a obtener mejores resultados en términos empresariales. Se empieza a vincular en este modelo gestor la prevención y la seguridad a la gestión, traduciéndose esta unión en una disminución de la siniestralidad, lo que repercute en menores daños en la salud de los trabajadores, reflejado en un menor absentismo laboral y, por tanto, una mayor satisfacción y motivación laboral por parte de los trabajadores, traducido en productividad como mejor calidad, mayor cantidad e incremento de la innovación (34,35).

Este interés por la seguridad se vio potenciado por el desastre nuclear ocurrido en la central nuclear de Chernobyl, situada en la ciudad de Pripyat (antigua Unión Soviética, actual Ucrania) en el año 1986 (36). Un año después de este suceso, en 1987, fue cuando la Agencia Internacional de Energía Atómica emitiría el informe *“Radionuclide Source Terms from Severe Accidents to Nuclear Power Plants With Light Water Reactors”*, en el cual se hace referencia por primera vez al concepto cultura de seguridad. En dicho informe, se desglosan los procesos de seguridad de la planta nuclear, tratando de identificar porqué ocurrió el desastre nuclear que dio lugar a la explosión del reactor 4, y determinando que el detonante fue un “fallo de los mecanismos de seguridad” (35,37).

Ante el auge de la seguridad asociada al ámbito laboral, en España se promulga en 1995, la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (38), texto jurídico que se crea con el fin de regular la situación de vacío normativo en el que se encontraban aspectos tan cruciales como la protección del derecho a la salud y a la vida en los lugares de trabajo (39,40).

Como se indicaba anteriormente, otro de los sectores seguros por definición es la aviación. Al igual que en el sector de la energía nuclear, la cultura de seguridad es un aspecto básico, y los protocolos y la seguridad deben estar actualizados y ejecutados perfectamente para evitar errores que puedan costar vidas. En caso de fallo, se realiza un análisis profundo de lo ocurrido para averiguar donde se produjo el suceso evitable. Buen ejemplo de esto es la

historia de uno de los grandes accidentes de la aviación; el ocurrido el 1 de febrero de 1991 en el Aeropuerto Internacional de Los Ángeles (Estados Unidos), cuando se produjo la colisión del Vuelo 1493, operado por USAir, y el vuelo 5569, operado por SkyWest Airlines, dejando numerosas víctimas mortales (41). Un año más tarde, en 1992, la Junta Nacional de Seguridad del Transporte, organismo encargado de la seguridad en la aviación americana, celebró la Cumbre Nacional de Seguridad en Transporte Aéreo. En ésta se publicó "*Aircraft Accident Report: Runway collision of USAir Flight 1493, Boeing 737 and Skywest Flight 5569 Fairchild Metroliner*", informe en el que se detallaban los errores cometidos que dieron lugar a la colisión entre ambas aeronaves (42).

Entendiendo la importancia de la seguridad en los sectores citados anteriormente, es necesario encontrar el vínculo entre ambos (energía nuclear y aviación) y la sanidad. Aunque con la energía nuclear, el grado de semejanzas entre sectores es menor, en el caso de la aviación es bastante más evidente. A continuación, se enumeran algunas de las semejanzas entre sanidad y aviación (32,43):

- ④ Tráfico aéreo constante vs "tráfico" de pacientes en el sistema sanitario constante.
- ④ Funcionamiento 365 días al año, 24 horas al día.
- ④ Rotación de profesionales.
- ④ Niveles jerárquicos (32,43).

Del mismo modo, existen divergencias entre ambos sectores que dictaminan que no se puedan calcar directamente los protocolos de seguridad en aviación al entorno sanitario. Algunas de estas diferencias serían (32,43):

- ④ En aviación, existe un objetivo común, independientemente del nivel jerárquico.
- ④ En caso de error, la figura con más poder jerárquico es la primera en asumir las responsabilidades.
- ④ Durante los años de ejercicio profesional en aviación, se van realizando pruebas y exámenes periódicos, para verificar el grado de conocimientos de la tripulación (32,43).

El vínculo de la seguridad y la sanidad se justifica por analizar la importancia de la cultura de seguridad en otras disciplinas con características afines a la sanidad. Siendo así, se puede hablar de la seguridad aplicada al contexto de atención del paciente como la disciplina que alude a tratar de minimizar, en la medida de lo posible, los daños o actuaciones nocivas, considerando que algunos aspectos implicados en la asistencia influirán, tanto en la variabilidad de la actuación como en los posibles desenlaces de esta.

Entendiendo la cultura de seguridad como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización, que implica un modelo mental compartido, que posiciona la seguridad como el objetivo común a conseguir, y por el cual, tanto individuos como organización, se comprometen con los programas de Seguridad del Paciente (2). Rocco et al. (44), consideran que la cultura de Seguridad del Paciente se asienta principalmente sobre dos teorías definidas por Tajfel y Turner:

- Teoría de la identidad social (Tajfel, 1984): El individuo se esfuerza por mejorar su autoestima mediante la identificación con un grupo, por lo que, además de generar estrategias para trabajar la Seguridad del Paciente, se deben generar redes seguras para que los individuos establezcan identidad grupal (45).
- Teoría de la autocategorización (Turner, 1999): El individuo se identifica con diferentes grupos y va reformulando su identidad constantemente. La organización debe reforzar de forma positiva el trabajo en Seguridad del Paciente y evitar posibles consecuencias negativas de la implantación de la cultura de seguridad (45).

Otro aspecto relevante que tratar sobre la cultura de seguridad es el grado de madurez de cada organización sobre materia de Seguridad del Paciente. Uno de los modelos que organiza esta clasificación es el “*Manchester Patient Safety Framework*”, el cual, evaluando diferentes dimensiones de la Seguridad del Paciente de las organizaciones, establece 5 niveles de desarrollo en la Seguridad del Paciente, estableciéndose las siguientes fases en función de los modelos mentales a los que responden (Tabla 1) (44,46):

**Tabla 1**

Fases de la Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF).

Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)	
1. Fase Patológica	“¿A quién le importa la seguridad si no nos pillan?”
2. Fase Reactiva	“Hacemos algo cada vez que sucede un evento adverso.”
3. Fase Calculativa	“Tenemos sistemas para manejo de evento adverso.”
4. Fase Proactiva	“Nos anticipamos a los problemas de seguridad.”
5. Fase Generativa	“Tenemos un sistema centrado en la seguridad.”

Nota: Extraído de Rocco y Garrido. Elaboración propia (46).

En palabras de la Organización Mundial de Salud, la Seguridad del Paciente es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro (47).

Además de la definición de la Organización Mundial de Salud, se presentan a continuación definiciones de Seguridad del Paciente de otros organismos e instituciones, que se consideran relevantes:

-  Agency for Healthcare Research and Quality (2001): ... se refiere a la ausencia de lesiones accidentales o prevenibles producidas por la atención médica. [...] las prácticas o intervenciones que mejoran la Seguridad del Paciente son aquellas que reducen la aparición de eventos adversos prevenibles (48,49).
-  Institute of Medicine (2001): Ausencia de lesiones a causa de la atención sanitaria que se supone debe ser beneficiosa (50).
-  Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2005): Seguridad se refiere a la reducción de los riesgos y constituye una dimensión primordial para alcanzar patrón en la asistencia, considerando las necesidades y expectativas del paciente, y garantizando la calidad (51).

- 🌐 National Patient Safety Agency (2005): Identificación, análisis y gestión de los riesgos e incidentes relacionados con los pacientes, para hacer el cuidado de estos más seguro y minimizar los posibles daños (52).

La Seguridad del Paciente es una dimensión de la calidad asistencial, aspecto que se persigue e investiga en el ámbito científico y empieza a ser una disciplina cuando su finalidad es la cuantificación de daños (53).

### **1.3. LA IMPORTANCIA DE LA SEGURIDAD EN EL ÁMBITO ASISTENCIAL SANITARIO.**

El avance científico de las disciplinas de ciencias de la salud y la tecnificación del proceso de atención permite mejores resultados de salud por el uso de técnicas menos invasivas y específicas, empleando instrumental más selectivo y brindando al paciente una atención concreta y especializada. A pesar de esto, la evolución de las ciencias de la salud conlleva más procedimientos y una mejor calidad de estos, siendo cada vez más minuciosos, lo que supone un manejo cada vez más complejo del paciente. En palabras de Chantler (54), *“la medicina ha pasado de ser simple, poco efectiva y relativamente segura, a convertirse en compleja, efectiva, pero especialmente peligrosa”*.

Esta tecnificación y preocupación por una mayor calidad en la asistencia hacen que, desde su nacimiento, y hasta nuestros días, el interés por la Seguridad del Paciente y su indisoluble unión a la atención sanitaria sean un parámetro de vital importancia en el entorno sanitario. Tal y como señalan Aranaz et al. (53), es un término que incluye las actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos evitables, generados por el proceso de atención a la salud, además de promocionar aquellas prácticas que han resultado más seguras, y propicia un cambio cultural que destierre todo rastro de cultura reactiva punitivo hacia profesionales por sus errores.

Es, justamente en el concepto calidad de la atención, o calidad asistencial, donde se retrata definitivamente, la importancia de la seguridad en la asistencia.

La calidad asistencial se define como el modelo de asistencia esperado para maximizar el nivel de bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de beneficios y pérdidas esperadas en todas las fases del proceso asistencial (55).

Posteriormente, la Organización Mundial de la Salud (sin fecha), la definió como el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados (56). Dicho concepto, desde su aparición, ha estado compuesto por diferentes factores o dimensiones. A continuación, se detallan las dimensiones que componen el concepto de calidad asistencial para algunos autores (Figura 2):

**Figura 2**

Dimensiones de la calidad asistencial.

Palmer (1983)	Donabedian (1988)	Nutting et al. (1990) in Saturno	Maxwell (1992)	Consejo de Europa (1998)	NHS (1997)	NLHI de la JCAHO (1999)	Instituto de Medicina (2001)
Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad
Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia
Acceso	Acceso	Distribución de la asistencia/ integridad	Acceso	Acceso	Acceso justo	Acceso	---
Competencia técnica	Mejora de la salud	Competencia técnica	Competencia técnica	Eficacia	Mejora de la salud	---	---
---	Equidad	---	Equidad	---	---	---	Equidad
---	Adecuación	---	Adecuación	Adecuación	---	Adecuación	---
Aceptabilidad/ Satisfacción	---	---	Aceptabilidad	Aceptabilidad	---	Disponibilidad	---
---	Seguridad	---	Respeto	Seguridad	---	Seguridad	Respeto/ Seguridad
---	---	---	---	---	Oportunidad	Oportunidad	Oportunidad
---	---	---	Elección/ Disponibilidad de información	Satisfacción del paciente	Paciente/ Experiencia asistencial	---	Receptividad centrada en el paciente
---	---	Continuidad/ Coordinación	---	---	---	---	Continuidad
---	---	---	Relevancia	Evaluación	---	Prevención/ Detección precoz	---

Fuentes: (Donabedian 1988; Maxwell 1992; NHS 1997; Consejo de Europa 1998; Saturno 1999; IOM 2001; Wareham, Pencheon et al. 2001; JCAHO 2006)

Nota: Fuente: Ministerio de Sanidad. Gobierno de España (57).

Como se aprecia en la figura anterior (Figura 2), autores como Donabedian, el Consejo de Europa, JCAHO o el Instituto de Medicina, incluyen la seguridad como una de las dimensiones de la calidad asistencial (57). En 2001, el Instituto de Medicina, propuso 6 dimensiones que componían la Calidad Asistencial, las cuales eran (58):

- Seguridad.
- Efectividad.
- Servicio centrado en el paciente.
- Oportunidad.
- Eficiencia.
- Equidad.

Posterior a esta clasificación, en 2006, la Organización Mundial de la Salud propuso 6 dimensiones, bastante similares a las anteriores, donde principalmente se sustituyó la dimensión de oportunidad por accesibilidad, quedando de la siguiente manera (57):

- Seguridad.
- Efectividad.
- Eficacia.
- Accesibilidad.
- Centrado en la persona.
- Equidad.

La seguridad como dimensión de la calidad asistencial, como afirma Saturno (58) es una dimensión concreta y medible de la calidad que permite identificar y monitorizar problemas, para mejorar la calidad y la gestión de riesgos.

Por último, es necesario describir, tal y como se ha descrito en el párrafo anterior, cómo es posible la medición y monitorización de la seguridad como dimensión de la calidad asistencial. Para ello, uno de los instrumentos más utilizados es la encuesta "*Hospital Survey on Patient Safety Culture*", la cual tuvo una primera versión en 2004, y una segunda versión (vigente en la actualidad) elaborada en 2019 (Anexo 1) (59).

Entre las características de esta encuesta, destacan las 12 subescalas que la forman, o, dicho de otro modo, los parámetros que monitoriza sobre Seguridad del Paciente (60):

- Expectativas del gerente y acciones que promueven la seguridad.
- Aprendizaje organizacional.
- Trabajo en equipo dentro de las unidades.
- Apertura de la comunicación.
- Realimentación y comunicación sobre errores.
- Respuesta no punitiva a los errores.
- Dotación de personal.

- Apoyo de gestión para la Seguridad del Paciente.
- Trabajo en equipo entre unidades.
- Traspasos y transiciones.
- Percepciones generales de seguridad.
- Frecuencia de informes de eventos.

Así, se evalúa la dimensión de seguridad, con carácter teórico no punitivo, y forma parte de una cultura asistencial colectiva, sin sentido visto desde una perspectiva individualista y aislada (60).

#### 1.4 INCIDENTES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.

La terminología relacionada con la Seguridad del Paciente es bastante amplia e incluye matices que merecen especificarse, para entender la repercusión de cada acción relacionada con la disciplina que nos ocupa.

A continuación, se enumeran y definen, alfabéticamente, diferentes conceptos que se han considerado relevantes durante la elaboración del presente estudio, muchos de ellos presentes en el glosario del Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (61):

- **Agente:** sustancia, objeto o sistema que actúa para producir cambios (62).
- **Análisis de las causas profundas:** proceso sistemático y reiterativo mediante el cual se identifican los factores que contribuyen a un incidente, reconstruyendo la secuencia cronológica de los sucesos y preguntándose repetidamente por qué, hasta que se hayan elucidado las causas profundas subyacentes (62).
- **Calidad:** grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de que se produzcan los efectos buscados en la salud y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento (62).

- ❁ **Cuasi incidente (Near miss):** se trata de una complicación grave que, en circunstancias normales habría tenido consecuencias trágicas como llevar al paciente a la muerte, pero que en este caso no lo hizo (63).
- ❁ **Daño:** alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella (62).
- ❁ **Discapacidad:** cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente (62).
- ❁ **Efecto adverso o evento adverso:** incidente que produce daño al paciente. Lesión o complicación que prolongue la estancia hospitalaria, que precise procedimientos diagnósticos o tratamiento adicional o que esté relacionado con exitus o incapacidad al alta (10,62)
- ❁ **Efecto adverso grave:** incidente que ocasiona al paciente exitus, incapacidad residual al alta o requiere intervención quirúrgica (10).
- ❁ **Efecto adverso leve:** incidente que ocasiona al paciente una lesión o complicación que no prolonga la estancia hospitalaria (10).
- ❁ **Efecto adverso moderado:** incidente que ocasiona al paciente una prolongación de la estancia hospitalaria de al menos 1 día (10).
- ❁ **Efecto secundario:** efecto conocido, distinto del deseado primordialmente, relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento (62).
- ❁ **Error:** no realización de una acción prevista tal y como se pretendía, o aplicación de un plan incorrecto, fracaso al llevar a cabo un plan de acción (62,64).
- ❁ **Error médico:** equivocación en la que no existe mala fe, ni se pone de manifiesto una infracción o imprudencia (64).
- ❁ **Error latente:** son las fallas en el diseño, organización, entrenamiento o mantenimiento de los sistemas, que pasan inadvertidas en condiciones habituales. Pueden o no conducir a errores operativos si se dan las condiciones necesarias. Tienen alta potencialidad de generar daño (51).
- ❁ **Evento:** algo que le ocurre a un paciente o le atañe (62).

- ❁ **Evento centinela:** daño severo para la salud o la vida del paciente, con riesgo de muerte y de consecuencias graves, o la posibilidad de sufrirlas a futuro. Dichos eventos se llaman centinela porque indican la necesidad de una investigación y respuesta inmediata para evitar su recurrencia (51).
- ❁ **Factor atenuante:** acción o circunstancia que impide o modera la evolución de un incidente hacia la provocación de un daño al paciente (62).
- ❁ **Factor contribuyente:** circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca un incidente (62).
- ❁ **Imprudencia:** desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos (51).
- ❁ **Incidente:** suceso susceptible de provocar daño o complicación en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un efecto adverso (10).
- ❁ **Incidente relacionado con la Seguridad del Paciente:** evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente (62).
- ❁ **Incidente sin daño:** incidente que, pese a alcanzar al paciente, no llegó a causar daño (62).
- ❁ **Infracción:** desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos (62).
- ❁ **Lesión:** daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia (62).
- ❁ **Mala praxis:** apartarse del protocolo sanitario o los estándares de la profesión. La mala praxis puede derivar de un descuido de la diligencia debida (65).
- ❁ **Medida de mejora:** disposición adoptada o circunstancia alterada para optimizar o compensar cualquier daño derivado de un incidente (62).

- ❁ **Negligencia:** es una mala praxis médica que ocasiona una lesión al paciente. Conjuga tres elementos: la lesión, la mala praxis y que ambas estén conectadas. Los tres elementos deben concurrir para que se pueda hablar de negligencia y así se posea el derecho a una indemnización (65).
- ❁ **Resiliencia:** grado en el que un sistema previene, detecta, mitiga o mejora continuamente peligros o incidentes (62).
- ❁ **Riesgo:** probabilidad de que se produzca un incidente (62).
- ❁ **Reacción adversa:** daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en que se produjo el evento (62).
- ❁ **Resultado para el paciente:** repercusiones para el paciente que son total o parcialmente atribuibles a un incidente (62).
- ❁ **Resultado para la organización:** repercusiones en la organización total o parcialmente atribuibles a un incidente (62).

Estos términos citados anteriormente, contribuyen a la mejor comprensión del alcance y repercusión de los eventos que trata la disciplina de estudio del presente estudio.

## **CAPÍTULO 2: ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL DE LA CUESTIÓN DE ESTUDIO.**

En el presente capítulo, se pretende hacer un breve recorrido histórico, tratando de describir algunos eventos relevantes que han propiciado el avance de la Seguridad del Paciente, convirtiéndola en la disciplina de suma relevancia que es hoy en día. Del mismo modo, se describirá el estado actual de la cuestión de estudio.

### **2.1. PRIMEROS SIGNOS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA HISTORIA.**

Para comprender la situación de la Seguridad del Paciente, hay que repasar la evolución histórica del concepto, para entender la preocupación creciente y el avance ligado a la tecnificación de las disciplinas de las Ciencias de la Salud.

#### **2.1.1. PRIMERAS CIVILIZACIONES.**

Las civilizaciones del Lejano y Medio Oriente (India, Mesopotamia y China), gracias a la escritura, dejaron un legado de normas o leyes aplicadas a la asistencia a enfermos y cuidados, lo cual pretendía marcar las pautas que debía cumplir una buena atención (1,66).

Uno de los primeros textos que se conservan es el texto hindú “*Ayurveda*”, que data aproximadamente del año 2000 a.C., considerado el texto médico más antiguo, el cual entiende la Seguridad del Paciente como una prioridad inherente a la atención de enfermos, proponiendo que los “sanadores” dediquen cuerpo y alma a sanar (1,67).

Otro de los textos es el “Código Hammurabi”, del rey babilonio Hammurabi (años 1810 a.C.- 1750 a.C.), en el cual se condensaban las leyes de la antigua Mesopotamia. De las 282 leyes que componen este código, 11 de ellas hacen referencia a la asistencia y cuidado de enfermos. En el tema que nos ocupa, es

necesario hacer referencia a la ley 218, Ley de Tali3n, la cual trata de establecer un castigo proporcional al da3o producido (68,69).

En este momento hist3rico, debemos recordar que no existía como tal la formaci3n acad3mica en Ciencias de la Salud, sino que, la figura de sanar se relacionaba con la esfera espiritual. La persona experta del templo era la figura de sanador, que se denominaba “asu” o “asipu”, seg3n ejerciese la medicina primitiva en base a actuaciones empíricas en el primer caso, o a actuaciones mágicas en el segundo caso, es decir, un m3dico o un curandero, respectivamente. Gracias a las leyes del “C3digo Hammurabi” y su car3cter punitivo, se pudo disminuir la cantidad de actuaciones imprudentes y lesivas, sobre todo por parte de estos 3ltimos (1,70).

Por 3ltimo, China es otra civilizaci3n con historia vinculada a la Seguridad del Paciente. Se conservan compendios curativos como el “Yi Jing” (a3o 1400 a.C.), donde hay referencias a las actuaciones correctas que se esperan del sanador y el compromiso existente con la salud del paciente (1,71).

### **2.1.2. PERIODOS HELENÍSTA Y ROMANO.**

El principio de la civilizaci3n helenística data del a3o 1200 a.C. aproximadamente. Uno de los hitos de esta civilizaci3n es la desvinculaci3n entre la medicina y la magia y las cuestiones místico-religiosas. Esta racionalizaci3n de la medicina, presente en los principios helenísticos, se reflej3 en una atenci3n de los enfermos m3s segura (1,72).

En este periodo hist3rico es inevitable hablar de Hip3crates de Cor (a3os 460 a 370 a.C.). Considerado padre de la medicina, una muestra de sus numerosas aportaciones es el popular “*Primum non nocere*”, expresi3n que hacía referencia a tratar de no hacer da3o al paciente como norma inherente a la asistencia sanitaria, quedando implícita la noci3n de que la asistencia sanitaria conlleva la posibilidad de da3ar a la persona objeto de ésta (1,73). Esta expresi3n y otras relacionadas con la 3tica m3dica y la calidad asistencial, se hacen presentes entre textos tales como Sobre las Afecciones, Epidemias o Aforismo, todos ellos parte del “*Corpus Hippocraticum*”, conjunto de escritos

hipocráticos que buscaban describir “*akríbeia*”, o médico ideal para Hipócrates (1,74).

Una vez descrito el legado de Hipócrates, cabe destacar el juramento hipocrático y la frase “*dirigir el tratamiento con los ojos puestos en la recuperación de los pacientes, en la medida de mis fuerzas y de mi juicio, y abstenerme de toda maldad y daño*”, muestra del deber ético de brindar una atención segura al paciente (1).

Durante estos dos periodos, se produjo un avance importante respecto a la oficialización de los estudios de medicina, siendo el emperador Alejandro Severo (años 225-235 d.C.) el que instauró la formación reglada en medicina, contribuyendo a conseguir una calidad asistencial y Seguridad del Paciente mayor (1).

### **2.1.3. PERIODO POST-HIPOCRÁTICO HASTA EL SIGLO XX.**

En este periodo histórico, y posterior a las aportaciones de Hipócrates, comienza el humanismo y el renacimiento. Cabe señalar sobre este periodo, además de la oficialización de los estudios de medicina, citado anteriormente, que se sumó la preocupación por el hombre y la buena praxis en medicina.

Uno de los nombres imprescindibles es Ambroise Paré (años 1509-1590), considerado padre de la cirugía, el cuál comenzó a notificar los errores cometidos en la praxis y a tratar de corregirlos cuando se identificara el error y la consecuencia, para no volver a cometerlo (3,75). Otra de las aportaciones reseñables de este periodo fue la de Pierre Charles Alexandre Louis (años 1787-1872), el cual desarrolló “*Le Méthode Numérique*”. Este método consistió en aplicar la estadística a la medicina, realizando un estudio en el que comparaba la supervivencia de pacientes a los que se les hacía sangrías como método curativo en el curso de una neumonía, concluyendo que esta intervención era dañina y eliminando esta práctica que atentaba contra la Seguridad de los Pacientes en aquel momento (76,77).

Al igual que sus antecesores, y continuando con la aplicación de la estadística a los actos y consecuencias derivados de la asistencia médica, se

encuentra la aportación de Ignaz Phillips Semmelweis (años 1818-1865), médico húngaro dedicado a la obstetricia. Una de las aportaciones más relevantes fue demostrar, con evidencias estadísticas, la importancia del lavado de manos en la asistencia sanitaria. Demostró que era posible disminuir la cantidad de casos de fiebre puerperal con una correcta higiene de manos previa a la manipulación de las pacientes, lo cual en la época generó una gran controversia. De esta manera, asumió la potencial iatrogenia presente en la asistencia médica, y la importancia de evitarla para asegurar una buena atención a las puérperas (78).

En este epígrafe, hay que mencionar a uno de los personajes históricos cuyas aportaciones favorecieron al desarrollo de la enfermería como la conocemos hoy: Florence Nightingale (años 1820-1910). Considerada madre de la enfermería moderna y la primera enfermera teórica, una de sus principales aportaciones fue describir los riesgos de la asistencia sanitaria, buscando actuaciones que disminuyen la mortalidad, utilizando la educación para la salud como herramienta de independencia y autocuidado en sus pacientes. Prueba de esto es que, aplicando sus medidas, consiguió disminuir la mortalidad de los soldados en la Guerra de Crimea de un 40% al 2% (79).

Por último, otros indicios en la Seguridad del Paciente fueron las aportaciones de Lister y Codman. Joseph Lister (años 1827-1912), cirujano británico considerado el padre de la cirugía moderna por establecer uno de los dos pilares de ésta: vincular la antisepsia al procedimiento quirúrgico, demostrando así, reducciones de la mortalidad del 50% al 15% (80,81). Por otro lado, Ernest Codman (años 1869-1940), considerado padre de la calidad asistencial abrió el camino de la cultura de comunicación de resultados en medicina, tanto positivos como negativos, con el fin de trazar planes y estrategias para mejorar procedimientos diagnósticos y terapéuticos (1,75). La iniciativa permitió comunicar de forma masiva errores asistenciales, para detectarlos y abordarlos.

## 2.2. SIGLO XX Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.

El Siglo XX, supuso una serie de cambios importantes, a nivel social e industrial, entre otros, que dieron lugar a la evolución de la seguridad hasta el punto como la conocemos hoy.

De esta época, hay que destacar figuras relevantes como Walter A. Shewhart (años 1891-1967), que propuso implementar la estadística durante el proceso de producción, con el fin de controlar la calidad, y poder identificar y corregir errores (1,82). A partir del modelo creado por Shewhart, del que se hablará más adelante, surge el ciclo de Deming, creado por William E. Deming (años 1900-1993), que plantea un sistema basado en la mejora continua de procesos, para evaluar e implementar mejoras constantes (83).

En 1964, el Dr. Elihu M. Schimmel (años 1932-2022), gastroenterólogo y profesor de la Facultad de Medicina de Yale, publicó un artículo titulado “*The hazards of hospitalization*” (Los peligros de la hospitalización), donde advertía que el 20% de los pacientes ingresados en hospitales universitarios sufrían eventos iatrogénicos, y que el 25% de estos eventos, se consideraban graves, existiendo una tasa de iatrogenias graves del 5% (84).

Como último hecho relevante a destacar, en 1991, Leape y Brennan, publicaron “*Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients – Results of the Harvard Medical Practice Study I* y *The Nature os Adverse Events in Hospitalized Patients - Results of the Harvard Medical Practice Study II*”, artículos en los que se analizó más de 30.000 historias clínicas de pacientes hospitalizados en Nueva York a partir de 1984. De este análisis, se extraía que, el 3,7% de las hospitalizaciones sufrían eventos adversos, y que el 27,6% de los eventos adversos eran debidos a negligencias, con las consecuencias de discapacidad permanente en el 2,6% de los casos y 13,6% de muerte (85,86). Estos datos fueron decisivos para el giro definitivo que dio lugar al inicio de la cultura de la Seguridad del Paciente.

## **2.3. INFORME “TO ERR IS HUMAN”: UN PUNTO DE INFLEXIÓN.**

Desde los inicios de la civilización, tal y como se detalla en los párrafos anteriores, se ha ido dibujando la necesidad en diferentes épocas históricas de velar por la salud e integridad de los pacientes, así como por las buenas prácticas. Se estaba gestando el concepto de Seguridad del Paciente, pero hasta el cambio de milenio no fue cuando se produjo la eclosión del tema, así como la priorización de este tema. Este cambio de paradigma en la asistencia, velando por la seguridad y la calidad asistencial, vino ligado a tres eventos: la publicación del informe “Errar es humano”, y la creación, tanto de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, como de la Joint Commission International Center for Patient Safety.

### **2.3.1. TO ERR IS HUMAN: BUILDING A SAFER HEALTH SYSTEM.**

El primero de ellos fue el informe “*To err is human*”, publicado en diciembre de 1999 por un grupo de investigadores del Instituto de Medicina Americano (4). Desde finales de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), y a partir de los 70, los medios de comunicación estadounidenses se referían a fallos relacionados con la Seguridad del Paciente, pero fue la publicación del informe el evento que eclosionó la Seguridad del Paciente, con lo que eso conllevaría (87).

El informe “*To err is human: Building a safer health system*”, fue elaborado por un equipo multidisciplinar de 19 miembros, denominados grupalmente como Comité sobre la Calidad de la Atención Médica, en Estados Unidos. En la elaboración del informe se invirtieron alrededor de 3 años, pero por la controversia de sus resultados, requirió un año de revisión previo a su publicación, en el que 11 personas externas al comité revisaron y garantizaron la objetividad y evidencia de los datos de dicho informe (5).

Entre los datos más impactantes que reveló el informe, se encuentra la estimación de muertes anuales, por errores médicos, que oscilaba entre 44.000 y 98.000, superando las cifras de muertes producidas por causas más frecuentes como accidentes automovilísticos, cáncer de mama o síndrome de

inmunodeficiencia adquirida. Dichos errores, suponían a la economía nacional costes de entre 17.000 y 29.000 dólares anuales. Estos errores, no solamente se habían detectado en hospitales, donde fue más fácil detectarlos, sino que también se habían visto en entornos de atención ambulatoria, atención domiciliaria e incluso en farmacias, así pues, el análisis de este volumen de errores asistenciales concluyó que gran parte de éstos, no eran como tal producto de fallos asistenciales a nivel individual, si no que se correspondían a fallos sistemáticos del sistema de salud (4,5).

El informe concluía con la recomendación del Comité del Instituto de Medicina Americano sobre la creación de cuatro medidas que componían un plan de acción, cuya meta era encontrar una forma de proveer una asistencia sanitaria más segura, las cuales eran (5):

- Creación de un Centro Nacional para la Seguridad del Paciente.
- Sistema de notificación de errores obligatorios y voluntarios.
- Medidas reguladoras y de acreditación en los Sistemas de Salud.
- Fomento de la Seguridad del Paciente, convirtiéndola en una prioridad (5).

Después, el panorama mundial se movilizó por la alerta en el entorno sanitario, detonando el cambio y la creación de organismos e instituciones que velarían y garantizarían la Seguridad del Paciente y la calidad asistencial.

### **2.3.2. ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Continuando cronológicamente con el clima de preocupación que se respiraba en el panorama sanitario mundial tras la publicación del informe “*To err is human*”, gobiernos y organizaciones internacionales trataban de desarrollar y planificar acciones para implementar una mayor seguridad en la asistencia sanitaria.

En 2002, en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, organizada por la Organización Mundial de la Salud y celebrada anualmente en Ginebra (Suiza), fue donde se aprobó la resolución WHA55.18, en la cual se insta a los Estados miembros a tratar, de forma prioritaria, el tema de la Seguridad del Paciente,

estableciendo sistemas que mejoren la Seguridad del Paciente y la calidad asistencial. Fueron los propios países miembros los que solicitaron a la Organización Mundial de la Salud tomar la iniciativa y definir la normativa (44,88).

En mayo de 2004, durante la celebración de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, donde la Organización Mundial de la Salud aprobó la creación de una Alianza Mundial para mejorar la Seguridad del Paciente, presentando posteriormente, en octubre de 2004, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, presidida por Sir Liam Donaldson, y bajo el lema “*ante todo, no hacer daño*” (first, do not harm) (44,88,89).

Los principales programas fijados por dicho organismo, considerados como programas con riesgo significativo, fueron (44):

- Pacientes por la Seguridad del Paciente.
- Sistemas de notificación y aprendizaje.
- Gestión del conocimiento.
- Prácticas clínicas seguras.

Y, los principales retos que se planteaban conseguir con la implementación de dichos programas fueron (44,89,90):

- Una atención limpia es una atención segura. Política de higiene de manos.
- La cirugía segura salva vidas. Listado de verificación quirúrgica.
- Lucha contra la resistencia a antimicrobianos.

De la mano de estas modificaciones en materia de Seguridad del Paciente, y con el fin de poder general una nomenclatura internacional que permitiese el análisis y tratamiento de datos para presentar y solucionar problemas en materia de Seguridad el Paciente, se creó una taxonomía común, publicada en 2007 por la Organización Mundial de la Salud, bajo el nombre de Clasificación Internacional para la Seguridad el Paciente (44).

### 2.3.3. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL CENTER FOR PATIENT SAFETY.

Antes del movimiento pro-seguridad del paciente surgido tras el informe “To err is human”, en Norteamérica, desde 1951, ya existía la Joint Commission Accreditation Health Organization, asociación sin ánimo de lucro, no gubernamental, y encargada de acreditar a los centros sanitarios que, de forma voluntaria, se sometían a su evaluación para comprobar si cumplían unos determinados estándares de calidad (91).

Fue en 1998, cuando se creó la Joint Commission International, una división internacional de la Joint Commission Accreditation Health Organization, con la finalidad de acreditar a nivel internacional centros sanitarios y sociosanitarios. Pese a este avance en materia de seguridad y acreditación de calidad, no fue hasta 2005 cuando se creó el Joint Commission International Center for Patient Safety, considerado el primer centro del mundo, asociado a la Organización Mundial de la Salud, dedicado a la Seguridad del Paciente (44,91,92).

Posteriormente a la fundación de la Joint Commission International, se han creado otras organizaciones, como, por ejemplo, la “*Patient Safety Movement Foundation*” en 2012, las cuales han ido enriqueciendo el panorama de la Seguridad del Paciente creando las “*Actionable Patient Safety Solutions*” o soluciones prácticas aplicables en Seguridad del Paciente, siendo una de las más relevantes la implementación de un sistema electrónico de notificación de eventos adversos anónimo (44).

Estos son solamente algunos ejemplos de los avances producidos en Seguridad del Paciente que se abrieron paso en el panorama sanitario tras la publicación del informe “*To err is human*”, el cual supuso, como se menciona en el título de este apartado, un punto de inflexión en la temática que se trata en el presente estudio: la Seguridad del Paciente.

## **2.4. ÚLTIMOS AVANCES: EL NUEVO MILENIO.**

Tras el epígrafe anterior, donde se describen los principales hechos que pusieron en auge la Seguridad del Paciente en el panorama sanitario internacional, a continuación, se refieren algunos de los acontecimientos y avances más relevantes, tanto a nivel internacional, nacional y regional, en materia de Seguridad el Paciente, ordenados cronológicamente.

### **2.4.1. AVANCES INTERNACIONALES.**

 Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, 2004.

Explicada en el epígrafe anterior (2.3), y aprobada por la Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004, fue presidida, desde su creación hasta el momento actual, por Sir Liam Donaldson (44,88,89).

A continuación, se enumeran los principales programas propuestos por la Alianza con el fin de facilitar e implementar políticas relacionadas con la seguridad de los pacientes en los clínicos actuales, cada vez más complejos (Tabla 2) (88):

**Tabla 2**

Programas de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.

Programas de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente	
Programa	Misión
Reto global para la seguridad del paciente	Abordar el problema de las infecciones asociadas con la atención de salud en una campaña denominada «Atención higiénica es atención más segura»
Pacientes para la seguridad del paciente	Involucrar a los pacientes y consumidores
Taxonomía para la seguridad de los pacientes	Formular una taxonomía de la seguridad del paciente que sirva para notificar sucesos adversos
Investigación en el campo de la seguridad de los pacientes	Elaborar sistemas de notificación y aprendizaje para facilitar el análisis de las causas que originan errores y prevenirlos
Soluciones para la seguridad de los pacientes	Identificar y divulgar las «mejores prácticas»

Nota: Extraído de García-Barbero. Elaboración propia (88) .

#### Seven Steps to Patient Safety, 2004.

El National Health Service de Reino Unido, al igual que otros muchos países, se hicieron eco de la importancia de atender de forma prioritaria la Seguridad del Paciente, por lo que crearon un organismo específico para tal tema, la National Patient Safety Agency en el año 2001 (93,94).

En el año 2004, el National Health Service publicó el documento “*Seven Steps to Patient Safety*” (95) que ha inspirado diversos documentos de seguridad de otros países, entre ellos documentos del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España (96,97).

“*Seven Steps to Patient Safety*”, describe las 7 áreas clave o pasos que deben seguir las organizaciones y equipos asistenciales para garantizar la Seguridad de los Pacientes que atienden. Dichas áreas son las siguientes (Tabla 3) (95,96):

**Tabla 3**

Siete Pasos para la Seguridad del Paciente.

Siete Pasos para la Seguridad del Paciente
Paso 1: Desarrollar una cultura de seguridad: Crear una cultura que sea abierta y justa.
Paso 2: Liderar y apoyar a su personal: Establecer un enfoque claro y sólido sobre seguridad del paciente en toda su organización.
Paso 3: Integrar su actividad en gestión del riesgo: Desarrollar sistemas y procedimientos para gestionar sus riesgos, e identificar y valorar cuestiones que puedan fallar.
Paso 4: Promover la notificación: Garantizar que su personal pueda fácilmente notificar incidentes a nivel local y nacional.
Paso 5: Involucrar y comunicar con pacientes y público: Desarrollar vías para comunicar abiertamente y escuchar a los pacientes.
Paso 6: Aprender y compartir lecciones de seguridad: Animar al personal para utilizar el análisis de causa raíz al objeto de conocer cómo y porqué suceden incidentes.
Paso 7: Implantar soluciones para prevenir el daño: Introducir lecciones a través de cambios en prácticas, procedimientos o sistemas.

Nota: Extraído de Ministerio de Sanidad y Consumo. Elaboración propia (96).

 Joint Commission International Center for Patient Safety, 2005.

También explicada en el epígrafe anterior (2.3), el Joint Commission International Center for Patient Safety funda el primer centro del mundo, asociado a la Organización Mundial de la Salud, dedicado a la Seguridad del Paciente (44,91,92).

 Declaración de Luxemburgo sobre Seguridad del Paciente, 2005.

La European Commission Directorate-General Health and Food Safety, es un organismo encargado de legislar en la Unión Europea en las áreas de seguridad alimentaria y de productos, salud pública y seguridad del consumidor (98).

La comisión designada para tratar la Seguridad del Paciente, en 2005, tras una reunión de la comisión, emitió la Declaración de Luxemburgo sobre Seguridad del Paciente, documento en el que se dan directrices y recomendaciones a instituciones europeas, autoridades nacionales y

proveedores de servicios médicos, en materia de Seguridad del Paciente (94,99,100).

 6 Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente (MISP), 2006.

En septiembre de 2006, la Joint Commission International definió las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, con el fin de implementar mejoras en dicho ámbito. Las propuestas por la Joint Commission International son las siguientes (Tabla 4) (101):

**Tabla 4**

Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente.

Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente
1. Identificar correctamente los pacientes.
2. Mejorar la comunicación efectiva.
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
4. Garantizar las cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y el paciente correcto.
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Nota: Extraído de Villarroél y Febré. Elaboración propia (101).

 Eurobarometer, 2006.

La Dirección General de Sanidad y Protección de los Consumidores de la Unión Europea, en 2005, puso en marcha una encuesta sobre errores en la asistencia sanitaria entre los países miembros y los países candidatos a adherirse a la Unión Europea, llamada Eurobarometer (94,99).

De la citada encuesta, se emitió, en 2006, el informe “*Special Eurobarometer 241: Medical errors*”, donde se analizaban los resultados de la encuesta en términos de medidas europeas y por países (102). Posteriormente, en 2015, se emitió un segundo informe sobre el citado anteriormente, llamado “*Special Eurobarometer 411: Patient Safety and Quality of Care*”, en el que se

volvían a medir las opiniones de los países miembros de la Unión Europea sobre los errores cometidos en la asistencia sanitaria (103).

 Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), 2010.

Es considerado el primer estudio que se realiza a gran escala, sobre incidentes que causan daño en la asistencia sanitaria latinoamericana. Surge a partir de un proyecto, llevado a cabo con la colaboración de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y los Ministerios de Salud de cinco países latinoamericanos: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú (9).

 Patient Safety Movement Foundation (PSMF), 2012.

Mencionada también en el epígrafe anterior (2.3), fundada por Joe Kiani, se trata de una asociación sin ánimo de lucro, que pretende reducir los errores en el ámbito asistencial, mediante la utilización de una práctica clínica basada en la evidencia (Actionable Evidence-Based Practice o AEBP), disponible online y totalmente accesible a los profesionales (Open Date Pledge). También han creado 13 APPS o Actionable Patient Safety Solutions (soluciones prácticas aplicables en Seguridad del Paciente) (104,105).

 European Network for Patient Safety and Quality of Care (PaSQ), 2012.

Desde 2005, la Unión Europea comenzó a prestar especial atención a la Seguridad del Paciente. En el año 2009, emitió un documento sobre Seguridad del Paciente, para asesorar a los estados miembros sobre buenas prácticas (Diario Oficial de la Unión Europea: Recomendaciones del Consejo de 9 de junio de 2009 sobre la Seguridad de los Pacientes) (106,107).

En su preocupación por abordar este tema, la Unión Europea cofinanció dos proyectos relacionados con la Seguridad del Paciente:

 Proyecto SIMPATIE: Proyecto que se llevó a cabo entre 2005 y 2007, el cuál consistía en el desarrollo de acciones e instrumentos

en materia de Seguridad del Paciente para facilitar la libre circulación de personas y servicios en toda la Unión Europea en las instituciones sanitarias (108).

- Proyecto EUNetPAS: Proyecto que se desarrolló entre 2008 y 2010, que consistió en una red europea en Seguridad del Paciente (109,110).

Años más tarde, en 2012, fue cuando se fundó la European Network for Patient Safety and Quality of Care. Esta acción cooperativa pretendió reunir a los 27 Estados miembros y, junto con la colaboración de organizaciones internacionales, para unificar directrices y establecer recomendaciones en materia de Seguridad del Paciente (106,107,109). Algunas de las aportaciones más relevantes en Seguridad del Paciente por parte de la European Network for Patient Safety and Quality of Care fueron (106):

- Establecer 7 paquetes de trabajo estructurados (107).
- Selección, implementación y seguimiento de prácticas clínicas seguras (106,107).
- 8 Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP), 2017.

En 2017, el Gobierno de México, a través del Diario Oficial de la Federación, publicó las 8 Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, las cuales suponen una normativa de obligado cumplimiento para todos los integrantes del sistema sanitario federal mexicano. A continuación, en la tabla 5, se detallan las medidas con los componentes de cada una (111):

**Tabla 5**

**8 Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP).**

<b>8 Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente</b>
<p><b>1. Identificación del paciente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre completo del paciente.</li> <li>• Fecha de nacimiento.</li> <li>• Estos identificadores deben incluirse en todos los documentos que se generen durante el proceso de atención.</li> <li>• Identificarlos con pulsera y ficha de cabecera, incluyendo pacientes de las salas de hemodiálisis, diálisis, quimioterapia y cirugía de corta estancia.</li> </ul>
<p><b>2. Comunicación efectiva:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar una bitácora para el registro de indicaciones verbales y/o de urgencia.</li> <li>• Ante indicaciones de urgencia se debe escuchar-repetir-confirmar y transcribir.</li> <li>• Establecer la técnica SAER (situación, antecedentes, evaluación y recomendaciones), durante la transferencia interna o externa de pacientes y en cada cambio de turno.</li> <li>• Implementar una bitácora para el registro de resultados y/o valores críticos en laboratorio clínico, patología, endoscopia e imagen.</li> </ul>
<p><b>3. Seguridad en el proceso de medicación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Señalizar y separar los medicamentos de alto riesgo (citotóxicos, radiofármacos, insulinas, anticoagulantes y electrolitos concentrados) y medicamentos con aspecto y nombre parecido (LASA).</li> <li>• Realización y documentación de la doble verificación antes de preparación y administración de, al menos, los medicamentos de alto riesgo y, corroborar la presencia de alergias.</li> </ul>
<p><b>4. Seguridad en los procedimientos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer políticas para el marcado quirúrgico.</li> <li>• Implementación de la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía considerando sus fases y tiempo fuera: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Antes de la inducción a la anestesia.</li> <li>○ Antes de la incisión quirúrgica.</li> <li>○ Antes de que el paciente salga de la sala de quirófano.</li> </ul> </li> <li>• Establecer el formato de tiempo fuera para todos aquellos procedimientos invasivos, críticos y/o de alto riesgo que se realizan fuera de quirófano.</li> </ul>
<p><b>5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El Programa Integral de Higiene de Manos debe contener: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cronograma de capacitación continua.</li> <li>○ Gestión oportuna de los insumos y equipo para la higiene de manos.</li> <li>○ Control de la calidad del agua.</li> </ul> </li> </ul>

---

## 8 Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente

---

(continuación tabla 5)

6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas:
  - Contar con un instrumento de evaluación utilizando la escala de riesgo de caídas de DOWNTON.
  - Evaluar a todos los pacientes desde el primer momento en que solicitan atención médica.
  - Reevaluar el riesgo de caída en:
    - Cada cambio de turno, de área o servicio.
    - Cambio en el estado de salud.
    - Modificación del tratamiento.
  - Informar a pacientes y familiares sobre el riesgo de caída y las medidas de seguridad que toma la unidad para disminuir el riesgo y, documentar la evidencia.
7. Reporte y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas:
  - Implementar un formato de reporte de eventos adversos.
  - Fomentar una cultura justa, no punitiva.
  - Contar con un Programa de Atención a Segundas Víctimas.
8. Cultura de Seguridad del Paciente:
  - Aplicación de una encuesta de cultura de seguridad del paciente a todo el personal médico y de enfermería, misma que deberá ser anual y confidencial.

---

Nota: Extraído de Villarroél y Febré. Elaboración propia (111).

 Healthcare Quality Indicators Project, 2021.

La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico es una asociación nacida en Francia, en 1961, la cual se compone de 31 Estados miembros, que conforman este organismo de cooperación internacional, cuya misión es coordinar políticas económicas y sociales (112).

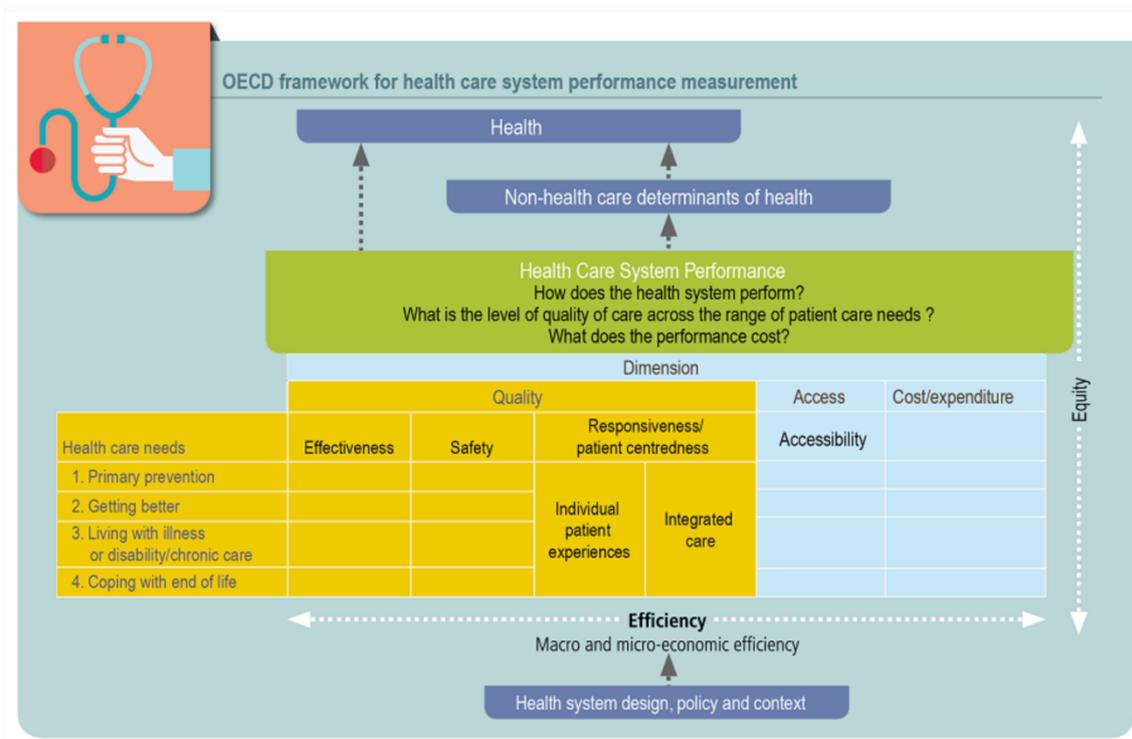
Uno de los estudios llevados a cabo por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, dio como resultado el informe Panorama de la Salud 2021 (113), donde se utilizan indicadores de salud de los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, para evaluar el desempeño de los sistemas de salud de los estados que la forman. Este estudio, que se inició con el cambio de milenio, dio como resultado un programa llamado Proyecto de Indicadores de Calidad de la Atención Médica, iniciado en 2001, que, tras este último informe (Panorama de la Salud 2021), pasó a llamarse Programa Calidad y Resultados de la Atención Médica (114).

El objetivo de este programa es, tras un análisis comparativo, informar y desarrollar indicadores de la calidad en la asistencia médica a nivel internacional,

entre los cuales se encuentra la Seguridad del Paciente (Figura 3) (113,114). Este proyecto vincula y relaciona esta institución, afín inicialmente al ámbito de la economía, con organizaciones gubernamentales y relacionadas con la asistencia sanitaria, como la Organización Mundial de la Salud, entre otras, evidenciando, una vez más, la importancia de la seguridad del paciente y la calidad asistencial, en otras esferas, como la económica en este caso (114).

**Figura 3**

Marco de la OCDE para la medición del desempeño del Sistema de Salud.



Nota: Fuente: Web de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (113).

 Organización Mundial de la Salud.

La Organización Mundial de la Salud, como principal organismo encargado de velar por la salud de las poblaciones, y ante las múltiples actuaciones y avances en Seguridad del Paciente por parte de los diferentes organismos dedicados a dicha cuestión en todo el mundo respondió con una serie de medidas enfocadas a velar por la seguridad de la asistencia médica:

- **Acción Mundial en pro de la Seguridad del Paciente:**

En la 72ª Asamblea Mundial de la Salud, en 2019, la Organización Mundial de la Salud, mediante el documento Acción Mundial en pro de la Seguridad del Paciente, instó a organismos gubernamentales, estados miembros y población general a reconocer la Seguridad del Paciente como prioridad en la salud mundial, siendo ésta un elemento básico para alcanzar la cobertura sanitaria universal (115).

- **Día Mundial de la Seguridad del Paciente:**

Fue también en la 72ª Asamblea Mundial de la Salud, en el año 2019, cuando se decidió fijar el Día Mundial de la Seguridad del Paciente, el día 17 de septiembre, con la finalidad de concienciar y hacer partícipe a la sociedad, así como de promover acciones por parte de los organismos internacionales, enfocadas a promover la Seguridad del Paciente (115,116).

- **Década de la Seguridad del Paciente 2020-2030:**

Al igual que los dos acontecimientos anteriormente citados, producto de la 72ª Asamblea Mundial de la Salud de 2019, y pese a las múltiples iniciativas que ya se estaban llevando a cabo por parte de la Organización Mundial de la Salud, ésta lanzó en febrero de 2020 la iniciativa Década de la Seguridad del Paciente 2020-2030. Consistió en un movimiento que reforzó el apoyo de la Organización Mundial de la Salud a conseguir una asistencia más segura y, a su vez, asientó la aplicación de las medidas ya puestas en marcha y las que llegarían posteriormente (117).

- **Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030:**

En la 74ª Asamblea Mundial de la Salud, en 2021, se aprobó el Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud (117).

El objetivo de este plan es evitar los daños y errores derivados de la asistencia sanitaria, con la meta de una atención sanitaria segura en todo momento y lugar, como se enuncia en la introducción del documento (Figura 4). Este objetivo pretende lograrse impulsando políticas, estrategias y acciones, basadas en evidencia científica, que eliminen las actuaciones dañinas o de riesgo en el ámbito sanitario. Además, este plan no solo plantea la implementación de medidas que mejoren y hagan más segura la asistencia, si no que insta a los organismos a realizar informes bianuales tras su implantación, y mínimo hasta 2031 (117,118).

**Figura 4**

Objetivos estratégicos del Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente.

7 Objetivos Estratégicos (OE)	5 Estrategias Concretas (EC) Para Cada Objetivo Estratégico				
OE 1: Políticas para eliminar el daño evitable en la atención sanitaria	EC 1.1. Desarrollo de una política de seguridad del paciente, con un marco estratégico de implementación	EC 1.2. Movilización de recursos y asignación	EC 1.3. Medidas legislativas de protección	EC 1.4. Estándares de seguridad, normas y sistemas de acreditación	EC 1.5. Día Mundial de Seguridad del Paciente y Retos Globales de Seguridad del Paciente
OE 2: Sistemas de alta fiabilidad	EC 2.1. Transparencia, sinceridad y cultura de no culpabilización	EC 2.2. Buena gobernanza para el sistema sanitario	EC 2.3. Capacidad de liderazgo clínico y gestor	EC 2.4. Factores humanos/ergonomía para la resiliencia de los sistemas sanitarios	EC 2.5. Seguridad del paciente en emergencias y entornos en condiciones muy adversas
OE 3: Seguridad de los procesos clínicos	EC 3.1. Seguridad en los procedimientos clínicos de riesgo	EC 3.2. Reto Global de Seguridad del paciente: "Medicación sin daño"	EC 3.3. Prevención y control de las infecciones y resistencias antimicrobianas	EC 3.4. Seguridad de los productos sanitarios, medicamentos, sangre y derivados y vacunas	EC 3.5. La seguridad del paciente en atención primaria y en las transiciones de asistenciales
OE 4: Implicar a pacientes y familias	EC 4.1. Desarrollo conjunto de políticas y programas con los pacientes	EC 4.2. Aprender de experiencia de los pacientes para la mejora de la seguridad	EC 4.3. Defensores del paciente y campeones de la seguridad del paciente.	EC 4.4. Comunicar los incidentes de seguridad del paciente a las víctimas.	EC 4.5. Información y educación a los pacientes y familias
OE 5: Educación, capacitación y protección de los profesionales sanitarios	EC 5.1. La seguridad del paciente en la educación y formación profesional	EC 5.2. Centros de excelencia para la educación y capacitación en seguridad del paciente	EC 5.3. Las competencias de seguridad del paciente como requisitos reglamentarios.	EC 5.4. Vinculación de la seguridad del paciente con los sistemas de evaluación del personal sanitario	EC 5.5. Entornos de trabajo seguros para los trabajadores sanitarios
OE 6: Información, investigación y gestión de riesgos	EC 6.1. Sistemas de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente.	EC 6.2. Sistemas de información para la seguridad del paciente.	EC 6.3. Sistemas de vigilancia de la seguridad del paciente.	EC 6.4. Programas de investigación en seguridad del paciente.	EC 6.5. Tecnología digital para la seguridad del paciente.
OE 7: Sinergias, alianzas y solidaridad	EC 7.1. Compromiso de los grupos de interés del sector salud.	EC 7.2. Idea o visión compartida y compromiso compartido.	EC 7.3. Redes de seguridad del paciente y colaboración.	EC 7.4. Iniciativas multisectoriales y trans-geográficas para la seguridad del paciente	EC 7.5. Alineación con programas técnicos e iniciativas.

Nota: Extraído de Astier-Peña et al. (118).

Teniendo en cuenta el corto espacio de tiempo cronológico en el que se establecen oficialmente políticas y protocolos sobre Seguridad del Paciente, pero viendo la diversidad de organismos en todo el mundo y la cantidad de medidas aplicadas, no cabe duda el alcance que tiene la Seguridad del Paciente en el panorama sanitario mundial, convirtiéndose actualmente en un tema prioritario, sobre el cual queda mucho por hacer.

## 2.4.2. AVANCES NACIONALES.

A continuación, se describen los principales avances nacionales en materia de Seguridad del Paciente:

- 🌐 SENSAR: Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación, 1999.

SENSAR es una asociación española sin ánimo de lucro que viene desarrollando desde 1999 un sistema de notificación de eventos adversos críticos en el contexto de la anestesia y reanimación de ámbito nacional y latinoamericano. Ubicada físicamente en el Hospital Universitario de Alorcón, está formada por especialistas de anestesiología y reanimación, así como profesionales de enfermería dedicados a la enfermería quirúrgica y de anestesia. El sistema SENSAR busca crear, de forma fácil, una ruta de comunicación de errores e incidentes, accesible a todos los profesionales implicados en el proceso de anestesia (119,120).

- 🌐 Indicadores de Buenas Prácticas sobre Seguridad del Paciente, 2009.

El Ministerio de Sanidad y Política Social, en el año 2007, llevó a cabo un proyecto, dirigido por Dr. Pedro J. Saturno, prestigioso médico e investigador en Medicina Preventiva y Salud Pública vinculado a la Universidad de Murcia.

Este proyecto, que en España vio la luz en 2009, consistió en adaptar el “*Safe Practices for Better Health Care*”, elaborado por el National Quality Forum (Washington, EE. UU.) en 2003, documento que trata sobre las prácticas prioritarias a implementar para mejorar la Seguridad del Paciente en una institución de asistencia sanitaria. Estos indicadores, 69 en concreto, se describieron, midieron y analizaron, después de su implementación (121).

Derivado de este proyecto, se creó otro informe derivado del indicador cultura de seguridad, y publicado en 2008, sobre cultura de seguridad en profesionales del Sistema Nacional de Salud (122).

También fue producto de esta línea de investigación el documento Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre Seguridad del Paciente (2008), informe relacionado con el documento nombrado anteriormente de adaptación de los indicadores del National Quality Forum (123).

 Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, 2010.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publicó en 2010 el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, en el cual se estructuran 12 estrategias de mejora del sistema de salud, repartidas en 6 bloques (124).

Dentro del cuarto bloque Fomento de la excelencia clínica, se encuentra la estrategia 8, titulada “*Mejorar la Seguridad de los Pacientes atendidos en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud*”, la cual se compone, a su vez, de 6 objetivos específicos sobre Seguridad del Paciente, viéndose una vez más, el interés nacional por seguir las recomendaciones de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (94,124).

 Plan Nacional Resistencia Antibióticos, 2014.

El Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos fue aprobado en 2014, y está coordinado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, y formado por todas las Comunidades Autónomas, 10 Ministerios y más de 70 Sociedades Científicas, Organizaciones Colegiales, Asociaciones Profesionales, Universidades y expertos colaboradores. Hasta el momento se han publicado 3 planes (PRAN 2014-2018, PRAN 2019-2021 y PRAN 2022-2024). Este plan se articula en una estrategia (One Health), compuesta por 6 líneas de acción comunes que buscan reducir el riesgo y diseminación de la resistencia a antibióticos, buscando poder conservar de manera sostenible y eficiente los antibióticos disponibles en la actualidad de uso humano y animal (125).

Dentro del plan, se encuentra una actuación que cabe destacar, que es el programa Flebitis Zero. Este programa, mediante la aplicación de un *bundle* o paquete de medidas de aplicación conjunta, busca reducir las tasas de flebitis y bacteriemia relacionadas con los catéteres venosos periféricos (126).

 Recomendaciones para la prevención de errores de medicación, 2017.

El Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos, delegación española del Institute for Safe Medication Practices (EE.UU., 1975), se fundó en Salamanca en 1999. Se constituyó como una organización multidisciplinar no lucrativa dedicada a trabajar en pro de la seguridad y la calidad en torno al uso de medicamentos (127,128).

En 2017, esta asociación promulgó una serie de recomendaciones destinadas a la prevención de errores en entornos asistenciales en los que se realizasen prescripciones de medicamentos verbales. De este boletín, se han generado numerosas infografías disponibles en el entorno sanitario, disponibles para los profesionales que susceptibles de prescribir y administrar medicaciones de forma verbal (129). Un ejemplo de esto la encontramos en la infografía sobre pautas para reducir errores en órdenes médicas verbales, elaborada por la Generalitat de Catalunya (Figura 5) (130).

**Figura 5**

Infografía sobre pautas para reducir errores en órdenes médicas verbales.



Nota: Fuente: Web de la Generalitat de Cataluña (130).

🌐 Protocolos nacionales inspirados en otros protocolos.

Fruto del interés internacional por la Seguridad del Paciente, en diversas partes del mundo se han ido creando y mejorando protocolos relacionados con áreas asistenciales, donde se trata de llevar a cabo una atención segura.

En España, se han elaborado numerosos protocolos adaptados e inspirados en otros de diferentes países. A continuación, se detallan algunos ejemplos:

- Proyecto Bacteriemia Zero (pBZ):

En 2009, la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias, financiado por el Ministerio de Sanidad, puso en marcha el proyecto “*Bacteriemia Zero*” en las Unidades de Cuidados Intensivos del territorio español, usando como modelo una estrategia similar utilizada previamente en Michigan. El principal objetivo del proyecto “*Bacteriemia Zero*” es, mediante el uso de estrategias basadas en la evidencia, reducir las infecciones asociadas a catéteres en unidades de cuidados críticos (13).

Este proyecto se inició con el nombre “*Bacteriemia Zero*”: protocolo de prevención de las bacteriemias relacionadas con catéteres venosos centrales en las Unidades de Cuidados Intensivos españolas (12). Años más tarde, a finales de 2021, y en base a las experiencias documentadas, se realizó una actualización de este, “*Bacteriemia Zero*”: protocolo de inserción y mantenimiento de catéteres vasculares (14), vigente actualmente.

- Lista de Verificación Cirugía Segura:

Desde que la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente crease la Lista de Verificación para la Seguridad del Paciente en 2008, son muchos los países que la han adaptado e implantado (131). España se sumó al programa Cirugía Segura en ese mismo año, promoviendo e implementando las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, hasta que, en 2012, se incluye de forma obligatoria en los hospitales del Sistema Nacional de Salud la Lista de Verificación Quirúrgica, desarrollada técnicamente por la Asociación Española de Cirujanos y financiada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (132).

- Infección Quirúrgica Zero:

La Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria, inició en 2012 el proyecto “*Infección Quirúrgica Zero*”, adelantándose a la Organización Mundial de la Salud, la cual no emitió las primeras directrices sobre este tipo de actuaciones hasta noviembre de 2016. Este proyecto se fue

consolidando a lo largo de los años, convirtiéndose en 2015 en unas de las prioridades sobre Seguridad del Paciente a nivel nacional (133,134).

- ITU Zero:

El protocolo “*ITU Zero*”, aplicado en las unidades de cuidados intensivos, pretende reducir la incidencia de las infecciones derivadas del uso de sondas vesicales, aportando intervenciones respaldadas por evidencia científica. La Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias y Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias, junto con la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad (135,136) se puso en marcha en 2018.

- Resistencia Zero:

El proyecto “*Resistencia Zero*”, puesto en marcha en 2016 por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad junto con la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias, busca reducir la tasa de pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos y con resistencia a una o más bacterias multirresistentes (136,137).

- Neumonía Zero:

Este proyecto, que comenzó en 2011, y que actualmente va por la 4ª revisión, busca reducir la incidencia de las neumonías nosocomiales asociadas a la ventilación mecánica, aplicando un paquete de medidas para prevenir esta patología en las unidades de cuidados críticos. Al igual que el resto de los protocolos Zero, está desarrollado por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, junto con la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias y la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (15,136).

Aunque esto son sólo algunos ejemplos, existe actualmente un gran interés por la cultura de Seguridad del Paciente, existiendo a nivel de todos los sistemas de salud dispositivos encargados de esta disciplina (15,16,120).

### 2.4.3. AVANCES AUTONÓMICOS.

Uno de los primeros avances en materia de Seguridad del Paciente en nuestra región fue la creación en 2012 del Plan de acción para la mejora de la Seguridad del Paciente de la Región de Murcia 2012-2016 (138), en el cual se establecían líneas estratégicas, indicadores y protocolos relacionados con la Seguridad en la asistencia sanitaria.

Posteriormente, y englobado dentro de las políticas de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia, se encuentra una de las líneas estratégicas de Murciasalud, el Programa de Seguridad del Paciente de la Región de Murcia (139). En él, se unifican y establecen los protocolos y directrices en materia de Seguridad del Paciente, promulgados por diferentes organismos nacionales e internacionales. Dentro de este programa, además de establecerse las Unidades Funcionales de Seguridad de Pacientes, o equipos que se dedican en cada Área de Salud a la Seguridad del Paciente, se encuentran los protocolos vigentes en el Servicio Murciano de Salud como el protocolo “*Cirugía Segura*” (140), “*Identificación Inequívoca*” (141) o Sistemas de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (142).

Además, la Seguridad del Paciente aparece como un punto de obligado cumplimiento en el Acuerdo de Gestión de las diferentes gerencias con el Servicio Murciano de Salud (143).

Destacamos, por último, iniciativas relacionadas con la Seguridad del Paciente, como es el ejemplo del monográfico Salud Segura, publicado por primera vez en 2013 por el Núcleo de Seguridad del Área I Murcia-Oeste, del Servicio Murciano de Salud (144) (Figura 6).

## Figura 6

Salud Segura - Núcleo de Seguridad del área I.



**Salud Segura**

NÚCLEO DE SEGURIDAD DEL ÁREA I MURCIA-OESTE

**Edita:**  
Núcleo de Seguridad del Área I Murcia-Oeste  
Hospital Clínico Universitario V. Arrixaca- Ctra. Murcia-Cartagena, s/n.  
30120 Murcia.  
Tel.: 968381064 - 986369701  
<http://www.murciasalud.es/saludsegura> - También en Arrinet/Calidad  
[saludsegura.area1.sms@carm.es](mailto:saludsegura.area1.sms@carm.es)

**Comité editorial:**  
Pablo de la Cruz, Pilar Ferrer, Catalina García, Beatriz Garrido, Juan A Gómez Company, Julio López-Picazo, Virginia Pujalte, Nuria Tomás.  
**Coordinador de edición:** Julio López-Picazo Ferrer

**Suscripción:** Envío gratuito. **Solicitudes:** [saludsegura.area1.sms@carm.es](mailto:saludsegura.area1.sms@carm.es)  
**e-ISSN:** 2340-1915 Salud Segura. D.L. MU 446-2013

**Área I Murcia Oeste**  
*Arrixaca*

Volumen 1, Número 1. MAYO 2013

**En este número:**

- *La seguridad del paciente: un valor del Área I y un compromiso de todos.*  
Equipo directivo del Área I Murcia -Oeste
- *¿Qué es la seguridad del paciente?*  
Dr. Julio López-Picazo, Coordinador de la Unidad de Calidad Asistencial
- *SiNASP. Sistema para la Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente.*  
Núcleo de seguridad del Área I Murcia -Oeste
- *El núcleo de seguridad. Quiénes somos y qué hacemos.*  
Núcleo de seguridad del Área I Murcia -Oeste
- *SiNASP sirve: medicamentos de alto riesgo de administración oral.*  
Dra. Nuria Tomás. Unidad de Calidad Asistencial

Nota: Fuente: Web del Área I del Servicio Murciano de Salud (144).

## **CAPÍTULO 3: EL SISTEMA SANITARIO ACTUAL Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

En el presente capítulo se trata la estructura del actual sistema sanitario en España, sus divisiones, así como los modelos teóricos empleados en Seguridad del Paciente.

### **3.1. EL SISTEMA SANITARIO ACTUAL.**

El sistema sanitario español se caracteriza por su enfoque universal, equitativo y gratuito, lo que ha permitido a España mantener altos estándares de salud pública en comparación con otros países europeos, garantizando el acceso a la atención sanitaria a toda la población. Este sistema, que opera principalmente a través del Sistema Nacional de Salud, es financiado por impuestos generales y administrado tanto a nivel estatal como regional (145). El Sistema Nacional de Salud ha experimentado reformas y desafíos en las últimas décadas, como la descentralización hacia las Comunidades Autónomas, la adaptación a las demandas de una población envejecida y las crisis económicas que han probado su sostenibilidad (146,147).

El sistema sanitario español se configura bajo los principios del modelo Beveridge (148), un sistema de salud financiado por impuestos y gestionado por el Estado, que garantiza el acceso universal y gratuito a los servicios de salud. Este modelo, desarrollado por William Beveridge, se implementó por primera vez en el Reino Unido tras la Segunda Guerra Mundial, sirviendo de inspiración para numerosos sistemas de salud en Europa, incluido el español (149,150).

La estructura del actual sistema sanitario se afianzó gracias a la Ley General de Sanidad, promulgada en 1986 (151), consolidando la universalidad y la gratuidad de los servicios de salud, y estableciendo un marco de descentralización que permite a las Comunidades Autónomas gestionar sus propios servicios de salud. Este proceso de descentralización busca adaptar los

servicios a las particularidades regionales y mejorar la eficiencia y la calidad de la atención sanitaria (152,153).

### 3.2. NIVELES ASISTENCIALES.

La Ley General de Sanidad de 1986, en el capítulo III, establece los principios y directrices para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud en España. Dicha ley establece el marco legal y organizativo para garantizar el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos, estructurando el sistema en niveles para optimizar la eficiencia y la cobertura asistencial. Así, se configura un sistema estructurado en niveles, facilitando la derivación de pacientes entre Atención Primaria y Especializada, y promoviendo la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales (145,151).

Los niveles asistenciales del Sistema Nacional de Salud español son (149):

- **Atención Primaria:** La Atención Primaria constituye el primer nivel de contacto de los ciudadanos con el sistema sanitario. Su función principal es la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación. Los centros de salud y los equipos de Atención Primaria son los encargados de proporcionar estos servicios, que están orientados a la comunidad y a la accesibilidad universal.
- **Atención Especializada:** La Atención Especializada comprende los servicios médicos y quirúrgicos proporcionados por especialistas. Este nivel se estructura en dos subniveles:
  - **Atención Ambulatoria Especializada:** Ofrecida en consultas externas de hospitales y centros especializados, donde se realizan diagnósticos y tratamientos específicos que no pueden ser manejados en la Atención Primaria.

- **Atención Hospitalaria:** Incluye el ingreso y la estancia de pacientes en hospitales para recibir tratamientos que requieren tecnología avanzada y cuidados continuos.
- **Atención Sociosanitaria:** Este nivel cubre la atención de pacientes con enfermedades crónicas, discapacidades o situaciones de dependencia que necesitan cuidados continuos y prolongados. Integra servicios sanitarios y sociales para ofrecer una atención integral a largo plazo.
- **Atención de Urgencias y Emergencias:** Esta atención está destinada a ofrecer respuesta inmediata a situaciones que suponen un riesgo vital o requieren una intervención rápida. Se proporciona tanto en centros de salud y hospitales como a través de servicios de emergencias médicas (149).

### 3.2.1. ATENCIÓN PRIMARIA.

La Atención Primaria se define como el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud. Su propósito es acercar la atención sanitaria al lugar donde las personas viven y trabajan, facilitando el acceso a los servicios esenciales de salud. La Atención Primaria es fundamental para garantizar una cobertura sanitaria universal y equitativa, desempeñando un papel crucial en la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades (149).

Las características de la Atención Primaria son (145,151):

- **Accesibilidad:** Debe ser fácilmente accesible para todas las personas, sin barreras económicas, geográficas, culturales o sociales. Esto implica una distribución equitativa de los centros de salud y recursos sanitarios en las comunidades.
- **Integralidad:** Ofrece una gama amplia y completa de servicios de salud, abarcando desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados

paliativos. Esta característica asegura que las necesidades de salud de la población sean atendidas de manera holística.

- ❁ **Continuidad:** La relación continuada entre los pacientes y los profesionales de salud permite un seguimiento constante y coordinado de la salud de los individuos a lo largo del tiempo. Esto facilita una atención más personalizada y eficaz.
- ❁ **Coordinación:** La Atención Primaria actúa como el eje de la red de servicios sanitarios, coordinando la derivación a niveles superiores de atención, como la Atención Especializada, cuando sea necesario. Este nivel de coordinación es esencial para asegurar una atención sanitaria integrada y eficiente.
- ❁ **Participación comunitaria:** Fomenta la participación activa de la comunidad en la planificación, organización y evaluación de los servicios de salud. Esto fortalece la apropiación y el compromiso de la comunidad con su propia salud y bienestar.
- ❁ **Enfoque en la prevención y promoción de la salud:** Pone un énfasis especial en las actividades preventivas y de promoción de la salud, como vacunaciones, educación sanitaria, y programas de detección precoz, para reducir la incidencia y el impacto de las enfermedades (145,151).

Cabe destacar también, algunos de los aspectos que se consideran más característicos y relevantes de la estructura organizacional de la Atención Primaria, como son el equipo que lo forma y el modelo de atención que brinda a la población (154–156):

- ❁ **Equipo multidisciplinario:** La Atención Primaria es proporcionada por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, que incluye médicos de familia, enfermeras, trabajadores sociales y otros profesionales y especialistas. Este enfoque colaborativo permite abordar las diversas necesidades de salud de la población.
- ❁ **Modelo centrado en la persona:** Se centra en la persona y no en la enfermedad. Esto significa que considera el contexto social,

familiar y cultural del paciente, adoptando una perspectiva más amplia y personalizada de la atención sanitaria (154–156).

### 3.2.2. ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

La Atención Especializada es un componente fundamental del sistema de salud, diseñado para ofrecer servicios médicos avanzados y específicos a pacientes con condiciones complejas que no pueden ser adecuadamente manejadas en el nivel de Atención Primaria. Comprende la provisión de servicios de salud que requieren un nivel superior de tecnificación que los disponibles en la Atención Primaria. Estos servicios son proporcionados por profesionales de la salud con formación y experiencia en áreas específicas de la medicina, y se enfocan en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades o condiciones médicas que requieren intervenciones complejas (157,158).

Las características más relevantes son (158,159) :

- **Alta especialización profesional:** Los profesionales de la salud poseen formación avanzada y certificaciones en áreas específicas. Esta formación les permite manejar casos complejos y utilizar técnicas y procedimientos avanzados.
- **Tecnología avanzada:** La Atención Especializada a menudo requiere el uso de equipos médicos de alta tecnología para diagnósticos precisos y tratamientos efectivos. Esto incluye equipos de imagen avanzada, laboratorios especializados y tecnología quirúrgica.
- **Intervenciones complejas:** Los servicios ofrecidos incluyen procedimientos quirúrgicos avanzados, terapias farmacológicas sofisticadas y técnicas de intervención no quirúrgicas de alta complejidad.
- **Multidisciplinariedad:** La Atención Especializada frecuentemente implica la colaboración de un equipo multidisciplinario, que puede incluir médicos, enfermeras, fisioterapeutas, psicólogos, y otros profesionales de la salud, trabajando en conjunto para proporcionar un tratamiento integral al paciente (158,159).

Algunos de los aspectos más característicos y relevantes de la Atención Especializada son (156,160):

- **Acceso:** Generalmente, los pacientes acceden mediante referencias de médicos de Atención Primaria, quienes identifican la necesidad de una evaluación más profunda o un tratamiento especializado.
- **Continuidad de cuidados:** Es crucial que haya una continuidad del cuidado entre la Atención Primaria y la Especializada para garantizar que el manejo del paciente sea coherente y bien coordinado. Esto incluye la comunicación efectiva entre los diferentes niveles de atención y el seguimiento adecuado post-tratamiento especializado.
- **Costos y recursos:** La Atención Especializada es generalmente más costosa debido a los recursos y tecnologías involucradas.
- **Investigación y educación:** Los centros suelen estar vinculados a la investigación y la educación, contribuyendo al avance del conocimiento y la formación continua de profesionales de la salud.
- **Calidad y seguridad:** La Atención Especializada debe adherirse a estrictos estándares de calidad y seguridad para minimizar riesgos y garantizar resultados óptimos para los pacientes. Esto incluye la implementación de protocolos basados en evidencia y la evaluación continua de los resultados clínicos (156,160).

### 3.3. MODELOS EXPLICATIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

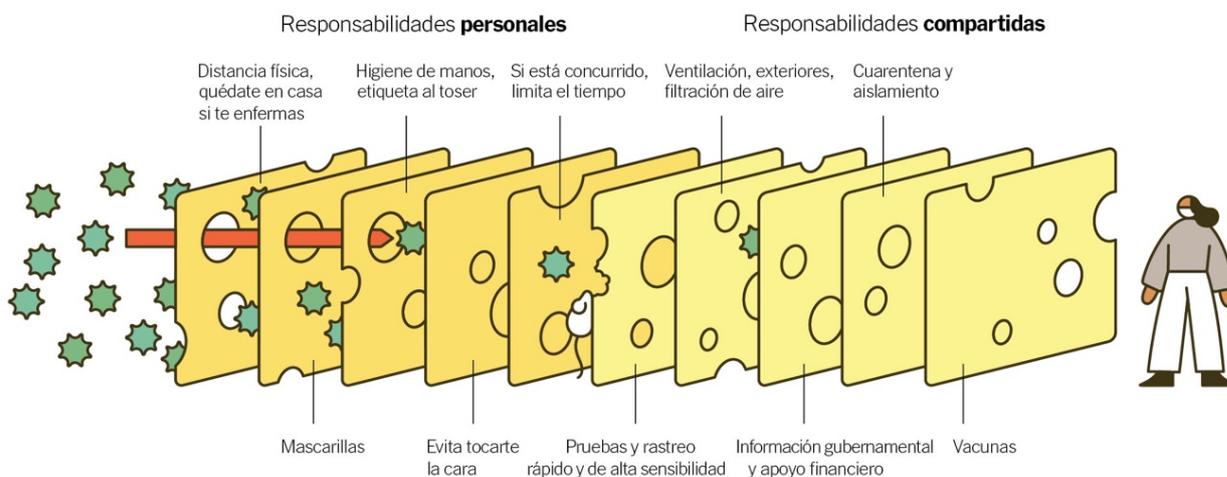
Para abordar la compleja temática de Seguridad del Paciente, se han desarrollado diversos modelos explicativos que buscan entender y mejorar los factores que influyen en la seguridad del paciente. Estos modelos, proporcionan marcos teóricos y prácticos para analizar incidentes, identificar riesgos y diseñar estrategias efectivas de intervención. La aplicación de estos modelos permite implementar mejoras sistémicas que promuevan un entorno seguro para el paciente, reduciendo la incidencia de errores y mejorando los resultados clínicos.

### 3.3.1. MODELO DE REASON.

El modelo de Reason o modelo del queso suizo fue enunciado en 1990 por James T. Reason, un psicólogo cognitivo experto en el estudio del error humano asociado a sistemas tecnológicos y profesor en la Universidad de Manchester. Reason describe el error como el resultado de una serie de fallos en distintos momentos de la ejecución de un plan, o lo que es lo mismo, define el error humano como la ejecución no dolosa de un plan inapropiado o no enfocado correctamente al objetivo. Este modelo representa diferentes capas de queso como las capas o “filtros de seguridad” a la hora de ejecutar un plan (Figura 7). Cada capa tendrá una serie de orificios que representan las debilidades del sistema, y pese a que el conjunto de capas trata de evitar el error activo como tal, puede darse la alineación de orificios de las diferentes capas, generándose lo que Reason denominó trayectoria de oportunidades de accidente. Con esta teoría, Reason distingue entre fallo activo, equivalente al error humano y fallo latente, que equivale al fallo del sistema, y asume que el error puede suceder igualmente, pero que la importancia del proceso es analizar las debilidades de las diferentes capas para generar unos filtros durante el proceso que dificulten la ocurrencia del fallo y que brinden herramientas para la detección precoz de errores (161–163).

**Figura 7**

Modelo del queso suizo de Reason.



Nota: Fuente: Rose Wong. The New York Times (163).

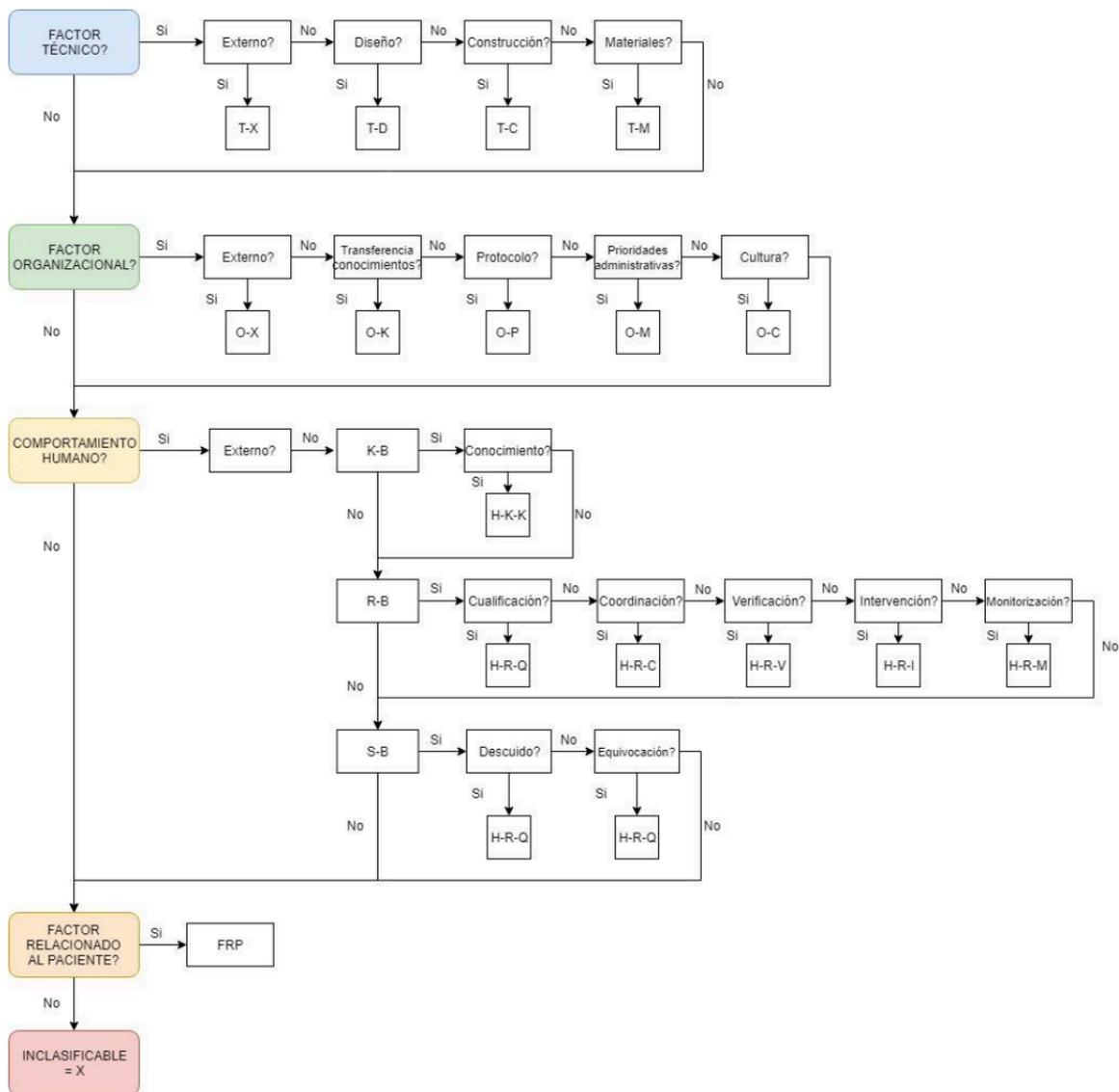
### 3.3.2. MODELO DE VAN DER SCHAAF.

El modelo desarrollado por Van Der Schaaf o método PRISMA (*Prevention and Recovery System for Monitoring and Analysis*) fue desarrollado en 1996 en la Universidad de Eindhoven (Holanda), y pese a que este modelo se desarrolló enfocado a la industria química, pronto fue adaptado a otras disciplinas, como las ciencias de la salud por Van Vuuren en 1997 (164,165).

El sistema PRISMA distingue entre errores o fallas activas (fallo humano), lo que serían los fallos cometidos directamente por agentes en contacto con el paciente debido a acciones inseguras, y las condiciones latentes (fallo latente), que serían las inconsistencias del sistema que no son intencionadas, pero de forma tardía podrían producir daños (fallos organizacionales o fallos técnicos). Este enfoque se compone de un método de descripción de incidentes como “*Árbol Causal*”, el Modelo de Eindhoven para clasificar los fallos del sistema y la matriz de clasificación/acción. En cuanto al Modelo de Clasificación de Eindhoven, creado por Van der Schaaf en 1992 (Figura 8), es utilizado para evaluar de forma subjetiva hasta que grado es posible prever una complicación, considerando las fallas activas el factor relacionado con el error humano (165–167).

**Figura 8**

Modelo de Clasificación de Eindhoven adaptado a las Ciencias de la Salud (164).



Nota: Extraído de Van Vuuren et al., 1997 en (164,165).

### 3.3.3. MODELO DE PEDRO J. SATURNO.

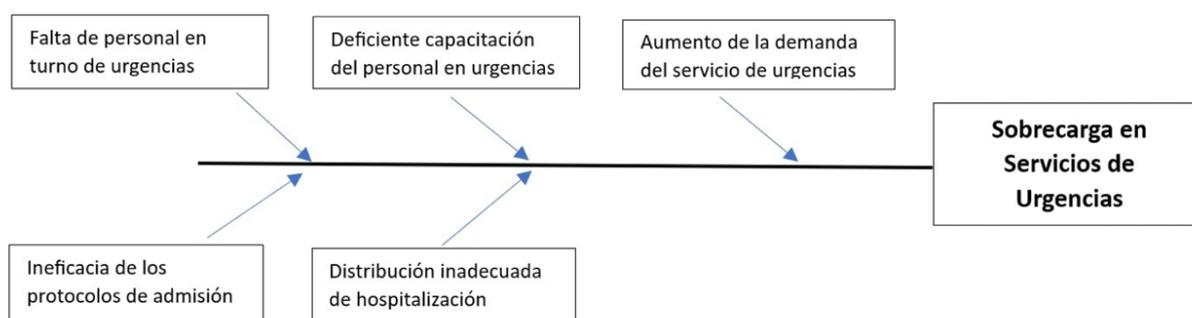
El modelo de Seguridad del Paciente desarrollado por Pedro J. Saturno se centra en la gestión integral y sistemática de la seguridad dentro del ámbito sanitario (168). Este modelo propone una visión holística que abarca desde la identificación y análisis de riesgos hasta la implementación de estrategias de mejora continua. Los principales componentes del modelo son (169,170):

🌀 Identificación y análisis de riesgos (169,170):

- **Detección proactiva:** Identificación de potenciales riesgos antes de que ocurran eventos adversos, utilizando herramientas como el análisis de fallos y efectos.
- **Análisis reactivo:** Estudio de incidentes y eventos adversos ocurridos mediante técnicas como el análisis de causa-raíz o Diagrama de Ishikawa (171) (Figura 9) para entender sus orígenes y factores contribuyentes (172).

**Figura 9**

Ejemplo de Diagrama de Ishikawa.



Nota: Fuente: UNIR México (172).

🌀 Cultura de seguridad (169,170):

- **Promoción de una cultura abierta:** Fomentar un entorno en el que los profesionales de la salud puedan reportar errores y eventos adversos sin temor a represalias, facilitando así el aprendizaje organizacional.
- **Capacitación continua:** Formación constante del personal en prácticas seguras y en la importancia de la seguridad del paciente.

 **Gestión y mejora de procesos (169,170):**

- **Protocolos y guías clínicas:** Implementación de protocolos basados en la evidencia para estandarizar y optimizar los procesos asistenciales.
- **Evaluación y monitoreo:** Uso de indicadores de seguridad para evaluar el desempeño y detectar áreas de mejora.

 **Participación del paciente (173):**

- **Empoderamiento del paciente:** Involucrar a los pacientes y sus familias en el cuidado, proporcionándoles información y herramientas para que participen activamente en la prevención de errores.
- **Comunicación efectiva:** Establecimiento de canales de comunicación claros y efectivos entre los pacientes y los profesionales de la salud.

 **Tecnología y sistemas de información (173):**

- **Registro electrónico de salud:** Utilización de sistemas digitales para el registro y seguimiento de la información clínica, mejorando la precisión y disponibilidad de los datos.
- **Sistemas de alerta:** Implementación de alertas automatizadas para prevenir errores comunes, como interacciones medicamentosas peligrosas.

La aplicación del modelo de Pedro J. Saturno busca reducir la incidencia de eventos adversos, mejorar la calidad del cuidado y aumentar la satisfacción de los pacientes. Distingue entre fallo humano (intencional o no intencional) y fallo latente, que puede ser originado en el diseño del proceso o a nivel estructural. Al abordar la seguridad desde una perspectiva integral y sistémica, el modelo promueve una cultura organizacional que prioriza la seguridad y el bienestar del paciente, integrando todos los niveles de la organización en el proceso de mejora continua. Este modelo proporciona un enfoque estructurado

y multidimensional para gestionar los riesgos y mejorar la calidad asistencial, destacando la importancia de la cultura de seguridad, la participación activa de los pacientes y el uso de tecnología avanzada para prevenir errores derivados de la asistencia sanitaria (122,170).

#### **3.3.4. NEAR MISS MANAGEMENT SYSTEM.**

El “*Near Miss Management System*” o Sistema de Gestión de Incidentes Sin Daños es un modelo utilizado en gestión de la seguridad, centrado en identificar, reportar y analizar los sucesos que podrían haber dado como resultado un accidente pero que no lo han llegado a hacer, ya sea porque se ha realizado una intervención que ha conseguido abortar el incidente o por puro azar (174). Aunque este modelo no se le puede atribuir a un autor ni a una disciplina en concreto, se ha ido desarrollando paulatinamente a lo largo de los años, y con las influencias de distintas disciplinas como la aviación, la petroquímica, la energía o la salud, entre otras (174,175).

El “*Near Miss Management System*” es una herramienta decisiva para la gestión de la seguridad en cualquier organización, que proporciona la oportunidad de aprender y mejorar continuamente a partir de incidentes menores antes de que se produzcan incidentes con efectos peores (176,177).

#### **3.4. FORMACIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA PROFESIÓN SANITARIA.**

La formación de los profesionales sanitarios en Seguridad del Paciente es una herramienta decisiva para minimizar errores y optimizar la atención sanitaria.

El Ministerio de Sanidad, en el apartado de Seguridad del Paciente dentro de su web, cuenta con un área de formación. Tal y como indica en la página web, la formación en materia de Seguridad del Paciente es una recomendación de la Organización Mundial de la Salud y del Consejo de la Unión Europea, además de que es un objetivo específico de la Línea Estratégica 1 de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud entre los años 2015-2020.

Se ofertan en este apartado cursos online sobre Seguridad del Paciente, Gestión de Riesgos o Higiene de Manos entre otros. Cabe destacar que los cursos, al estar enfocados a mejorar la calidad asistencial y el aprendizaje de los profesionales, no son cursos acreditados ni baremables en carrera profesional (178).

Además de la formación del Ministerio de Sanidad, la descentralización de los servicios de salud lleva a que cada Comunidad Autónoma tenga potestad para disponer de un organismo propio de Seguridad del Paciente. En la Región de Murcia, en la web de MurciaSalud, encontramos, muy similar al Ministerio de Sanidad, un apartado de formación sobre Seguridad del Paciente, dirigido a profesionales, donde se ofertan cursos y se puede acceder fácilmente a los programas de Seguridad del Paciente que se encuentran implementados actualmente en la Región de Murcia (139).

### **3.5. NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

La finalidad del estudio e intervención en Seguridad del Paciente no es otra que analizar los errores, con el fin de mejorar la seguridad asociada a la atención sanitaria. Dicho análisis conlleva que, al activar un sistema de notificación de eventos adversos, estos eventos sean comunicados por una vía oficial y registrados, para, posteriormente, poder identificar las circunstancias que han propiciado que sucediera el incidente, evento, circunstancia o error, con la finalidad de aprender y mejorar el entorno de trabajo, mejorando también la atención sanitaria. Actualmente, en España, el sistema utilizado se denomina Sistema de notificación y aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Se trata de un sistema que fue desarrollado por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, con la colaboración del Instituto Universitario Avedis Donabedian (139).

Los principios básicos de SiNASP son la notificación voluntaria, la no punibilidad, la confidencialidad de la información y que permite, tanto la

notificación anónima, como la notificación nominativa con la identificación de los datos, para el análisis del aprendizaje y la implementación de mejoras a nivel local. Sobre la estructura de SiNASP cabe destacar que:

- ④ Sirve para la notificación de incidentes que se relacionen directa o indirectamente con la Seguridad del Paciente y eventos adversos.
- ④ Puede ser usado por cualquier profesional sanitario que observe o identifique un incidente de seguridad, ya que la notificación es voluntaria.
- ④ Debe notificarse el incidente a la mayor brevedad posible.
- ④ La notificación se realiza a través del cuestionario informatizado que aparece en el portal web de SiNASP (139,179).

La herramienta invita a todos los profesionales sanitarios, además de a notificar, a participar en la investigación de incidentes relacionados con el área de conocimiento de cada profesional, así como para poner en marcha acciones que sirvan para mejorar la asistencia sanitaria y disminuir riesgos (179).

### **3.6. ESTUDIOS PREVIOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: ATENCIÓN PRIMARIA.**

A continuación, se realiza un breve repaso por estudios previos, llevados a cabo en Atención Primaria, con la finalidad de conocer el estado de la cuestión de estudio en otras poblaciones diferentes a la población de nuestra investigación. Cabe destacar que no se han encontrado estudios anteriores a la presente investigación en nuestra población de estudio:

- ④ El estudio APEAS, estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud, fue llevado a cabo en 2008 por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en colaboración con la Universidad Miguel Hernández de Elche. Con este estudio se buscaba determinar el conocimiento sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria, midiendo de forma transversal en profesionales las frecuencias de eventos adversos, los profesionales

involucrados en efectos adversos, así como las actividades encaminadas al mantenimiento y mejora de las medidas implementadas en pro de la Seguridad del Paciente. Se consiguió una muestra de 452 profesionales, pertenecientes a 48 centros de Atención Primaria de 16 Comunidades Autónomas diferentes. Del estudio APEAS se obtuvieron datos asistenciales, sociodemográficos y datos relacionados con eventos adversos e incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente, como, por ejemplo, una prevalencia de efectos adversos del 18,63%, una prevalencia de incidentes del 7,45% y una prevalencia de efectos adversos padecidos por pacientes que fue del 10,11%, incluso un 6,7% de los pacientes llegó a acumular más de un efecto adverso. La mayoría de los efectos adversos descritos fueron leves (54,7%), siendo el 38% moderados y el 7,3% graves. A nivel sociodemográfico, se extrajo que el 57,4% eran mujeres con una mediana de edad de 59 años. Respecto a la naturaleza de los efectos adversos, se describieron un 25,7% asociados a los cuidados, un 48,2% asociados a medicación, un 24,6% asociados a la comunicación y un 13,1% asociados al diagnóstico, un 8,9% se asociaron a la gestión, quedando un 14,4 % asociados a otras causas (180). De este estudio se extrajo que la práctica asistencial en Atención Primaria en España es razonablemente segura, describiéndose una frecuencia de efectos adversos relativamente baja y de naturaleza leve. Se describió un porcentaje de padecer efectos adversos de 7 de cada 100 ciudadanos por año. Del mismo modo, el 70% de los efectos adversos ocurridos fueron evitables, los efectos ocurridos son de naturaleza multicausal y la consecuencia más común es un peor curso evolutivo de la enfermedad de consulta del paciente (180).

- En el año 2010, Ques et al. (181) publicaron *“Strengths and threats regarding the patient’s safety: nursing professional’s opinion”*,

artículo que mostraba los resultados de investigación de un estudio llevado a cabo en España, en 2008. En este estudio se recogía la opinión cualitativa de los profesionales sobre las barreras que detectaban durante la práctica clínica para el desarrollo pleno de la cultura de Seguridad del Paciente. Participaron 19 enfermeros, con desempeño tanto asistencial como docente, y de Atención Primaria y Atención Especializada. De este estudio se pudo concluir que los profesionales de enfermería encuentran barreras en la posición corporativa de los propios profesionales, así como de la organización, con la presión asistencial, la escasa protocolización, la falta de liderazgo en Seguridad del Paciente, y la falta de comunicación e indicadores fiables. No obstante, se muestran predispuestos a las iniciativas de emprendimiento y fomento de la cultura de Seguridad del Paciente y a potenciar la investigación en cuidados.

- En el Área de Salud del Norte de Málaga-Antequera, en 2013, Pozo et al. (182), publicaron *“Evaluación de la cultura de Seguridad del Paciente en el ámbito de un área sanitaria”*, un estudio que trataba de describir el nivel de cultura de Seguridad del Paciente del área de estudio y evaluar las dimensiones mejor y peor valoradas. Al no distinguir entre Atención Primaria y Especializada, se nombrará de forma genérica en este subapartado. De los 247 profesionales de todas las categorías profesionales participantes, elegidos mediante muestra aleatoria, hubo una tasa de respuesta del 71,2%, habiendo un 50% de los profesionales que califican como muy buena la Seguridad del Paciente, un 37% la valora como aceptable y un 7% como excelente. Las dimensiones valoradas como fortalezas son *“Trabajo en equipo dentro de las unidades”* y *“Expectativas y acciones de la dirección”*. Como oportunidades de mejora se presentan las dimensiones *“Respuesta no punitiva a los errores”* y *“Notificación de eventos adversos”*. De este estudio se extrajo que la

cultura de esta población de estudio se encuentra en la media del resto de hospitales internacionales con estudios sobre Seguridad del Paciente y que, en comparación con otros estudios nacionales, la puntuación de la población del área de salud del Norte de Málaga-Antequera era superior a la media.

- En 2014, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicó el informe “*Análisis de la cultura de la Seguridad del Paciente de los profesionales de la Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud*” (183). Dicho informe buscaba determinar la percepción de los profesionales de Atención Primaria sobre las actuaciones encaminadas en pro de la Seguridad del Paciente en su ámbito de trabajo. Para ello, utilizaron como herramienta validada el Cuestionario “*Medical Office Survey on Patient Safety Culture*” traducido al español, mismo cuestionario que se ha utilizado para la presente investigación en el ámbito de la Atención Primaria (184,185), y se administraron a profesionales de Atención Primaria de las 17 Comunidades Autónomas de España tras elegir la muestra mediante un muestreo estratificado monoetápico a nivel nacional. Respecto a los resultados sociodemográficos, hubo un porcentaje de respuesta mayor de mujeres (70,7% de mujeres frente a 29,3% de hombres). La mediana de edad de la población se encontraba en 48 años. Los profesionales médicos puntúan más bajo las dimensiones que el resto de los profesionales, y las dimensiones que se relacionan directamente con el control y seguimiento de pacientes son mejor puntuadas por profesionales de enfermería (183). Del análisis de las respuestas de los profesionales sobre las diferentes dimensiones, se extrajo que la percepción general sobre Seguridad del Paciente era positiva, hallándose que una de las dimensiones peor valoradas era “*Ritmo y carga de trabajo*”. La percepción del sexo femenino fue ligeramente más positiva que la del sexo masculino, siendo las dimensiones “*Comunicación franca*” y

*“Puntuaciones globales de la calidad”*, las únicas puntuadas más positivamente por varones. Se concluye el informe describiendo como puntos fuertes de la Atención Primaria a nivel nacional las dimensiones de la Seguridad del Paciente *“Seguimiento de la atención a los pacientes”*, *“Aprendizaje organizacional”* y *“Trabajo en equipo”* (183).

- Con el título *“Cultura de Seguridad del Paciente en residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Aragón”*, publicaron en 2014 Rodríguez-Cogollo et al. (186) los resultados de un estudio en el que buscaban conocer la cultura de Seguridad del Paciente de 79 médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Aragón. Respecto a los resultados sociodemográficos, la mayoría de los participantes eran mujeres (74,7%). Los residentes mayores valoran peor la Seguridad del Paciente que los residentes pequeños. En cuanto al sexo, solamente 3 dimensiones presentaron diferencias estadísticamente significativas. Los participantes cumplimentaron online el cuestionario *“Medical Office Survey on Patient Safety”*. La calificación de la Seguridad del Paciente fue positiva para el 80% de los participantes, siendo las dimensiones mejor valoradas *“Seguimiento de la atención a los pacientes”* y *“Trabajo en equipo”*, y las peor valoradas *“Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales”* y *“Ritmo y carga de trabajo”*. El artículo concluye señalando que los participantes no han descrito la Seguridad del Paciente como fortaleza en ninguna de sus dimensiones, y destacando la necesidad de mejora en formación de profesionales, ritmo y carga de trabajo y en la relación entre dispositivos asistenciales.
  
- Paranaguá et al. (187), en 2016, publicaron un artículo titulado *“Soporte para aprendizaje en la perspectiva de la Seguridad del*

*Paciente en la Atención Primaria de Salud*”, en el que analizaban la perspectiva sobre Seguridad del Paciente y el soporte para aprender sobre este ámbito en 86 profesionales de Atención Primaria que desempeñaban su función asistencial en la región de Goiânia, en Brasil. Los resultados sociodemográficos de este estudio fueron una población con edad media de 36,5 años y un predominio de participación de los profesionales de enfermería (44,2%). En materia de Seguridad del Paciente, los profesionales que refirieron haber recibido formación específica fueron el 11,6%, presentándose solo un 14% de profesionales que habían sido entrenados específicamente en Seguridad del Paciente en su área de desempeño asistencial y un 88,4% que negaban ningún tipo de formación en esta área. Los profesionales calificaron favorablemente la autogestión del trabajo y el respeto mutuo, pero afirmaban no tener tiempo para el aprendizaje sobre la temática del estudio. Estas respuestas pueden asociarse a la sobrecarga de trabajo asistencial. Se extrae del estudio que no basta con promover el aprendizaje sobre Seguridad del Paciente, sino que es preciso ofrecer soporte, evaluar resultados de aprendizaje y verificar que se optimiza el tiempo invertido en este proceso de aprendizaje sobre Seguridad del Paciente.

- En Galicia, en 2017, Portela et al. (188), llevaron a cabo un estudio para conocer la percepción de los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia sobre Seguridad del Paciente, titulado *“La cultura de Seguridad del Paciente en los Médicos Internos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia”*. De las 7 unidades docentes que componen la Formación Sanitaria Especializada en Galicia en la especialidad MIR de Medicina Familiar y Comunitaria, se incluyeron 182 residentes participantes. Del estudio se extrajo que las dimensiones consideradas como fortalezas fueron *“Aprendizaje organizacional”* y *“Trabajo en equipo”*,

siendo las debilidades las dimensiones “*Aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente y calidad*”, “*Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales*” y “*Ritmo y carga de trabajo*”. Los residentes de 1º año puntúan, en general mejor que los de 4º año la Seguridad del Paciente.

- Camacho et al. (189), en 2018 publicaron los resultados de Cultura de Seguridad del Paciente en enfermeros de Atención Primaria, un estudio llevado a cabo en 2015 sobre la cultura de Seguridad del Paciente de los profesionales de enfermería de 4 instituciones de Atención Primaria en Bucaramanga (Colombia). Utilizando una traducción del cuestionario “*Medical Office Survey on Patient Safety*” (mismo cuestionario utilizado en la presente investigación), llevaron a cabo un estudio correlacional en una muestra de 41 profesionales de enfermería. Se obtuvieron, a nivel sociodemográfico, una población con una media de edad de 31 años y con un tiempo medio de trabajo en Atención Primaria de entre 1 y 3 años. Respecto a las dimensiones de Seguridad del Paciente, no se obtuvo ninguna de ellas como fortaleza o debilidad, ya que las puntuaciones globales se encontraban entre el 60% y el 75%. La puntuación global de Seguridad del Paciente fue de 51,21%, siendo mayores las puntuaciones otorgadas por mujeres que por hombres. El estudio concluye aclarando que, pese a no describirse ninguna dimensión como fortaleza ni debilidad, la puntuación global es buena, siendo los profesionales de mayor edad, mayor antigüedad y jornada laboral, los que mejor puntúan. La misma autora de este estudio, Camacho et al. (190), dos años más tarde, publicó otro artículo, Medición de la cultura de Seguridad del Paciente en profesionales de salud de Atención Primaria. Hacia la Promoción de la Salud, en el que realizó otra medición similar en la misma población, utilizando el mismo instrumento, pero en el año 2017. Las diferencias más llamativas entre el estudio de 2015 y de 2017 fueron que, igualmente

no se podía describir ninguna dimensión como fortaleza o debilidad, pero sí que la puntuación media global de Seguridad del Paciente descendió a 45%, concluyendo este estudio señalando la necesidad de implementar planes de mejora en esta área.

- ❁ El artículo “*Percepción de la cultura de Seguridad del Paciente en enfermeros de Atención Primaria*” fue publicado en 2020. Se trata de un estudio que describe la percepción sobre Seguridad del Paciente de 201 enfermeros y enfermeras de la provincia de Almería. Empleando el cuestionario “*Medical Office Survey on Patient Safety Culture*”, se obtuvo como resultados una percepción global positiva sobre Seguridad del Paciente en todas las dimensiones excepto en “*Comunicación sobre el error*”, “*Seguimiento de la atención a los pacientes*”, “*Comunicación franca*” y “*Ritmo y carga de trabajo*”. La dimensión mejor puntuada es “*Trabajo en equipo*”. Se extrae del estudio que se debe mejorar el intercambio de información entre profesionales, así como fomentar un clima de aprendizaje y dialogo de errores para buscar ese entorno de seguridad que los profesionales buscan, a través del deseo manifiesto de mejora de atención a los pacientes (191).
  
- ❁ Macedo et al. (192) publicaron en 2020 el artículo “*Culture of Patient Safety in Primary Health Care in a large municipality in the perception of workers*”, que recogía, mediante un cuestionario autoadministrado, la percepción sobre Seguridad del Paciente de 550 trabajadores de Atención Primaria de una ciudad de gran tamaño en Paraná (Argentina). Respecto a los resultados sociodemográficos obtenidos, la mayor parte de la población participante fueron mujeres (83,5%). El 78,7% del total de la población de estudio referían no haber recibido formación en Seguridad del Paciente. Las dimensiones de la Seguridad del

Paciente identificadas como problemáticas por los trabajadores fueron fallos en la disponibilidad de historias clínicas, y falta de asistencia del paciente a consulta. Respecto al apoyo de gerencia, solo se obtuvo un 38,3% de respuestas positivas. La puntuación global sobre Seguridad del Paciente es positiva en el 79% de los participantes, siendo, por otro lado, las áreas con valoraciones más negativas las de “*proceso de trabajo*”, “*comunicación y seguimiento*” y “*apoyo de gerencia*”. Se evidencia así la necesidad de mejorar la cultura de Seguridad del Paciente a nivel de Atención Primaria en la muestra estudiada.

- En 2021, en Ferrol (Galicia), se llevó a cabo un estudio realizado por Castro et al. (193) en Atención Primaria con el fin de conocer la cultura de Seguridad del Paciente de una población de trabajadores sanitarios de cara a la implantación de SiNASP. De los resultados de este estudio, se obtuvo una tasa de respuesta del 60,8% de la población, de la cual los grupos más numerosos eran médicos/as y enfermeros/as, siendo, a nivel sociodemográfico, una población bastante heterogénea. De esta población, el 67,1% consideraban imprescindible la Seguridad del Paciente, llegando al 94,7% el porcentaje de sanitarios que abogaba por la importancia de notificar eventos adversos, y llegando al 97,3% el porcentaje de profesionales que consideraban que ocurrían errores en la Seguridad del Paciente. Pese a esta incuestionable cultura sobre Seguridad, el 90,8% admitió no haber utilizado nunca la herramienta de notificación de errores SINASP, señalando el 35,4% de ellos barreras a la hora de notificar mediante esta herramienta.

- En 2022, fue publicado en la revista Enfermería Global un artículo llamado “*Avaliação da cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde*”, escrito por Dos Santos-Bezerril et al. (194) , en

el que se analizó la cultura de Seguridad del Paciente en un área de Atención Primaria de Salud del nordeste de Brasil. La muestra fueron 29 profesionales de la salud del Distrito Sanitario Norte I de la región anteriormente citada. Se les administró el cuestionario *“Medical Office Survey on Patient Safety Culture”*. Respecto a los datos sociodemográficos obtenidos, el grueso de la población fueron mujeres (72,4%), la mayoría de la población se encontraba en el rango etario entre 30-50 años y trabajan en la unidad la mayoría más de 4 años (41,4%). Llama la atención que solo el 10,3% habían recibido algún tipo de formación sobre Seguridad del Paciente. De las respuestas de los profesionales sobre las dimensiones de la Seguridad del Paciente, no se objetiva ninguna dimensión como fortaleza, por tanto, se concluye el estudio recomendando aplicar medidas para implementar mejoras en materia de Seguridad del Paciente.

- Escandell et al. (195), en 2022, publicaron *“Percepción de la cultura de Seguridad del Paciente en las enfermeras de Atención Primaria”*. En el estudio buscaban conocer la percepción de las enfermeras de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud Español sobre los factores que condicionaban o influían en la Seguridad del Paciente. Con una muestra intencional de 13 enfermeras, se llevó a cabo un diseño de investigación cualitativo, donde los resultados obtenidos fueron los factores que los profesionales identifican como asociados a la Seguridad del Paciente, que se corresponden con las dimensiones de Seguridad del Paciente descritas en el resto de los estudios de metodología cuantitativa. El estudio concluye destacando la necesidad de concienciar en Seguridad del Paciente para evitar riesgos innecesarios que pudieran acarrear consecuencias indeseadas.

### 3.7. ESTUDIOS PREVIOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

En este apartado, se repasan estudios previos, realizados en Atención Especializada, para conocer el estado de la cuestión de estudio en otras poblaciones diferentes a la población de nuestra investigación. Al igual que se indicaba en el caso de Atención Primaria, no se han encontrado estudios anteriores en nuestra población de estudio:

- En 2006, el Ministerio de Sanidad y Consumo hizo público el informe *“Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005”*. En el estudio se determinó la incidencia de efectos adversos ligados a la hospitalización en los hospitales españoles, se trató de describir, tanto las causas de los efectos adversos como el impacto de estos. Para ello se recogieron datos de historias clínicas de pacientes de 24 hospitales de España. Entre los resultados más relevantes del informe, un 32% sufrieron posibles efectos adversos. Se detectó una incidencia de efectos adversos durante la hospitalización del 9,3%. El 17,7% de los pacientes acumuló más de un efecto adverso derivado de la asistencia hospitalaria. En el grupo estudiado, se identificaron 655 efectos adversos, de los cuales el 45% fueron leves, el 39% moderados y el 16% graves. Respecto a las consecuencias de los efectos adversos, el 31,4% tuvieron como consecuencia inmediata un aumento del tiempo de hospitalización, y el 24,4% condicionó el ingreso debido al evento adverso. Respecto a las consecuencias de procedimientos, el 66,3% precisó algún procedimiento adicional debido al efecto adverso y el 69,9% precisó tratamientos adicionales. De todos estos efectos adversos, se concluyó que el 42,8% fueron evitables, lo cual nos lleva, una vez más a señalar los efectos adversos como una “epidemia silenciosa”, instando a las autoridades competentes en Salud Pública a convertir la Seguridad del Paciente en una prioridad (10).

Saturno et al.(122) en 2008, publicaron *“Análisis de la cultura sobre Seguridad del Paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español”*. En 24 hospitales españoles, se distribuyó un cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes con el fin de conocer el clima y la cultura de Seguridad del Paciente de los profesionales sanitarios. Con una tasa de respuesta del 40%, se contó con una muestra de 2503 encuestas. A nivel sociodemográfico, el grupo profesional que mayor participación tuvo fue enfermería (61,1%), y el 80% de los encuestados trabajaba en su respectivo hospital más de 6 años. Respecto al clima de Seguridad del Paciente, la calificación media es de 7. En cuanto a eventos relacionados con la Seguridad del Paciente, el 77,8% declaró no haber notificado ninguno, y solo el 5% había notificado más de dos eventos adversos. Tras el análisis de las respuestas sobre las diferentes dimensiones de la Seguridad del Paciente, no se identificó ninguna dimensión como fortaleza, aunque destacan por su puntuación positiva *“Trabajo en equipo dentro de las unidades/servicios”* y *“Acciones de la dirección/supervisión de la unidad o servicio que promueven la seguridad”*. Como debilidad se identificó la dimensión *“Dotación de personal”*, presentándose como oportunidad de mejora *“Trabajo en equipo entre unidades o servicios”*, *“Percepción de seguridad”* y *“Apoyo de la Gerencia en la seguridad del paciente”*. El artículo recoge que se percibe una percepción de la Seguridad del Paciente más negativa en los hospitales grandes que en los hospitales pequeños. Respecto a grupos profesionales, destacan por su percepción positiva los profesionales de farmacia en la dimensión *“Aprendizaje organizacional/mejora continua”*, y en general, de todas las dimensiones, y los profesionales de UCI en la dimensión *“Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio”*.

En 2013, la revista *Cadernos de Saúde Pública*, publicó el artículo *“Cultura de Seguridad del Paciente y factores asociados en una red*

*de hospitales públicos españoles*". Este estudio trataba de describir la cultura de Seguridad del Paciente en 8 hospitales públicos de la Región de Murcia. Se seleccionaron profesionales sanitarios de dichos hospitales y se recogieron, tanto variables sociodemográficas, como las respuestas del cuestionario "*Hospital Survey on Patient Safety Culture*", validado, traducido y el mismo cuestionario que se ha utilizado para la presente investigación en el ámbito de la Atención Especializada, sobre las dimensiones que componen la Seguridad del Paciente. Con una muestra final de 1113 encuestas cumplimentadas, la categoría profesional con mayor tasa de respuestas es enfermería (62,3%), seguidos de medicina (30,8%). De los participantes, cabe destacar que más del 70% tenían una antigüedad superior a 5 años en el hospital. La calificación media de Seguridad del Paciente es de 7,3. Entre las dimensiones que se consideraron fortalezas o debilidades, "*Trabajo en equipo en la misma unidad o servicio*" y "*Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad o servicio que favorecen la seguridad*" obtuvieron las calificaciones más altas sin poder considerarse ninguna fortaleza. Sin embargo, la dimensión "Dotación de personal" si pudo describirse como debilidad. Las dimensiones que se presentaron como oportunidad de mejora fueron "*Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente*", "*Percepción de seguridad*" y "*Trabajo en equipo entre unidades/servicios*" (33). En cuanto a la influencia de las variables sociodemográficas en las dimensiones, las únicas dimensiones que no tienen significación estadísticamente significativa son "*Percepción de seguridad*" y "*Respuesta no punitiva a los errores*". El estudio concluye declarando a los servicios quirúrgicos, farmacia y la profesión de enfermería como factores fuertemente asociados a la percepción positiva de la Seguridad del Paciente y señalando la necesidad de atender a la dotación de personal y fomentar la coordinación entre servicios, instando a tener una actitud pro-Seguridad del Paciente por parte de los gestores (33).

- ❁ “*Avaliação da cultura de Segurança do Paciente na organização hospitalar de um hospital universitário*” es el título de un artículo publicado por Pinheiro et al. (196) en 2017. En él, se muestran los resultados de una investigación en la que se buscaba conocer la cultura de Seguridad del Paciente de los profesionales de enfermería en un hospital público de 233 camas en Rio de Janeiro (Brasil). A nivel sociodemográfico, del estudio se extrae que la mayor parte de los participantes fueron mujeres (82,09%) y que la media de edad fue de 44,3 años. Respecto a la Seguridad del Paciente, los profesionales señalaron falta de apoyo por parte de los gestores en relación con la Seguridad del Paciente, al igual que tampoco perciben por parte de la dirección la iniciativa de implementar acciones que prioricen la Seguridad del Paciente. Entre unidades tampoco perciben buena relación cuando se les preguntó por la dimensión “*Trabajo en equipo dentro de las unidades*”, lo que concuerda con la valoración de la dimensión “*Cambios de guardia/turno y transferencia dentro de las unidades*”, dimensión que muestra el compromiso y cuidado en la transferencia de pacientes. Estos resultados abren un diálogo entre gestores y profesionales con el fin de mejorar el clima de Seguridad del Paciente en la población estudiada (196).
  
- ❁ En 2020 se publicó el artículo “*Análisis de la cultura de Seguridad del Paciente en un hospital universitario*”, en el que se analizó la percepción de Seguridad del Paciente de los profesionales del Hospital Universitario San Juan de Alicante, hospital de tercer nivel con una capacidad de 352 camas, donde, tras obtener una tasa de respuesta del 35,36%, se obtuvo una calificación global media de la Seguridad del Paciente de 7. No se pudo describir ninguna dimensión del cuestionario como fortaleza, pero destacaron

positivamente las dimensiones “*Expectativas y acciones de la dirección/supervisión que favorecen la seguridad*” (67%) y “*Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio*” (64,6%). Si que se identificaron dos dimensiones como debilidad, y éstas fueron “*Dotación de personal*” (60,1%) y “*Apoyo de la gerencia del hospital a la Seguridad del Paciente*” (58,3%). La dimensión “*Problemas en cambios de turno y transición entre servicios*”, pese a no poder considerarse debilidad, también fue puntuada negativamente (48,6%). En el artículo de Mella et al. (197) destacan los profesionales de farmacia con la percepción más positiva y como el servicio más implicado, así como los celadores con las percepciones más negativas. El personal médico y de enfermería destacó en las dimensiones “*Aprendizaje organizacional/mejora continua*” y “*Trabajo en equipo en la unidad/servicio*”. Los servicios médicos reportan mayor número de fortalezas en Seguridad del Paciente que los servicios quirúrgicos, siendo estos últimos, junto con los servicios de cuidados intensivos, los que mayor número de debilidades presentaron.

Pese a que hay numerosas investigaciones sobre cultura de Seguridad del Paciente, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, con las anteriormente expuestas queda de manifiesto el panorama actual y, de forma isómera, la percepción de los profesionales de otros entornos sanitarios, a fin de poder tener una visión general de cara a comparar con nuestros resultados de investigación.

## **CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DEL CONTEXTO.**

El Servicio Murciano de Salud, según la Orden del 24 de abril de 2009 de la Conserjería de Sanidad y Consumo, se establece el mapa sanitario de la Región de Murcia, definiendo 9 Áreas de Salud (198):

- Área I – Murcia Oeste.
- Área II – Cartagena.
- Área III - Lorca.
- Área IV – Noroeste.
- Área V – Altiplano.
- Área VI – Vega Media del Segura.
- Área VII – Murcia Este.
- Área VIII – Mar Menor.
- Área XI – Vega Alta del Segura.

Este estudio se ha realizado en el Área IX – Vega Alta del Segura, del Servicio Murciano de Salud, que seguidamente pasamos a describir.

### **4.1. ÁREA IX – VEGA ALTA DEL SEGURA. SERVICIO MURCIANO DE SALUD.**

La Vega Alta del Segura es una comarca situada al norte de la Región de Murcia, y con una extensión geográfica de 568 km<sup>2</sup>. Formada por los municipios de Cieza, Abarán y Blanca, juntas componen el Área IX – Vega Alta del Segura del Servicio Murciano de Salud (Figura 10) (199,200).



Tras este cambio organizacional, el Área de Salud quedó configurada por cuatro Zonas Básicas de Salud y un hospital de referencia (Tabla 6), contando con la siguiente estructura física (200,202):

- Hospital de referencia: Hospital de la Vega Lorenzo Guirao.
- Centros de Salud: Cieza Este, Cieza Oeste, Abarán y Blanca.
- Consultorios: La Hoya del Campo, San José Artesano, Estación de Blanca.
- Unidad de Salud Mental y Centro de Atención a la Drogodependencia.
- Unidad de Cuidados Paliativos.
- Unidad de Atención Domiciliaria (ESAD).
- Servicios de Urgencias de Atención Primaria: SUAP Cieza y SUAP Abarán.
- Punto de Atención Continuada: PAC Blanca.

**Tabla 6**

Estructura del Área IX – Vega Alta del Segura por Zonas Básicas de Salud.

Estructura del Área IX por Zonas Básicas de Salud		
Zona Básica de Salud	Centro de Salud	Nº Habitantes
60	Abarán	13022
63	Cieza Este	16654
69	Cieza Oeste	18629
70	Blanca	6569

Nota: Elaboración propia a partir de los datos de la Web del Centro Regional de Estadística (202).

En cuanto al Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, se trata de un hospital de nivel 2, conformado físicamente por un único edificio de 3 plantas, con 172 camas de capacidad. La organización por plantas es la siguiente:

- Planta 0: Recepción, consultas externas, despachos y gerencia, cafetería y servicio comunes, rehabilitación, resonancia magnética, farmacia y servicios generales.
- Planta 1: Urgencias, quirófano y reanimación, radiodiagnóstico, laboratorio, diálisis y consultas externas.
- Planta 2: Hospitalización médica y sociosanitaria.

 Planta 3: Hospitalización quirúrgica, endoscopias y hospital de día (200).

Al ser un hospital de nivel 2, depende de otros hospitales de referencia como el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Área I) o el Hospital General Universitario José María Morales Meseguer (Área VI) para especialidades como Unidades de Cuidados Intensivos, Maternidad, Cirugía Cardiovascular y Neurocirugía, entre otras (200).

## **CAPÍTULO 5: JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.**

Una vez revisada la evidencia científica disponible sobre la cuestión de estudio, repasaremos los hallazgos más significativos que motivan y justifican la realización de la presente investigación.

Tras la publicación del informe “*Errar es humano*” (4), quedaron expuestos públicamente ante los ojos de la sociedad los errores derivados de la atención sanitaria, así como la magnitud y gravedad del problema. Se evidenciaron fallos humanos y de proceso en los diferentes niveles de la atención sanitaria, no quedando ningún nivel asistencial exento de crítica. Tal fue la magnitud de este informe y de los datos que reportaba, que a nivel mundial se inició un movimiento en pro de la seguridad ligada a la asistencia sanitaria (6).

Fue en 2004 cuando se fundó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, y la Organización Mundial de la Salud comenzó su andadura en este ámbito, instando a los países miembro a brindar una asistencia sanitaria segura (90).

Tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, se comenzaban a estudiar las variables sociodemográficas de los trabajadores sanitarios que presentaban influencia en la Seguridad del Paciente, las diferentes dimensiones que componen la Seguridad del Paciente, y la relación entre los procesos sanitarios, la gestión asistencial y la asistencia segura. Se hizo necesario aprender a monitorizar la seguridad en procesos asistenciales, para lo cual, fue fundamental comprender la seguridad en otros procesos técnicos no sanitarios con cierta similitud al ámbito sanitario como son la aviación y la energía nuclear (174,175).

A nivel mundial, se fundaron organismos encargados de velar por la Seguridad del Paciente, y se comenzaron a organizar reuniones, directrices y protocolos de actuación para cumplir con la normativa de la Organización Mundial de la Salud. Son ejemplos de estos cambios en el panorama sanitario la

fundación del Joint Commission International Center for Patient Safety (92), la Declaración de Luxemburgo de 2005 (100), la Patient Safety Movement Foundation (105), el sistema SENSAR (119) o los protocolos nacionales Bacteriemia Zero (13) o ITU Zero (135).

Pese a que la alarma social fue desencadenada por el informe *“Errar es humano”* (4), posterior a la publicación de este, en todas las partes del mundo se han ido realizando estudios para tratar de monitorizar en diferentes entornos y niveles sanitarios, tanto la cantidad de eventos adversos, como la percepción y cultura de los profesionales sanitarios sobre la Seguridad del Paciente en sus propios entornos asistenciales (9,10,180).

En el ámbito de Atención Primaria, cabe destacar el estudio APEAS, llevado a cabo por el Ministerio de Sanidad en 2008, que mostró el estado de la Seguridad del Paciente en la Atención Primaria a nivel nacional. Aportó una visión global del porcentaje de errores en función de su gravedad, los profesionales implicados, las características sociodemográficas de los profesionales de Atención Primaria y, en definitiva, como se encontraba nuestra cuestión de estudio en el panorama español en 2008 (180).

En estudios posteriores, tanto a nivel nacional como internacional, se seguían poniendo de manifiesto cuestiones reseñables como la falta de formación en materia de Seguridad del Paciente percibida por los profesionales y las dimensiones de la Seguridad del Paciente peor valoradas por los profesionales sanitarios asistenciales. También quedó de manifiesto la predisposición de los profesionales de la salud para la mejora continua y la atención sanitaria segura y de calidad (181,183,187,190).

En Atención Especializada, los estudios previos revisados señalan, generalmente, que es más frecuente que los profesionales perciban dimensiones de la Seguridad del Paciente como debilidad que como fortalezas. El estudio ENEAS 2005 arrojó datos sobre la incidencia de eventos adversos que nos hace reflexionar sobre la necesidad de priorizar la Seguridad del Paciente, ya que, de la muestra obtenida de 24 hospitales españoles, se identificó que un 32% de las

historias clínicas revisadas sufrieron posibles eventos adversos, siendo de todos, el 42,8% evitables (10).

El resto de los estudios de cultura de Seguridad del Paciente en Atención Especializada, pese a señalar de media, la puntuación global sobre Seguridad del Paciente en un 7 sobre 10, no identifican ninguna dimensión como fortaleza, aunque suelen señalar las dimensiones que tienen mejores puntuaciones que se acercan a poder ser calificadas como fortaleza. Sin embargo, la dimensión “*Dotación de personal*” coincide en la mayoría de los estudios como debilidad, junto con otras dimensiones que se presentan como oportunidades de mejora (33,122,197).

En base a lo anteriormente expuesto, y teniendo en consideración la magnitud del problema que supone la falta de Seguridad del Paciente a nivel mundial, se decidió investigar el estado de la Seguridad del Paciente en un Área de Salud concreta. El área seleccionada fue el Área IX - Vega Alta del Segura del Servicio Murciano de Salud (200). El motivo de elección de esta Área fue la vinculación profesional, durante los años de estudiante del Grado en Enfermería, y desde hace 7 años, profesionalmente, tanto en el Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, como en los diferentes centros de Atención Primaria del Área.

Previo al inicio del proceso de investigación, evidenciamos que no existía ningún estudio previo sobre percepción de profesionales sobre Seguridad del Paciente en el Área, ni a nivel de Atención Primaria ni a nivel de Atención Especializada, pese a ser un Área que ha crecido exponencialmente en los últimos años y que atiende a un importante volumen de pacientes con unas características sociodemográficas y clínicas bastante variadas.

Entendiendo la Seguridad del Paciente como un requisito ineludible de la asistencia sanitaria, y siendo conocedores de la complejidad de comprender los factores y dimensiones de la Seguridad del Paciente, así como las múltiples variables sociodemográficas vinculadas, y la variabilidad de la influencia de estas en la cuestión de estudio, trataremos de averiguar la percepción sobre Seguridad del Paciente de los profesionales sanitarios que decidan participar voluntariamente. El fin es describir las variables sociodemográficas de la

población de estudio, dimensiones de la Seguridad del Paciente que suponen fortalezas o debilidades, para obtener una visión global de la situación del tema de estudio en el Área de Salud donde desempeño mi función asistencial, tratando así de contribuir a mejorar la calidad de la asistencia que se le brinda a los pacientes del Área IX - Vega Alta del Segura del Servicio Murciano de Salud.



## **BLOQUE II: OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO**



## **CAPÍTULO 1: OBJETIVOS DEL ESTUDIO.**

En el siguiente capítulo, y en base a lo expuesto en el bloque anterior, se formula el objetivo principal de la investigación, del cual, derivan el resto de los objetivos específicos.

### **1.1. OBJETIVO GENERAL.**

El objetivo general de este estudio ha sido describir la percepción sobre la Seguridad del Paciente de los profesionales sanitarios que desempeñan su labor asistencial en el Área IX – Vega Alta del Segura del Servicio Murciano de Salud.

### **1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

-  Detallar la percepción general de los profesionales sobre las dimensiones de Seguridad del Paciente incluidas en la herramienta administrada, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, en función de las siguientes variables sociodemográficas:
  - Sexo.
  - Edad.
  - Categoría profesional.
  - Antigüedad ejerciendo la profesión.
  - Antigüedad trabajando en el centro.
  - Antigüedad en el servicio.
  - Lugar de trabajo (en el caso de Atención Especializada).

- Examinar la relación entre la notificación de eventos adversos, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, mediante SiNAPS y las siguientes variables sociodemográficas:
  - Sexo.
  - Edad.
  - Categoría profesional.
  - Antigüedad ejerciendo la profesión.
  - Antigüedad trabajando en el centro.
  - Antigüedad en el servicio.
  - Lugar de trabajo (en el caso de Atención Especializada).
  
- Analizar la correlación entre las diferentes dimensiones que componen el cuestionario, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada.

## CAPÍTULO 2: HIPÓTESIS DEL ESTUDIO.

En palabras de Creswell et al. (203), las preguntas de investigación analizan la relación entre las variables que el investigador trata de comprender. Las hipótesis en investigación serían las predicciones propias del investigador sobre como espera que se relacionen entre si las variables de estudio.

Aunque, generalmente, en los estudios descriptivos no suelen aparecer hipótesis de investigación, ya que son más propias de los correlacionales, se han formulados las siguientes hipótesis descriptivas, con el fin de emitir proposiciones del valor de las variables que se van a observar en la presente investigación (204):

- La percepción sobre Seguridad del Paciente de los profesionales sanitarios del Área IX – Vega Alta del Segura del Servicio Murciano de Salud es, en general, positiva.
- La percepción sobre Seguridad del Paciente de los profesionales sanitarios mejora conforme aumenta el tiempo de antigüedad trabajando en el área, posiblemente relacionado con el mejor conocimiento de protocolos de seguridad del Área.
- Los profesionales sanitarios perciben de forma subjetiva con carácter punitivo el hecho de cometer o notificar errores relacionados con la Seguridad del Paciente.





## **BLOQUE III: MARCO METODOLÓGICO**



## **CAPÍTULO 1: MATERIAL Y MÉTODO.**

Este capítulo describe el material y métodos utilizados en un estudio cuantitativo para analizar la percepción sobre cultura de Seguridad del Paciente desde la perspectiva de los profesionales del Área IX – Vega Alta del Segura del Servicio Murciano de Salud.

### **1.1. REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS.**

En el momento de iniciar una investigación, independientemente de su naturaleza, es imprescindible conocer la evidencia científica disponible sobre el tema de estudio, los avances y las carencias de la temática. Para la contextualización de cualquier tema de estudio se hace necesario consultar la bibliografía disponible.

En el caso de este estudio, como no podía ser de otro modo, fue necesario realizar una búsqueda bibliográfica, tanto para contextualizar el tema, como para comprender los orígenes del tema actual, así como para dilucidar los avances del tema desde diferentes puntos de vista. Se considera, por tanto, de especial importancia el marco de referencia, punto de partida de la investigación.

Como enuncia Mousalli-Kayat (205), la revisión exhaustiva de la bibliografía brinda al investigador los elementos necesarios para definir conceptualmente el fenómeno de estudio, así como sus variables, identificando condiciones que pudieran repercutir en él, orientando el diseño metodológico a una mejor obtención de los resultados y adquiriendo así, unos cimientos sólidos sobre los cuales, continuar construyendo conocimiento sobre el tema de estudio.

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica, se utilizaron descriptores DeCs y MeSh, generando, junto con el uso de los operadores booleanos AND, OR, NOT, ecuaciones de búsqueda, que fueron introducidas en diferentes bases de datos.

A continuación, se agrupan los descriptores más utilizados durante la búsqueda bibliográfica (Tabla 7):

**Tabla 7**

Descriptores empleados en la búsqueda bibliográfica.

Descriptores empleados en la búsqueda bibliográfica	
DeCs	MeSh
Pausa de Seguridad en la Atención a la Salud	Time Out, Healthcare
Investigación en Enfermería Clínica	Clinical Nursing Research
Investigación en Enfermería	Nursing Research
Seguridad del Paciente	Patient Safety
Cultura	Culture
Conocimiento	Knowledge
Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud	Health Knowledge, Attitudes, Practice
Enfermería	Nursing
Errores Médicos	Medical Errors
Errores de Medicación	Medication Errors
Near Miss Salud	Near Miss, Healthcare
Salud Pública	Public Health
Calidad de la Atención de Salud	Quality of Health Care

Nota: Elaboración propia.

## 1.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Podemos definir como diseño de investigación la estructura o guía utilizada para la planificación, implementación y análisis de un estudio, o, dicho de otra forma, es la forma en la que damos respuesta a la pregunta de investigación o hipótesis (206).

El diseño de investigación elegido para la elaboración de la tesis doctoral se ha basado en la metodología cuantitativa, metodología surgida de las ciencias empíricas, de naturaleza objetiva y deductiva. Como indica Babativa (207), esta metodología nace como producto de procesos experimentales medibles y busca generalizar, mediante inferencias estadísticas, las relaciones de causalidad entre fenómenos estudiados.

Dentro de la metodología cuantitativa, el diseño llevado a cabo es descriptivo, correlacional y, a nivel de desarrollo cronológico, transversal.

En base a las clasificaciones de los estudios metodológicos que hace Mousalli-Kayat (205), estas serían las categorías anteriormente citadas:

- ❶ **Descriptivo:** estudio que pretende caracterizar o definir los rasgos más característicos de un fenómeno, especificando propiedades y atributos del fenómeno sometido a análisis, sin buscar relacionar correlación entre variables. Este tipo de estudio, para algunos autores, se considera el primer paso de cara a continuar con investigaciones más profundas (205).
- ❷ **Correlacional:** estudio que busca establecer la intensidad o el sentido en que se relacionan dos o más variables estudiadas. Este tipo de estudio describe si existe relación entre dos fenómenos o variables (descriptivo) y, además, evalúa el grado de asociación, así como la vinculación entre éstas. Dichas correlaciones son la respuesta a hipótesis que se someten a prueba mediante estudios estadísticos (estadística inferencial). Es importante destacar que la correlación entre variables no es sinónimo de causalidad, ya que no es el objetivo de este tipo de estudio (205).
- ❸ **Transversal:** estudio en el cual los datos se recogen en un momento puntual, con la finalidad de describir o caracterizar un fenómeno. Una de las principales ventajas de este tipo de diseños es que se evitan pérdidas o cambios relacionados con la evolución temporal de los sujetos (abandonos, muertes, cambios madurativos, etc.) (205).

### 1.3. POBLACIÓN DE REFERENCIA.

En este apartado, se define la población diana, población de estudio, así como los criterios de inclusión y exclusión.

#### 1.3.1. POBLACIÓN DIANA.

La población diana se define como el grupo poblacional en el que se decide llevar a cabo un determinado estudio, delimitado generalmente por características clínicas, demográficas, sociales, laborales, etc. (208).

La población elegible fueron todos los profesionales sanitarios vinculados laboralmente a los centros sanitarios del Área IX – Vega Alta del Segura del Servicio Murciano de Salud que cumplieran los criterios de selección, especificados en el siguiente punto.

En la fase de preparación del estudio, se obtuvo una aproximación de los trabajadores, es decir, de la población diana, mediante la solicitud de datos de profesionales activos a la Supervisión de Personal del Área de Salud.

Del mismo modo, se solicitó al Director Gerente del Área IX – Vega Alta del Segura del Servicio Murciano de Salud permiso para acudir a los diferentes centros a recoger datos de los profesionales, se explicó el motivo de estudio y se obtuvo el permiso por escrito, firmado por el Director de Enfermería del Área IX – Vega Alta del Segura (adjunto en Anexo 2).

En base a los datos proporcionados por la gerencia del Área IX – Vega Alta del Segura, la población diana de Atención Primaria eran 148 profesionales, los cuales se reducían a 125 aplicando los criterios de inclusión. Por otro lado, la población diana de Atención Especializada eran 415 profesionales, los cuales se reducían a 325 aplicando los criterios de inclusión.

N Atención Primaria = 125

N Atención Especializada = 325

### **1.3.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN.**

A continuación, se describen y enumeran los criterios de selección empleados en el presente estudio: criterios de inclusión, criterios de exclusión y criterios de eliminación.

#### **Criterios de Inclusión:**

Los criterios de inclusión son las características particulares que debe tener el sujeto para poder ser parte de la investigación (208).

Los criterios de inclusión aplicados en la presente investigación fueron:

- ⊗ Profesional sanitario, con contrato tipo fijo, interino o eventual, adscrito a cualquiera de los centros descritos anteriormente.
- ⊗ Formación mínima de Ciclo Formativo de Grado Medio.
- ⊗ Funciones directamente relacionadas con el trato con el paciente.
- ⊗ Profesionales que deciden libremente participar.

⊗ **Criterios de Exclusión:**

Los criterios de exclusión son las características que presentan los sujetos que pueden alterar o modificar los resultados del estudio, y que, por tanto, los convierten en candidatos no elegibles para el estudio (208).

Los criterios de exclusión aplicados en la presente investigación fueron:

- ⊗ Profesional que desempeñe su actividad en dos centros del Área IX – Vega Alta del Segura (por ejemplo, residentes MIR o EIR). Solamente se recogió un cuestionario, eliminándose duplicidades.
- ⊗ Personal con funciones directas relacionadas con la seguridad del paciente o la gestión.
- ⊗ Profesionales no sanitarios.
- ⊗ Profesionales que no desempeñen su función asistencial en el momento de recogida de los datos (Incapacidad Temporal, excedencia, permisos no retribuidos).
- ⊗ Profesionales que, libremente, decidieron no participar.

⊗ **Criterios de Eliminación:**

Los criterios de eliminación son las características que se pueden presentar durante el desarrollo del estudio, una vez iniciada la investigación, y que modificarían las características o la elegibilidad de los sujetos (208).

Por el tipo de diseño de estudio (transversal) no se han descrito criterios de eliminación, ya que estos se presentan generalmente en estudios longitudinales.

### **1.3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO.**

Hablamos de población de estudio, cuando, tras refinar la población diana, obtenemos el conjunto de la población definida en el estudio, que además es limitado, accesible y formará la muestra de la cual se obtendrán los datos del estudio de investigación (208).

Respecto al tamaño de la muestra, como tal, no es aplicable, puesto que la muestra teórica fue el 100% de la población que cumplía con los criterios de inclusión. En este caso hablamos de tasa de participación, ya que fue de forma libre y no aleatorizada.

### **1.4. ÁMBITO Y PERIODO DEL ESTUDIO.**

El ámbito del estudio fueron el hospital y centros de Atención Primaria y consultorios del Área IX – Vega Alta del Segura del Servicio Murciano de Salud.

Se utilizó una muestra no aleatorizada de los profesionales que trabajan en centros asistenciales de los dos niveles (Atención Primaria y Atención Especializada) del Área IX – Vega Alta del Segura del Servicio Murciano de Salud.

El periodo de recogida de datos fue entre octubre de 2022 y junio de 2023. En los meses previos a la recogida de datos, además de adecuar la herramienta de investigación, añadiendo al cuestionario validado las variables sociodemográficas que se estimaron oportunas en base a estudios previos similares, se solicitó el permiso de la Gerencia del Área IX – Vega Alta del Segura del Servicio Murciano de Salud y de la Dirección de Enfermería. También se acudió a los diferentes centros para dar a conocer a los responsables de estos, donde más tarde se iban a recoger datos, la finalidad del estudio, el tipo de herramienta que se iba a utilizar y poder resolver dudas relacionadas con la fase de estudio de campo. Con esto se trataba de motivar y hacer partícipes a los responsables de los centros sobre la relevancia y pertinencia del estudio.

El proceso de recogida consistió en la autoadministración de cuestionarios a los profesionales en formato papel, y su posterior recogida en sobre individuales, anónimos y cerrados. Posterior a esta fase de recogida, se procedió a clasificar numéricamente los cuestionarios y a codificarlos, generando así la base de datos que se utilizaría más adelante para realizar los análisis estadísticos correspondientes, mediante el uso del programa estadístico SPSS V.28.

## 1.5. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.

### Atención Primaria:

El cuestionario empleado en la población de Atención Primaria se denomina *Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria*. Se trata de la versión española del cuestionario *Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS)*, el cuál fue traducido, validado y adaptado al español en el año 2011. El cuestionario consta de 52 ítems, repartidos en 7 secciones, más la octava sección (datos sociodemográficos), añadidos por el equipo investigador para el presente estudio, que tratan de medir las 12 dimensiones de la Seguridad del Paciente (185,209) (Anexo 3):

-  Sección A: listado de aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente y calidad.
-  Sección B: intercambio de información con otros dispositivos asistenciales.
-  Sección C: trabajando en el centro de salud.
-  Sección D: comunicación y seguimiento.
-  Sección E: apoyo de los líderes.
-  Sección F: en el centro.
-  Sección G: puntuaciones globales.

### Atención Especializada:

El cuestionario empleado en la población de Atención Especializada es el *Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes*. Al igual que en el caso del cuestionario de Atención Primaria, se trata de la versión española del cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety de la Agency for Health Care Research and Quality*, el cual fue traducido y validado en 2005 en un proyecto del Ministerio de Sanidad y Consumo. El cuestionario consta de 42 ítems repartidos en 3 secciones, más la sección sociodemográfica, añadida por el equipo investigador para el presente estudio (184) (Anexo 4):

-  Sección A: su servicio/unidad.
-  Sección B: su hospital.
-  Sección C: comunicación en su servicio/unidad.

## **1.6. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.**

En cuanto a las variables de investigación, cabe destacar que las variables sociodemográficas son similares tanto en el cuestionario de Atención Primaria como en el de Atención Especializada, y que éstas han sido añadidas previamente a la fase de recogida de datos.

A continuación, se muestra en las tablas 8 y 9, el análisis de todas las variables de ambos cuestionarios, con la clasificación y posibles opciones de respuesta.

**Tabla 8**

Análisis de variables del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes.

Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes				
Nº pregunta y sección	Variable	Formulada en positivo o negativo	Escala de medición	Categorías
<b>SECCIÓN A: SU SERVICIO/UNIDAD</b>				
1	El personal se apoya mutuamente.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
2	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
3	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
4	En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
5	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	Negativo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
6	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
7	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	Negativo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
8	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
9	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)

Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes				
Nº pregunta y sección	Variable	Formulada en positivo o negativo	Escala de medición	Categorías
10	(continuación tabla 8) No se producen más fallos por casualidad.	Negativo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
11	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
12	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
13	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
14	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
15	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	Negativo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
16	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
17	En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
18	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
19	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)

Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes				
Nº pregunta y sección	Variable	Formulada en positivo o negativo	Escala de medición	Categorías
20	(continuación tabla 8) Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
21	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
22	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
SECCIÓN B: SU HOSPITAL				
23	La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
24	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	Negativo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
25	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando estos se transfieren de una unidad/servicio a otra.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
26	Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
27	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)

Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes				
Nº pregunta y sección	Variable	Formulada en positivo o negativo	Escala de medición	Categorías
28	(continuación tabla 8) Suele resultar incomodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
29	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
30	La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
31	La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
32	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
33	Surgen problemas de la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (5)
<b>SECCIÓN C: COMUNICACIÓN EN SU SERVICIO/UNIDAD</b>				
34	Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	Positivo	Ordinal	Nunca (1) -> Siempre (5)

Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes				
Nº pregunta y sección	Variable	Formulada en positivo o negativo	Escala de medición	Categorías
35	(continuación tabla 8) Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención del paciente, habla de ello con total libertad.	Positivo	Ordinal	Nunca (1) -> Siempre (5)
36	Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	Positivo	Ordinal	Nunca (1) -> Siempre (5)
37	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	Positivo	Ordinal	Nunca (1) -> Siempre (5)
38	En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	Positivo	Ordinal	Nunca (1) -> Siempre (5)
39	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	Positivo	Ordinal	Nunca (1) -> Siempre (5)
40	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	Positivo	Ordinal	Nunca (1) -> Siempre (5)
41	Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	Positivo	Ordinal	Nunca (1) -> Siempre (5)
42	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	Positivo	Ordinal	Nunca (1) -> Siempre (5)
<b>SECCIÓN D: INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA</b>				
43	Sexo	Positivo	Nominal dicotómica	- Hombre (0) - Mujer (1)
44	Edad	Positivo	Discreta	-

Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes				
Nº pregunta y sección	Variable	Formulada en positivo o negativo	Escala de medición	Categorías
45	(continuación tabla 8) Estado civil	Positivo	Nominal politémica	- Soltero/a (1) - Casado/a (2) - Viudo/a (3) - Divorciado/a (4) - Separado/a (5) - Otros (6)
46	Categoría profesional	Positivo	Nominal politémica	- Médico (1) - Residente MIR (2) - Enfermera (3) - Residente EIR (4) - Fisioterapeuta (5) - TGS (6) - Otros (7) - TCAE (8) - Matrona (9)
47	Nivel de estudios	Positivo	Nominal politémica	- Estudios básicos (1) - Licenciado (2) - TGM (3) - Diplomado (4) - TGS (5) - Máster (6) - Graduado (7) - Doctorado (8)
48	Situación laboral	Positivo	Nominal politémica	- Plantilla-fijo (1) - Interino-vacante (2) - Eventual (3) - Refuerzo (4)
49	Turno de trabajo	Positivo	Nominal politémica	- Mañanas fijas (1) - Tardes fijas (2) - 12h diurno (3) - 12h nocturno (4) - 12h rodado (5) - Rodados otros (6)
50	¿Realiza guardias?	Positivo	Nominal dicotómica	- Si (0) - No (1)
51	Año en que empezó a trabajar	Positivo	Discreta	-
52	Antigüedad en este centro	Positivo	Discreta	-
53	Antigüedad en el servicio	Positivo	Discreta	-
54	Tipo de jornada	Positivo	Nominal dicotómica	- Completa (0) - Parcial (1)

Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes				
Nº pregunta y sección	Variable	Formulada en positivo o negativo	Escala de medición	Categorías
55	(continuación tabla 8) Lugar de trabajo	Positivo	Nominal politómica	- Hospitalización médica (1) - Urgencias (2) - Radiología y pruebas complementarias (3) - Diálisis (4) - Hospitalización quirúrgica (5) - Consultas externas (6) - Laboratorio y farmacia (7) - Rehabilitación (8) - Quirófano y reanimación (9) - Hospital de día (10) - Endoscopias (11) - Dirección, gestión y administración del hospital (12)
56	¿Está en contacto directo con pacientes?	Positivo	Nominal dicotómica	- Si (0) - No (1)
57	¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito (SiNASP)?	Positivo	Discreta	-

Nota: Elaboración propia.

**Tabla 9**

Análisis de variables del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria.

Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria				
Nº pregunta y sección	Variable	Formulada en positivo o negativo	Escala de medición	Categorías
<b>SECCIÓN A: LISTADO DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA CALIDAD</b>				
<b>ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA</b>			<b>Razón</b>	
1A	El paciente no consiguió una cita para consultar un problema de salud agudo en las siguientes 48h.	Negativo	Ordinal	Diariamente (1) -> No lo sé/No procede (7)
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>			<b>Razón</b>	
2A	Se utilizó la historia clínica de otro paciente.	Positivo	Ordinal	Diariamente (1) -> No lo sé/No procede (7)
<b>HISTORIAS CLÍNICAS</b>			<b>Razón</b>	
3A	La historia clínica del paciente no estaba disponible cuando se precisó.	Negativo	Ordinal	Diariamente (1) -> No lo sé/No procede (7)
4A	La información clínica se archivó en la historia clínica de otro paciente.	Positivo	Ordinal	Diariamente (1) -> No lo sé/No procede (7)
<b>EQUIPAMIENTO MÉDICO</b>			<b>Razón</b>	
5A	El equipamiento médico no funcionó adecuadamente, precisaba reparación o sustitución.	Negativo	Ordinal	Diariamente (1) -> No lo sé/No procede (7)
<b>MEDICACIÓN</b>			<b>Razón</b>	
6A	Una oficina de farmacia contactó con el centro o la consulta para clarificar o corregir una prescripción.	Positivo	Ordinal	Diariamente (1) -> No lo sé/No procede (7)
7A	La lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta.	Negativo	Ordinal	Diariamente (1) -> No lo sé/No procede (7)
<b>DIAGNÓSTICOS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS</b>			<b>Razón</b>	

Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria				
Nº pregunta y sección	Variable	Formulada en positivo o negativo	Escala de medición	Categorías
8A	(continuación tabla 9) Los resultados de algunas pruebas de laboratorio o de imagen no estaban disponibles cuando se precisaron.	Negativo	Ordinal	Diariamente (1) -> No lo sé/No procede (7)
9A	Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día.	Negativo	Ordinal	Diariamente (1) -> No lo sé/No procede (7)
<b>SECCIÓN B: INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CON OTROS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES</b>				
1B	Problemas con servicios externos de pruebas complementarias (laboratorio, diagnóstico por imagen...).	Positivo	Ordinal	Diariamente (1) -> No lo sé/No procede (7)
2B	Problemas con otras consultas médicas fuera del centro.	Positivo	Ordinal	Diariamente (1) -> No lo sé/No procede (7)
3B	Problemas con oficinas de farmacia.	Positivo	Ordinal	Diariamente (1) -> No lo sé/No procede (7)
4B	Problemas con hospitales.	Positivo	Ordinal	Diariamente (1) -> No lo sé/No procede (7)
<b>SECCIÓN C: TRABAJANDO EN EL CENTRO DE SALUD</b>				
1C	Cuando alguien tiene trabajo excesivo los compañeros le ayudan.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)
2C	En este centro hay un buen ambiente de trabajo entre los componentes del equipo.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)
3C	En este centro, sentimos que atendemos con prisas a los pacientes.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)

Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria				
Nº pregunta y sección	Variable	Formulada en positivo o negativo	Escala de medición	Categorías
4C	(continuación tabla 9) En este centro se forma a su personal no sanitarios en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.	Negativo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)
5C	En este centro nos tratamos mutuamente con respeto.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)
6C	Tenemos demasiados pacientes asignados para el número de profesionales sanitarios que tiene el centro.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)
7C	En este centro se asegura que el personal no sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.	Negativo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)
8C	Este centro está más desorganizado de lo que debiera.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)
9C	Tenemos procedimientos adecuados para evaluar que el trabajo en el centro se ha realizado correctamente.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)
10C	Al personal no sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.	Negativo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)
11C	Tenemos suficiente personal no sanitario para manejar la carga de trabajo de los pacientes.	Negativo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)
12C	En este centro tenemos problemas con la organización y distribución del trabajo.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)
13C	Este centro promueve el trabajo en equipo para el cuidado de los pacientes.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)

Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria				
Nº pregunta y sección	Variable	Formulada en positivo o negativo	Escala de medición	Categorías
14C	(continuación tabla 9) Este centro tiene demasiados pacientes para hacer frente a todo de forma eficiente.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)
15C	El personal no sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	Negativo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)
16C	Este centro forma a su personal sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)
17C	En este centro se asegura que el personal sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)
18C	Al personal sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)
19C	El personal sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)
<b>SECCIÓN D: COMUNICACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>				
1D	Los profesionales sanitarios del centro son receptivos a las propuestas de mejora de los no sanitarios.	Positivo	Ordinal	Nunca (1) -> Siempre (6)
2D	En este centro, se anima al personal no sanitario a expresar puntos de vista alternativos.	Positivo	Ordinal	Nunca (1) -> Siempre (6)

Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria				
Nº pregunta y sección	Variable	Formulada en positivo o negativo	Escala de medición	Categorías
3D	(continuación tabla 9) El centro recuerda a sus pacientes cuando deben citarse para revisiones o para actividades preventivas.	Positivo	Ordinal	Nunca (1) -> Siempre (6)
4D	El personal no sanitario teme hacer preguntas cuando parece que no está bien.	Positivo	Ordinal	Nunca (1) -> Siempre (6)
5D	En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento.	Positivo	Ordinal	Nunca (1) -> Siempre (6)
6D	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.	Positivo	Ordinal	Nunca (1) -> Siempre (6)
7D	El personal no sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	Positivo	Ordinal	Nunca (1) -> Siempre (6)
8D	Todo el equipo habla abiertamente de los problemas del centro.	Positivo	Ordinal	Nunca (1) -> Siempre (6)
9D	En este centro se hacen revisiones a los pacientes que precisan un seguimiento.	Positivo	Ordinal	Nunca (1) -> Siempre (6)
10D	Es difícil expresar libremente cualquier desacuerdo en este centro.	Positivo	Ordinal	Nunca (1) -> Siempre (6)
11D	En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.	Positivo	Ordinal	Nunca (1) -> Siempre (6)
12D	El personal no sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	Positivo	Ordinal	Nunca (1) -> Siempre (6)

Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria				
Nº pregunta y sección	Variable	Formulada en positivo o negativo	Escala de medición	Categorías
13D	(continuación tabla 9) El personal sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	Positivo	Ordinal	Nunca (1) -> Siempre (6)
14D	El personal sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	Positivo	Ordinal	Nunca (1) -> Siempre (6)
SECCIÓN E: APOYO DE LOS LÍDERES				
1	¿Está usted en una posición de liderazgo con responsabilidad para tomar decisiones en la gestión de los recursos de su centro de salud? (coordinador médico, responsable de enfermería, responsable administrativo)	Positivo	Nominal dicotómica (pregunta filtro)	- Si (continuar en sección F). - No (responder preguntas de la sección E y continuar).
1E	Los responsables de su centro no están invirtiendo suficientes recursos para mejorar la calidad asistencial en este centro.	Negativo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)
2E	Los responsables de su centro pasan por alto los fallos relacionados con la asistencia que ocurren una y otra vez.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)
3E	Los responsables de su centro dan prioridad a los procesos relacionados con la mejora de la atención a los pacientes.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)
4E	Los responsables de su centro a menudo toman decisiones basadas en lo que es mejor para el centro en lugar de lo que es mejor para los pacientes.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)

Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria				
Nº pregunta y sección	Variable	Formulada en positivo o negativo	Escala de medición	Categorías
<i>(continuación tabla 9)</i>				
SECCIÓN F: EN EL CENTRO				
1F	Cuando hay un problema en nuestro centro, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)
2F	Los procesos de nuestro centro son buenos para prevenir fallos que pueden afectar a los pacientes.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)
3F	En este centro se producen fallos con más frecuencia de lo que debieran.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)
4F	Si no cometemos más fallos que afecten a nuestros pacientes, es por casualidad.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)
5F	Este centro modifica sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelvan a ocurrir.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)
6F	En ese centro, es más importante realizar más trabajo que la calidad de la atención.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)
7F	Después de introducir cambios para mejorar la asistencia, comprobamos si funcionan.	Positivo	Ordinal	Muy en desacuerdo (1) -> Muy de acuerdo (6)
SECCIÓN G: PUNTUACIONES GLOBALES				
1G	¿Cómo puntuaría a su centro de salud en cada una de las siguientes dimensiones de la calidad asistencial?			

Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria				
Nº pregunta y sección	Variable	Formulada en positivo o negativo	Escala de medición	Categorías
	(continuación tabla 9) Centrado en el paciente: responde a las preferencias individuales de los pacientes, a sus necesidades y valores.	Positivo	Ordinal	Pobre (1) -> Excelente (5)
	Efectivo: se basa en el conocimiento científico.	Positivo	Ordinal	Pobre (1) -> Excelente (5)
	A tiempo: minimiza esperas y demoras potencialmente perjudiciales	Positivo	Ordinal	Pobre (1) -> Excelente (5)
	Equitativo: Ofrece la misma calidad asistencial a todos los individuos con independencia de su sexo, raza, etnia, nivel socioeconómico, idioma, etc.	Positivo	Ordinal	Pobre (1) -> Excelente (5)
2G	Globalmente, como puntúa el sistema y los procedimientos clínicos que su centro de salud ha puesto en marcha para prevenir, detectar y corregir problemas que potencialmente pueden afectar a los pacientes:	Positivo	Ordinal	Pobre (1) -> Excelente (5)

## SECCIÓN H: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1H	Sexo	Positivo	Nominal dicotómica	- Hombre (0) - Mujer (1)
2H	Edad	Positivo	Discreta	-
3H	Estado civil	Positivo	Nominal politómica	- Soltero/a (1) - Casado/a (2) - Viudo/a (3) - Divorciado/a (4) - Separado/a (5) - Otros (6)

Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria				
Nº pregunta y sección	Variable	Formulada en positivo o negativo	Escala de medición	Categorías
4H	(continuación tabla 9) Categoría profesional	Positivo	Nominal politómica	- Médico (1) - Residente MIR (2) - Enfermera (3) - Residente EIR (4) - Fisioterapeuta (5) - TGS (6) - Otros (7) - TCAE (8) - Matrona (9)
5H	Nivel de estudios	Positivo	Nominal politómica	- Estudios básicos (1) - Licenciado (2) - TGM (3) - Diplomado (4) - TGS (5) - Máster (6) - Graduado (7) - Doctorado (8)
6H	Situación laboral	Positivo	Nominal politómica	- Plantilla-fijo (1) - Interino-vacante (2) - Eventual (3) - Refuerzo (4)
7H	Turno de trabajo	Positivo	Nominal politómica	- Mañanas fijas (1) - Tardes fijas (2) - 17h (15:00h-08:00h) (3) - 24h (4)
8H	Año en que empezó a trabajar	Positivo	Discreta	-
9H	Antigüedad en este centro	Positivo	Discreta	-
10H	Antigüedad en el servicio	Positivo	Discreta	-
11H	Lugar de trabajo	Positivo	Nominal politómica	- CAP (1) - SUAP (2) - PAC (3)
12H	Tipo de jornada	Positivo	Nominal dicotómica	- Completa (0) - Parcial (1)
13H	¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito (SiNASP)?	Positivo	Discreta	-

Nota: Elaboración propia.

## 1.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Cuando se plantea el inicio de una investigación en general, y de una tesis doctoral en particular, el fin último es la búsqueda del conocimiento y la verdad mediante la aplicación del método científico.

Independientemente de la naturaleza de la investigación que se lleve a cabo, hay que cumplir con unos estándares mínimo, imprescindibles en cualquier investigación.

Comenzamos enunciando los principios básicos presentes en cualquier investigación biomédica, los principios bioéticos de Beauchamp y Childress (210):

- ❁ **Principio de autonomía:** obligatoriedad de respetar valores y elecciones personales de cada individuo en las decisiones que le conciernen.
- ❁ **Principio de beneficencia:** obligación de hacer el bien, aunque esto suponga no contar con el consentimiento del paciente en algunas circunstancias.
- ❁ **Principio de justicia:** reparto equitativo de recursos, cargas y beneficios, evitando la discriminación en cuanto al acceso a recursos sanitarios y asistenciales.
- ❁ **Principio de no maleficencia:** consiste en el respeto de la integridad del ser humano, pese a que esto pueda suponer un conflicto en base a la opinión del paciente o a los avances científicos disponibles.

Estos principios enunciados anteriormente, son de obligado cumplimiento teniendo en cuenta que lo que se busca en una investigación es aportar al conocimiento científico actual hallazgos que contribuyan al avance y desarrollo de la ciencia, y de la humanidad. Las normas propias de la investigación no dejan de ser, a fin de cuentas, principios éticos generales aplicados a la investigación. Un ejemplo de estos principios éticos serían los siguientes (211):

- ❁ **Justicia:** dar en cada momento a cada sujeto, sin discriminación, lo que le corresponde.
- ❁ **Tolerancia:** respetar sin juzgar las ideas y convicciones de otros, permitiendo el desarrollo de estas pese a ser opuestas a las propias.
- ❁ **Solidaridad:** vinculación al resto de personas y compromiso para con los demás.

- **Libertad:** derecho universal inherente a las personas.
- **Responsabilidad:** ser consecuente y dar respuesta a las consecuencias derivadas de una acción, sean positivas o negativas.

Del mismo modo, focalizando la actuación deseada, y llevada a cabo en investigación, se han respetado, entre otras, las siguientes normas (212):

- **Revisión independiente de protocolos y literatura disponible:** minimizando o evitando intereses particulares y conflicto de intereses.
- **Sociedad con la comunidad:** planteando la investigación en base a necesidades de la sociedad, buscando darle respuesta.
- **Valor social:** los resultados de la investigación deben promover una mejora a nivel social.
- **Validez científica:** aplicando la metodología científica adecuada, pruebas estadísticas pertinentes y emitiendo unos resultados oportunos.
- **Selección justa de sujetos de estudio:** se debe evitar la explotación de grupos vulnerables. En nuestro caso, no se han manipulado ni realizado actuaciones sobre los sujetos del estudio, los cuales han participado voluntariamente rellenando un cuestionario.
- **Tasa de riesgo/beneficio favorable:** supuesto importantísimo en las investigaciones con sujetos humanos y/o animales, donde es fundamental sopesar el beneficio frente al riesgo. No es el caso de la presente investigación.
- **Consentimiento informado:** documento que atestigua la autonomía de los sujetos para participar en investigaciones, debiéndose respetar las decisiones individuales de cada uno. Al ser un cuestionario autoadministrado, la propia cumplimentación de este puede considerarse el consentimiento informado.
- **Respeto a los sujetos de investigación:** protegiendo la confidencialidad, tratando la información con la privacidad y cuidado

pertinentes, y tratando de resolver dudas de los sujetos que deciden participar, para que sean totalmente libres de hacerlo o no.

Por último, cabe destacar que, el presente proyecto fue validado por la Gerencia del Área IX – Vega Alta del Segura del Servicio Murciano de Salud, y autorizado por el director de Enfermería del Área IX – Vega Alta del Segura (Anexo 2). Una vez obtenido el consentimiento, se contactó con los diferentes supervisores de los servicios, para poder acceder a los participantes potenciales, los cuales, tras una breve explicación verbal y por escrito del proyecto, accedieron a participar dando su consentimiento de forma verbal. Se siguieron durante todo el protocolo de investigación las indicaciones de la Declaración de Helsinki (213) y de la Ley Orgánica 3/2018, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales (214), asegurándose que, todos los datos fueron anonimizados para asegurar la confidencialidad de estos.

## **1.8. RECOGIDA DE DATOS.**

El periodo de recogida de datos fue entre septiembre de 2022 y junio de 2023. En los meses previos a la recogida de datos se adecuó la herramienta de investigación, añadiendo al cuestionario validado las variables sociodemográficas que se estimaron oportunas en base a estudios previos similares. También se acudió a los diferentes centros para dar a conocer a los responsables de estos donde más tarde se iban a recoger datos, la finalidad del estudio, el tipo de herramienta que se iba a utilizar y poder resolver dudas relacionadas con la fase de estudio de campo. Con esto se trataba de motivar y hacer partícipes a los responsables de los centros sobre la relevancia y pertinencia del estudio.

El proceso de recogida consistió en la autoadministración de cuestionarios a los profesionales en formato papel, y su posterior recogida. Se habló personalmente con los supervisores, para proceder a entregar en los servicios los cuestionarios con sobres, para posteriormente introducirlos y cerrarlos, así como las instrucciones en la portada, para su autocumplimentación, y posterior

recogida, respetando así el anonimato de los encuestados. Se estableció un cronograma de recogida de datos que se especifica en el siguiente punto. Posterior a esta fase de recogida, se procedió a clasificar numéricamente los cuestionarios y a codificarlos, generando así la base de datos que se utilizaría más adelante para realizar los análisis estadísticos correspondientes, mediante el uso del programa estadístico SPSS V.28.

### **1.9. FASE DE APLICACIÓN.**

Respecto a la fase de aplicación, a continuación, se detalla el cronograma de recogida de datos, tanto en Atención Primaria como Atención Especializada, reflejándose poblaciones teóricas, cuestionarios repartidos, cuestionarios recuperados, pérdidas, nulos y válidos (Tablas 10 y 11).

**Tabla 10**

Fase de aplicación de los cuestionarios en Atención Primaria.

Fase de aplicación de los cuestionarios en Atención Primaria								
Centro	Fecha reparto	Fecha de recogida	Población diana teórica	Entregados	Recogidos	Perdidos	Nulos	Válidos
Cieza Este	19/09/2022	30/12/2022	40	50	40	10	8	32
Blanca	20/09/2022	28/10/2022	18	25	22	3	9	13
Abarán	20/09/2022	28/10/2022	30	35	26	9	1	25
Cieza Oeste	27/09/2022	15/12/2022	37	50	45	5	9	36
TOTALES			125	160	133	27	27	106

Nota: Elaboración propia.

**Tabla 11**

Fase de aplicación de los cuestionarios en Atención Especializada.

Fase de aplicación de los cuestionarios en Atención Especializada								
Servicio	Fecha reparto	Fecha de recogida	Población diana teórica	Entregados	Recogidos	Perdidos	Nulos	Válidos
Hospitalización Médica	15/03/2023	05/06/2023	54	60	50	10	14	36
Hospitalización Quirúrgica	18/05/2023	28/06/2023	26	30	26	4	6	20
Urgencias	01/05/2023	28/06/2023	49	55	47	8	7	40
Quirófano y Reanimación	14/04/2023	10/06/2023	45	50	30	20	15	15
Endoscopias y Hospital de Día	22/04/2023	28/06/2023	10	10	9	1	1	8
Consultas Externas	01/04/2023	25/05/2023	113	120	94	26	64	30
Radiodiagnóstico y Laboratorio	19/05/2023	28/06/2023	32	35	28	7	9	19
Hemodiálisis	14/06/2023	23/06/2023	6	10	8	2	2	6
Equipo Volante	15/05/2023	14/06/2023	30	30	22	8	21	1
Farmacia	15/03/2023	17/05/2023	10	10	9	1	3	6
Rehabilitación	14/05/2023	28/06/2023	10	10	10	0	1	9
<b>TOTALES</b>			<b>325</b>	<b>420</b>	<b>333</b>	<b>87</b>	<b>143</b>	<b>190</b>

Nota: Elaboración propia.

## **1.10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS.**

### **1.10.1. SPSS V.28.**

Para el análisis de los datos recogidos en la fase empírica, se hace necesario el uso de un paquete estadístico. Son numerosos los softwares disponibles actualmente para el análisis de datos estadísticos.

En nuestro caso, el programa estadístico utilizado ha sido el Statistical Package for Social Sciences, SPSS, software desarrollado por IBM, una multinacional tecnológica estadounidense, concretamente la versión 28 (V.28.0), lanzada en 2021 (la última versión de este software es la V.29.0, lanzada en 2022).

El SPSS V.28 es un software que, mediante la introducción de una base de datos en forma de matriz, y asignando valores y parámetros a las variables, ofrece mediante dos vistas (vista de datos y vista de variables), la opción de desarrollar numerosas pruebas estadísticas, así como la creación de representaciones gráficas de datos (215).

### **1.10.2. PRUEBAS ESTADÍSTICAS.**

Recogidos los datos, creada la base de datos y codificadas las variables, se procedió a depurar y comprobar posibles erratas de la base. Se comprobaron los estadísticos básicos y se verificó que no existían errores.

Se llevó a cabo la reagrupación de los ítems de cada cuestionario en dimensiones, tal y como figura en los documentos de validación de cada uno de los dos cuestionarios, obteniéndose las siguientes reagrupaciones (tablas 12 y 13) (184,185):

**Tabla 12**

Agrupación de los ítems del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes en dimensiones.

Agrupación de los ítems del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes en dimensiones			
Dimensión	Ítems	Puntuación mínima	Puntuación máxima
Frecuencia de eventos notificados	40, 41, 42	3	15
Percepción global de seguridad	10, 15, 17, 18	4	20
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	19, 20, 21, 22	4	20
Aprendizaje organizacional/mejora continua	6, 9, 13	3	15
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	1, 3, 4, 11	4	20
Franqueza en la comunicación	35, 37, 39	3	15
Feed-back y comunicación sobre errores	34, 36, 38	3	15
Respuesta no punitiva a los errores	8, 12, 16	3	15
Dotación de personal	2, 5, 7, 14	4	20
Apoyo de la gerencia del hospital en la Seguridad del Paciente	23, 30, 31	3	15
Trabajo en equipo entre unidades	24, 26, 28, 32	4	20
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	25, 27, 29, 33	4	20

Nota: Elaboración propia.

**Tabla 13**

Agrupación de los ítems del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria en dimensiones.

Agrupación de los ítems del Seguridad del Paciente en Atención Primaria en dimensiones			
Dimensión	Ítems	Puntuación mínima	Puntuación máxima
Aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente y calidad	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9	9	63
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	B1, B2, B3, B4	4	36
Trabajo en equipo	C1, C2, C5, C13	4	24
Ritmo y carga de trabajo	C3, C6, C11, C14	4	24
Formación del personal no sanitario y sanitario	C4, C7, C10, C16, C17, C18	6	36
Procedimientos establecidos en el centro	C8, C9, C12, C15, C19	5	30
Comunicación franca	D1, D2, D4, D10	4	24
Seguimiento de la atención a los pacientes	D3, D5, D6, D9	4	24
Comunicación sobre el error	D7, D8, D11, D12, D13, D14	6	36
Apoyo de los responsables del centro a la Seguridad del Paciente	E1, E2, E3, E4	4	24
Aprendizaje organizacional	F1, F5, F7	3	18
Percepciones generales sobre la Seguridad del Paciente y la calidad	F2, F3, F4, F6	4	24
Puntuaciones globales sobre la calidad	G1A, G1B, G1C, G1D, G1E	5	25

Nota: Elaboración propia.

A continuación, se procedió a realizar la prueba de normalidad a ambas bases, sometiéndolas tanto a la prueba de Shapiro-Wilk, como al test de Kolmogorov-Smirnov, y verificando, en ambos casos, a través de este último (test de Kolmogorov-Smirnov), debido a que ambos cuestionarios tienen una muestra superior a 30 individuos, que las variables siguen una tendencia no paramétrica, es decir, los datos no siguen una distribución normal o típica.

Posteriormente se procedió a analizar la validez interna de ambos cuestionarios, calculando el Alfa de Cronbach, tanto de los cuestionarios completos, como de las diferentes dimensiones que componen los cuestionarios.

 Atención Primaria: Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria.

Como se ha indicado anteriormente, se llevó a cabo el análisis de la validez interna del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria. En el proceso de validación del cuestionario original, se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,96, y en el análisis de nuestros datos, el Alfa de Cronbach global fue de 0,815, un valor muy por encima del punto de corte considerado como adecuado.

En la comparación entre el Alfa de Cronbach por dimensiones del cuestionario original validado y nuestro caso, se obtuvieron valores ligeramente diferentes a los obtenidos por el cuestionario en su proceso de validación. De las 13 dimensiones valoradas, solamente se obtuvieron valores superiores a 0,6 en 6 de las 13 dimensiones, lo cual no supuso una limitación a la hora del manejo y uso de los datos, permitiéndonos seguir adelante con la investigación.

Tras haber estudiado el documento de validación del cuestionario, el cual obtuvo puntuaciones más que favorables, se entiende que esta diferencia en la puntuación de la validez interna puede deberse a la variabilidad de la población participante.

Se muestra a continuación (Tabla 14) la diferencia entre el Alfa de Cronbach teórica y propia del cuestionario.

**Tabla 14**

Alfa de Cronbach teórica y propia del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria.

Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria		
Dimensión	Alfa de Cronbach teórica	Alfa de Cronbach propia
Aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente y calidad	0,86	0,713
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	0,9	0,869
Trabajo en equipo	0,83	0,603
Ritmo y carga de trabajo	0,76	0,224
Formación del personal no sanitario	0,8	0,419
Formación del personal sanitario	-	-
Procedimientos establecidos en el centro	0,77	0,241
Comunicación franca	0,81	0,438
Seguimiento de la atención a los pacientes	0,78	0,739
Comunicación sobre el error	0,75	0,338
Apoyo de los responsables del centro a la Seguridad del Paciente	0,76	0,565
Aprendizaje organizacional	0,82	0,783
Percepciones generales sobre la Seguridad del Paciente y la calidad	0,79	0,574
Puntuaciones globales sobre la calidad	0,87	0,851

Nota: Elaboración propia.

#### Atención Especializada: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes.

En el caso del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes, se calculó el Alfa de Cronbach global del cuestionario, obteniéndose un valor de 0,604, lo cual se considera aceptable. No se puede comparar con el Alfa de Cronbach global teórica del cuestionario, puesto que no está descrita en la validación del cuestionario e interpretación de resultados.

Si se pudo realizar una comparación entre el Alfa de Cronbach de las diferentes dimensiones del cuestionario, obteniéndose, en nuestro caso, una validez interna aceptable en 6 de las 12 dimensiones del cuestionario, frente Alfa

de Cronbach que tienen las 12 dimensiones en la prueba teórica del cuestionario. Sugerimos que, al ser un cuestionario autoadministrado, debido a la aleatorización de las respuestas, se haya podido dar dicho fenómeno.

Se muestra a continuación (Tabla 15) la diferencia entre el Alfa de Cronbach teórica y propia del cuestionario.

**Tabla 15**

Alfa de Cronbach teórica y propia del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes.

Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes		
Dimensión	Alfa de Cronbach teórica	Alfa de Cronbach propia
Frecuencia de eventos notificados	0,88	0,844
Percepción global de seguridad	0,65	- 0,044
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	0,84	- 0,499
Aprendizaje organizacional/mejora continua	0,68	0,755
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	0,82	0,835
Franqueza en la comunicación	0,66	- 0,177
Feed-back y comunicación sobre errores	0,73	0,661
Respuesta no punitiva a los errores	0,65	0,605
Dotación de personal	0,64	0,215
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	0,81	- 0,613
Trabajo en equipo entre unidades	0,73	- 0,564
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	0,74	0,830

Nota: Elaboración propia.

Por último, se hizo un análisis descriptivo, empleando el cálculo de frecuencias o porcentajes para las variables de carácter ordinal/nominal, y se calculó el valor medio  $\pm$  desviación estándar para las variables continuas o de escala. Las dimensiones del test se evaluaron descriptivamente mediante el cálculo de la mediana  $\pm$  rango intercuartil y el rango (mínimo – máximo).

Para realizar el análisis inferencial de los datos, se realizaron diferentes pruebas estadísticas, en función de la naturaleza de las variables, buscándose inicialmente confirmar la relación entre las variables o la significación estadística ( $p < 0,05$ ), y realizando posteriormente pruebas estadísticas como la  $\chi^2$ , U de Mann-Whitney, test de Spearman en correlaciones o H de Kruskal-Wallis, y la respectiva representación gráfica de los resultados, mediante gráficos circulares, tablas, histogramas, diagramas de cajas y correlogramas.





## **BLOQUE IV: MARCO EMPÍRICO**



## CAPÍTULO 1: RESULTADOS.

En el presente capítulo, se detalla el análisis de los resultados obtenidos en Atención Primaria, y en Atención Especializada.

A continuación, se muestra de forma gráfica (Tabla 16), tanto en Atención Primaria, como en Atención Especializada, la población diana teórica, desglosada por población total teórica (eliminando duplicidades de profesionales que desempeñan su función simultáneamente en dos centros). También se muestra población teórica requerida para que ésta sea representativa, aplicando para el cálculo del tamaño muestral un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%; población total obtenida y tasa de participación final, de la cual se deriva la pertinencia y representatividad de la muestra obtenida de cara al análisis de los resultados en ambos ámbitos. Como calculadora de tamaño muestral se utilizó GRANMO.

**Tabla 16**

Poblaciones de estudio, representatividad y tasa de participación por ámbitos de estudio.

Poblaciones de estudio, representatividad y tasa de participación				
Ámbito	N teórica total	n requerida	n obtenida	Tasa de participación
Atención Primaria	125	95	106	85,6%
Atención Especializada	325	177	190	58,46%
Total Área IX	450		296	65,78%

Nota: Elaboración propia.

De este modo, hablamos de una población diana total de N= 450 y una población de estudio n= 296, con una tasa de participación total de los profesionales del Área IX – Vega Alta del Segura del 65,78%.

n Atención Primaria = 106

n Atención Especializada = 190

## **1.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

Primeramente, detallamos el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas analizadas en Atención Primaria para proseguir posteriormente con el análisis inferencial.

La tasa de participación de los profesionales sanitarios de Atención Primaria fue del 85,6%.

### **1.1.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ATENCIÓN PRIMARIA.**

En el presente apartado se detalla el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas recogidas de la población que desempeña su función en Atención Primaria del Área IX – Vega Alta del Segura del Servicio Murciano de Salud.

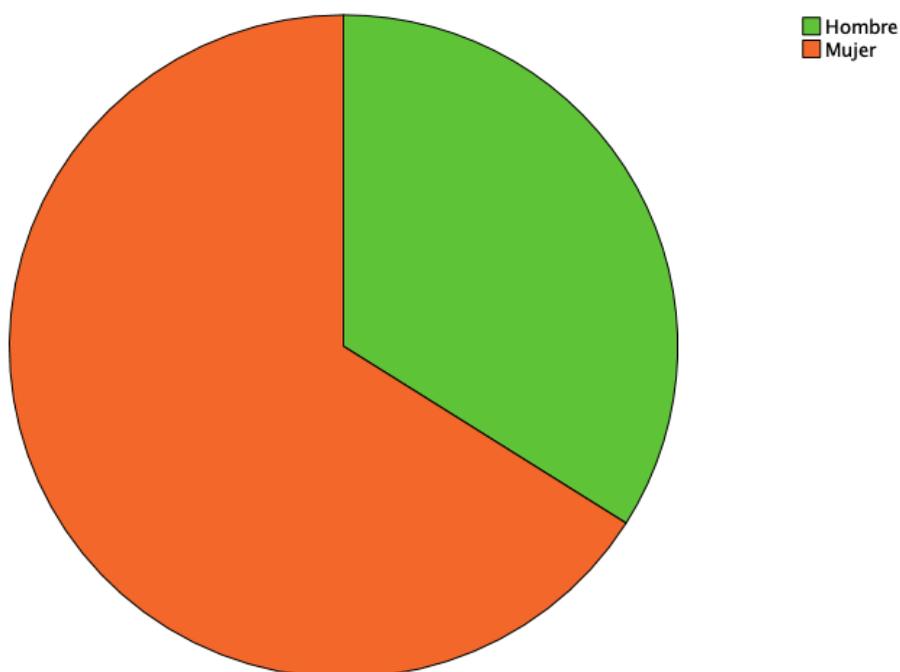
Antes de comenzar a exponer los resultados por variables, estableceremos el perfil sociodemográfico del profesional sanitario de Atención Primaria del Área IX – Vega Alta del Segura del Servicio Murciano de Salud, que estaría configurado por una mujer, de entre 40 y 49 años, casada, enfermera, con título universitario de diplomada, con una relación laboral de personal estatutario fijo, que trabaja de mañanas fijas y a jornada completa.

 SEXO.

De la muestra recogida en Atención Primaria (n=106), 36 son hombres (33,96%), mientras que 70 fueron mujeres (66,04%), quedando manifiesta la mayor proporción de trabajadoras del sexo femenino (Gráfico 1).

**Gráfico 1**

Gráfico circular con la distribución de la población de Atención Primaria en función de la variable “Sexo”.



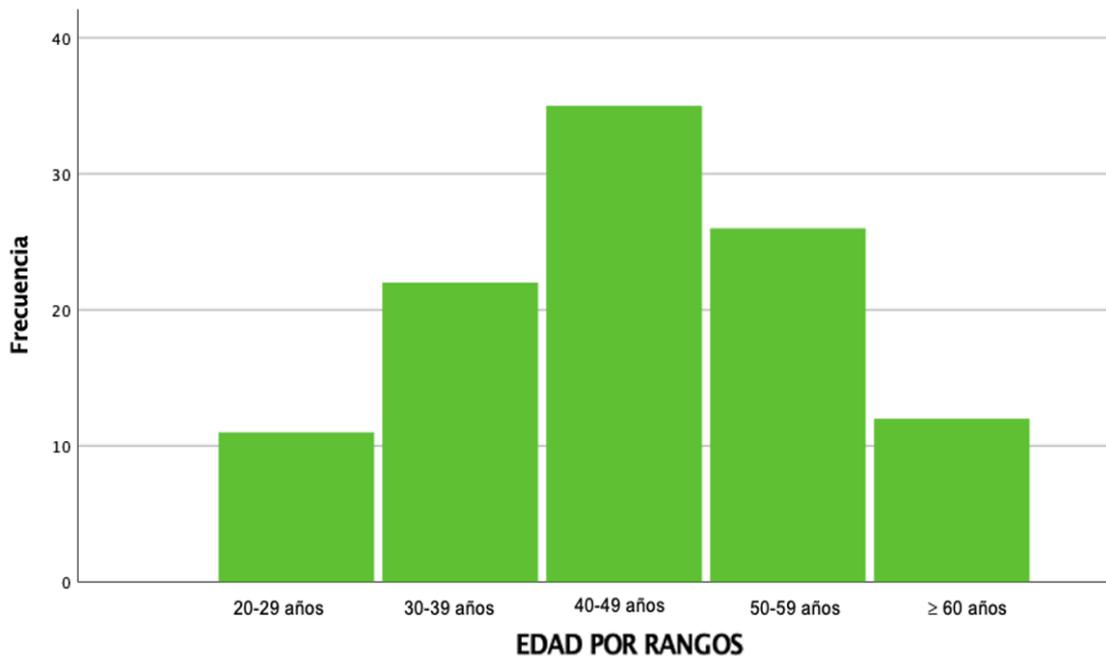
Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

 EDAD POR RANGOS.

Respecto a la edad, la media de edad de los participantes es 45,3 años. Atendiendo a la variable edad organizada por rangos de 10 años, 11 sujetos (10,4%) se encontraban en el rango de 20-29 años, 22 (20,8%) en el rango de 30-39, 35 (33%) en el rango de 40-49 años, 26 (24,5%) en el rango de 50-59 años y 12 (11,3%) en el rango de 60 o más años. El grupo etario más numeroso es el que se encuentra en edades comprendidas entre 40 y 49 años (33%) y el rango etario menos numeroso es el grupo comprendido entre 20 y 29 años (10,4%) (Gráfico 2).

**Gráfico 2**

Histograma con la distribución de la población de Atención Primaria en función de la variable “Edad por rangos”.



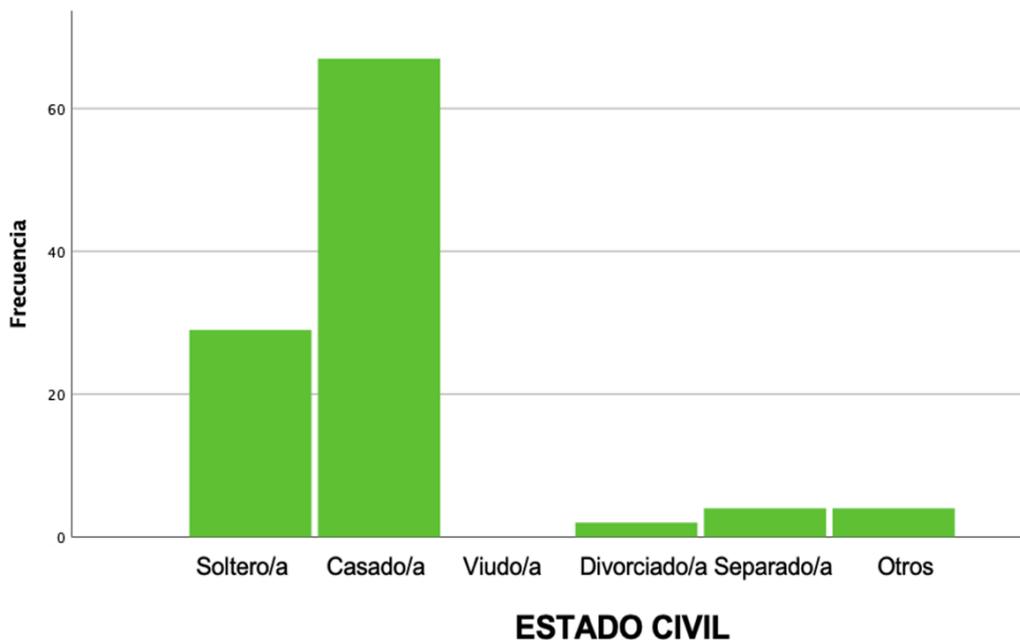
Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

 ESTADO CIVIL.

En cuanto al estado civil, 29 sujetos (27,4%) se encuentran en estado de soltería, 67 (63,2%) están casados o casadas, hay 2 divorciados o divorciadas (1,9%), 4 separados o separadas (3,8%) y 4 que catalogan su estado civil en el grupo “otros” (3,8%). No hay ningún participante que haya señalado “viudo/a”. El grupo más numeroso atendiendo a la variable “estado civil” es grupo de personas casadas (63,2%) y el grupo menos numeroso es personas divorciadas, que supone un 1,9% de la población total (Gráfico 3).

**Gráfico 3**

Histograma con la distribución de la población de Atención Primaria en función de la variable “Estado civil”.



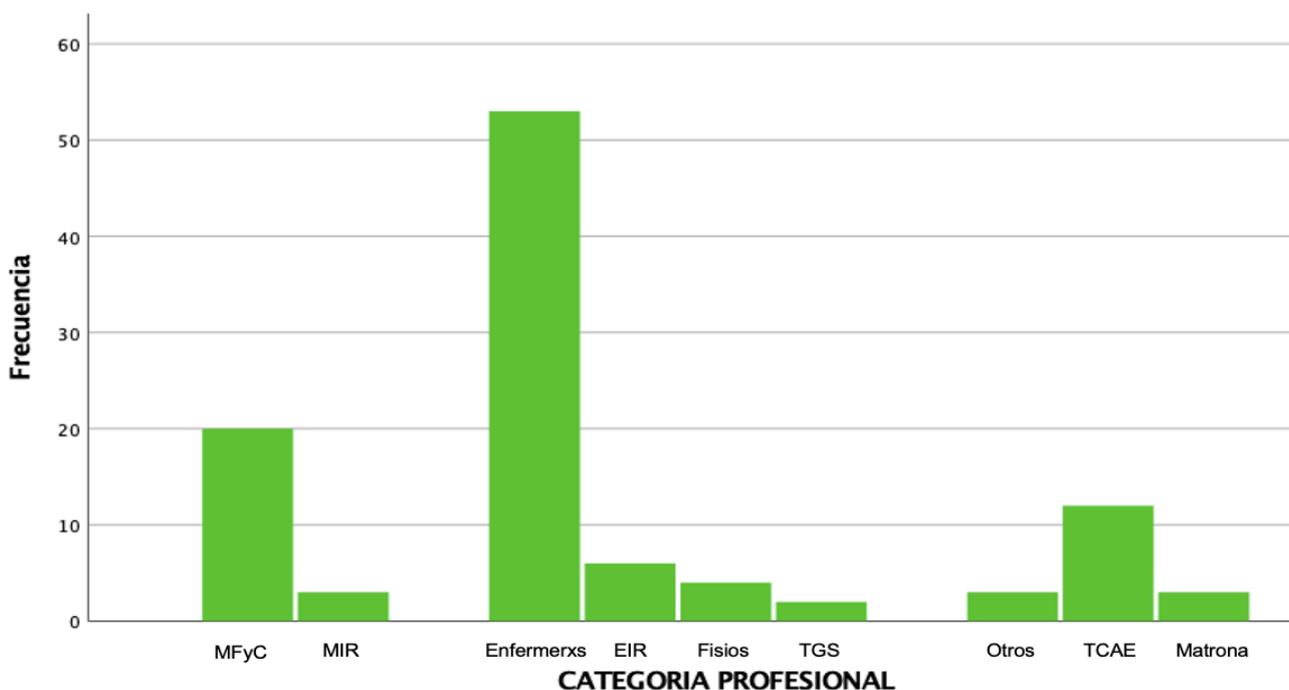
Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

## ● CATEGORIA PROFESIONAL.

Atendiendo a la variable categoría profesional, de los 106 participantes, 20 fueron médicos y médicas (18,9%), 3 fueron residentes MIR de Medicina Familiar y Comunitaria (2,8%), 53 (50%) fueron enfermeras y enfermeros, 6 fueron residentes EIR de Enfermería Familiar y Comunitaria, 4 fueron fisioterapeutas (3,8%), 2 fueron técnicos de grado superior (1,9%), 3 personas marcaron la categoría “otros” (2,8%), donde están incluidos los grupos profesionales minoritarios en el Área, como odontólogos o psicólogos generales sanitarios, 12 personas marcaron técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (11,3%) y, por último, 3 personas señalaron ser matronas (2,8%). El grupo profesional con mayor participación fueron las enfermeras y enfermeros (50%), y el grupo con menor participación fueron los técnicos de grado superior (1,9%) (Gráfico 4).

### Gráfico 4

Histograma con la distribución de la población de Atención Primaria en función de la variable “Categoría profesional”.



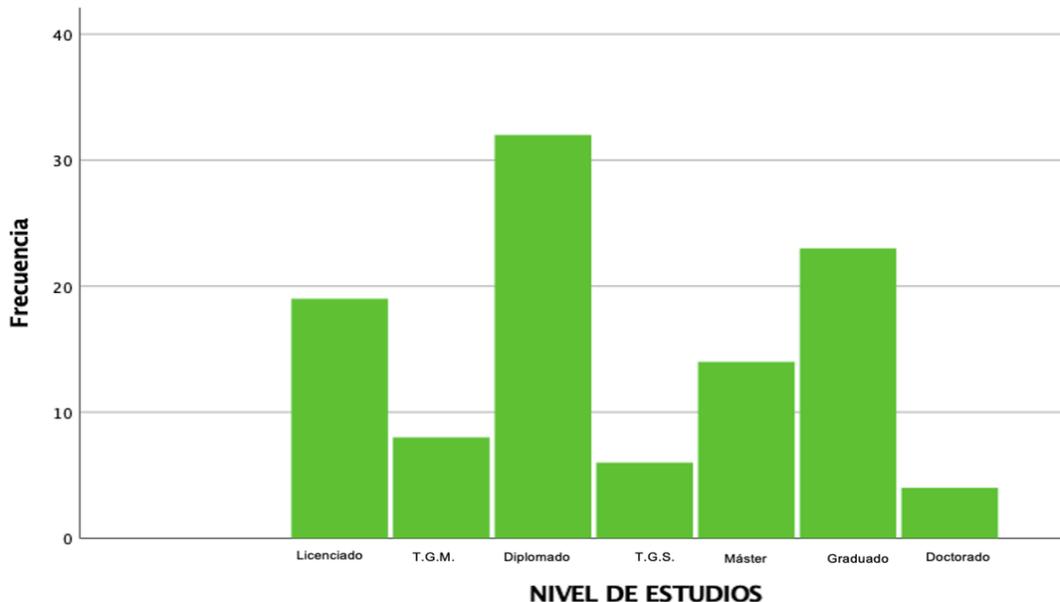
Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

## 🌐 NIVEL DE ESTUDIOS.

En cuanto al nivel de estudios, de los 106 participantes, el grupo de licenciados está formado por 19 personas (17,9%), técnicos de grado medio hay 8 (7,5%), diplomados hay 32 (30,2%), técnicos de grado superior hay 6 (5,7%), participantes con estudios de máster hay 14 (13,2%), graduados hay 23 (21,7%) y doctorados hay 4 (3,8%). Cabe destacar que en el cuestionario se solicitaba que reflejaran el nivel de estudios más alto conseguido. No hay ningún sujeto con la categoría “Estudios básicos”, ya que se excluyeron en los criterios de selección a sujetos con formación inferior a técnico de grado medio. En base a esta variable, el grupo más numeroso es el de diplomados (30,2%), lo cual se corresponde con la categoría profesional más numerosa (enfermería). Por otro lado, el grupo menos numeroso es el grupo que ha alcanzado el tercer nivel de estudios, es decir, las personas doctoradas (3,8%) (Gráfico 5).

### Gráfico 5

Histograma con la distribución de la población de Atención Primaria en función de la variable “Nivel de estudios”.



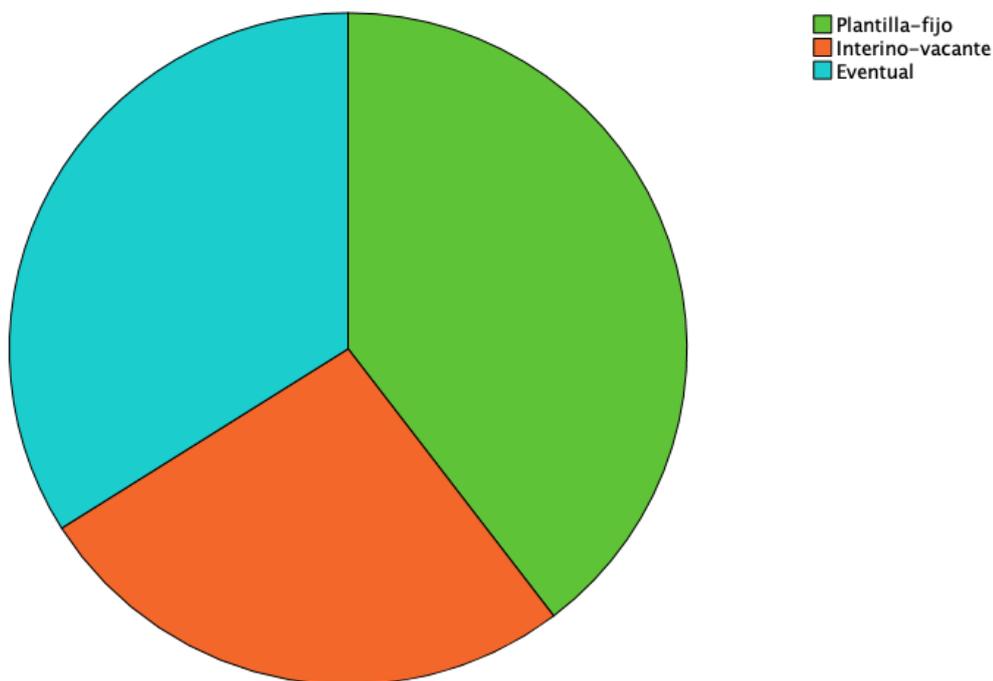
Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

## SITUACION LABORAL.

Con relación a la situación laboral, se pidió a los participantes que señalaran si eran personal fijo del Área de Salud, si tenían contratos de larga duración como interinidad o vacante, si tenían un contrato de corta o media duración o eventual, o si hacían solamente turnos de refuerzo. De los 106 participantes, 42 resultaron ser personal fijo (39,6%), 28 tenían vacante o interinidad (26,4%), 36 eran eventuales (34%) y no hubo ningún participante con contrato de refuerzo. El colectivo con mayor participación fueron los fijos de plantilla (39,6%), y con menor participación, los interinos (26,4%) (Gráfico 6).

### Gráfico 6

Gráfico circular con la distribución de la población de Atención Primaria en función de la variable "Situación laboral".



Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

### TURNO DE TRABAJO.

El 100% de los participantes manifestaron tener horario fijo de mañanas, no existiendo entre los profesionales de Atención Primaria, turnos de trabajo diferentes del citado. Por tanto, de los 106 participantes, el 100% desarrollaban su jornada laboral de mañanas fijas.

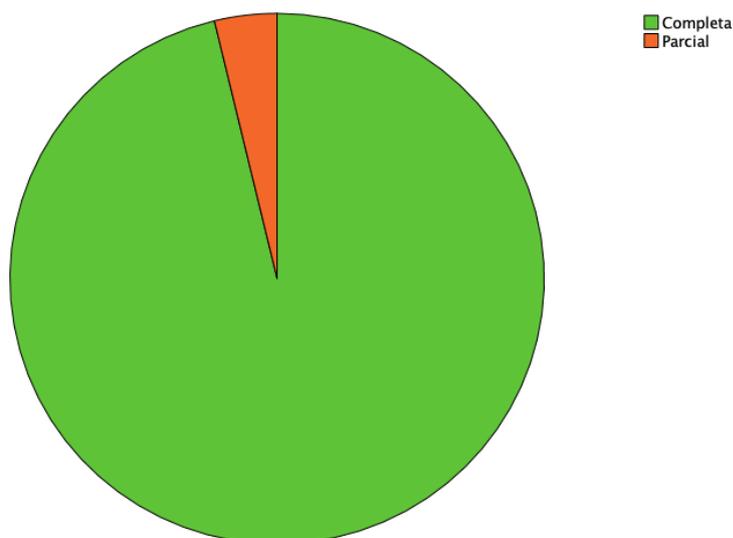
### TIPO DE JORNADA.

En cuanto al tipo de jornada, se solicitó a los participantes que indicasen si tenían un contrato a jornada completa (37,5h/semanales) o cualquier tipo de jornada inferior a las 37,5h, considerándose esta, jornada parcial. De los 106 participantes, 102 se encontraban trabajando a jornada completa (96,2%), mientras que 4 trabajaban a jornada parcial (3,8%) (Gráfico 7).

Cabe señalar que en enero de 2024 (posterior a la recogida de los cuestionarios) el Servicio Murciano de Salud implantó la jornada laboral de 35 horas semanales.

#### **Gráfico 7**

Histograma con la distribución de la población de Atención Primaria en función de la variable “Tipo de jornada”.



Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

## LUGAR DE TRABAJO.

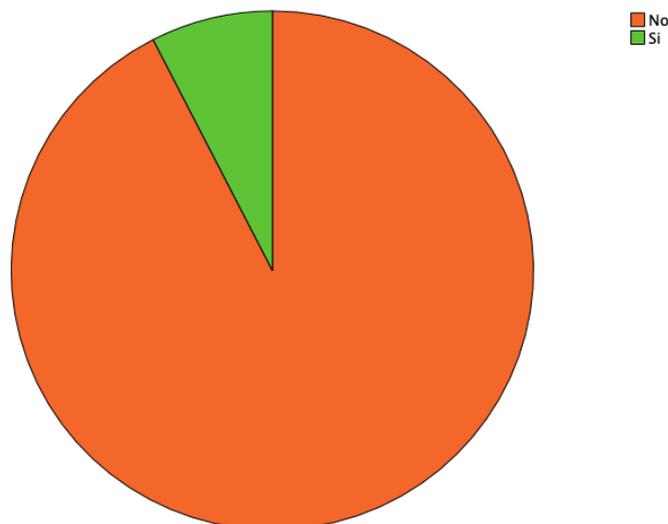
El Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria, al estar validada en dicha población, solamente se pasó a trabajadores de Centros de Atención Primaria, quedando reflejados en los criterios de exclusión los trabajadores de Servicios de Urgencias de Atención Primaria y del Punto de Atención Continuada.

## INCIDENTES NOTIFICADOS EN SiNASP.

Respecto a la comunicación de incidentes y eventos mediante el sistema de notificación SiNASP, de los 106 participantes, solamente 8 de ellos (7,5%) señalaban haber notificado algún incidente mediante dicho sistema, registrándose un total de 50 incidentes (Gráfico 8).

### **Gráfico 8**

Gráfico circular con la distribución de la población de Atención Primaria en función de la variable “Incidentes notificados en SiNASP”.



Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

### 1.1.2. PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA.

En la tabla 17, se muestran los datos obtenidos mediante el análisis descriptivo del Cuestionario Seguridad del Paciente en Atención Primaria sobre la percepción de los profesionales sobre las diferentes dimensiones de la Seguridad del Paciente (los datos se muestran en como mediana  $\pm$  rango intercuartil).

Respecto a la puntuación global obtenida, las dimensiones “Aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente y calidad” e “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales” son las mejor valoradas por los participantes, mientras que las dimensiones “Percepciones generales sobre la Seguridad del Paciente y la calidad” y “Apoyo de los responsables del centro a la Seguridad del Paciente” son las peor valoradas, tal y como se observa en la tabla 17.

**Tabla 17**

Resultados descriptivos del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria en la población total.

Resultados descriptivos del Cuestionario Seguridad del Paciente en Atención Primaria en la población total			
Dimensión	Puntuación total (n=107)	Mínimo - máximo	Puntuación respecto al máximo
Aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente y calidad	48 $\pm$ 11	26 - 63	76,2%
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	21 $\pm$ 7	4 - 28	75,0%
Trabajo en equipo	16 $\pm$ 5	6 - 22	72,7%
Ritmo y carga de trabajo	14 $\pm$ 4	7 - 23	60,9%
Formación del personal no sanitario y sanitario	22 $\pm$ 5	13 - 34	64,7%
Procedimientos establecidos en el centro	18 $\pm$ 4	12 - 29	62,1%
Comunicación franca	13 $\pm$ 3	8 - 24	54,2%

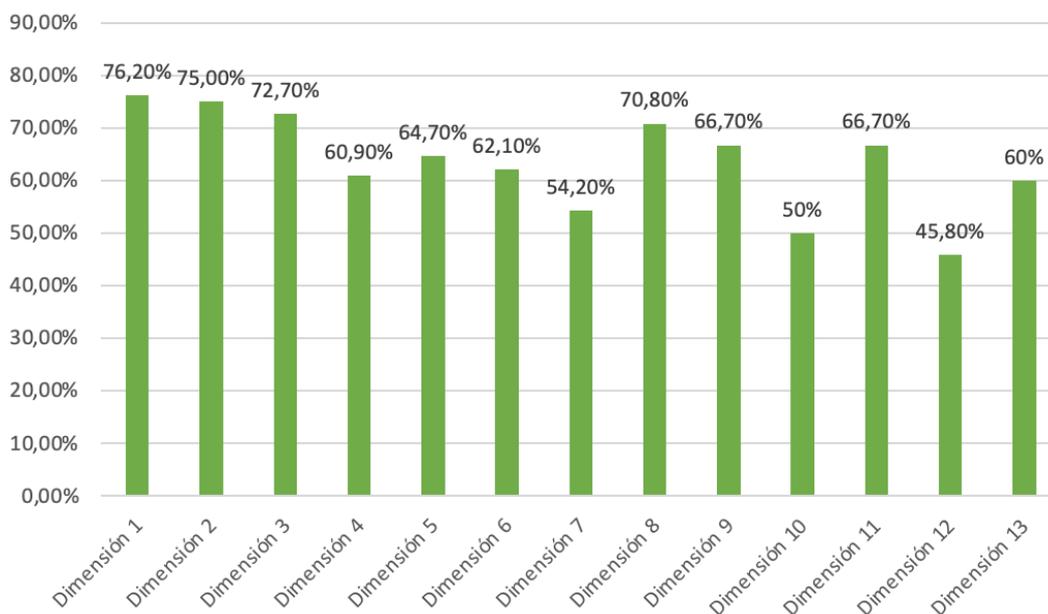
Resultados descriptivos del Cuestionario Seguridad del Paciente en Atención Primaria en la población total			
Dimensión	Puntuación total (n=107)	Mínimo - máximo	Puntuación respecto al máximo
<i>(continuación tabla 17)</i>			
Seguimiento de la atención a los pacientes	17 ± 6	7 - 24	70,8%
Comunicación sobre el error	22 ± 5	14 - 33	66,7%
Apoyo de los responsables del centro a la Seguridad del Paciente	12 ± 4	5 - 24	50%
Aprendizaje organizacional	12 ± 3	3 - 18	66,7%
Percepciones generales sobre la Seguridad del Paciente y la calidad	11 ± 4	8 - 24	45,8%
Puntuaciones globales sobre la calidad	15 ± 5	7 - 25	60%

Nota: Elaboración propia.

A continuación, se muestra un diagrama de barras con la representación gráfica de las diferentes dimensiones y el porcentaje medio de respuesta respecto al máximo posible (Gráfico 9).

**Gráfico 9**

Diagrama de barras de los resultados descriptivos por dimensiones en Atención Primaria.



Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

Leyenda del Diagrama de barras: Dimensiones y números			
Aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente y calidad	1	Seguimiento de la atención a los pacientes	8
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	2	Comunicación sobre el error	9
Trabajo en equipo	3	Apoyo de los responsables del centro a la Seguridad del Paciente	10
Ritmo y carga de trabajo	4	Aprendizaje organizacional	11
Formación del personal no sanitario y sanitario	5	Percepciones generales sobre la Seguridad del Paciente y la calidad	12
Procedimientos establecidos en el centro	6	Puntuaciones globales sobre la calidad	13
Comunicación franca	7		

Nota: Elaboración propia.

### 1.1.3. ANÁLISIS INFERENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.

- Detallar la percepción general de los profesionales de Atención Primaria sobre las dimensiones de Seguridad del Paciente incluidas en la herramienta administrada en función de las siguientes variables sociodemográficas:

- Sexo.

En la tabla 18 se muestran los valores obtenidos en las diferentes dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria en función de la variable “Sexo”.

Atendiendo a los resultados derivados del análisis estadístico, podemos afirmar que la percepción sobre las dimensiones de la Seguridad del Paciente es similar entre sexos, ya que no observamos diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en ninguna de las 13 dimensiones que componen el cuestionario.

**Tabla 18**

Resultados de las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria en función de la variable “Sexo”.

Resultados de las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria en función de la variable “Sexo”			
Dimensión	Hombres (n=36)	Mujeres (n=70)	Sig (p)
Aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente y calidad	39 ± 14	39 ± 18	0,701
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	20 ± 11	22 ± 7	0,177
Trabajo en equipo	15 ± 5	16 ± 4	0,906
Ritmo y carga de trabajo	15 ± 2	14 ± 2	0,118
Formación del personal no sanitario y sanitario	19 ± 4	20 ± 7	0,373
Procedimientos establecidos en el centro	16 ± 5	16 ± 4	0,843
Comunicación franca	13 ± 3	13 ± 5	0,222

Resultados de las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria en función de la variable “Sexo”			
Dimensión	Hombres (n=36)	Mujeres (n=70)	Sig (p)
<i>(continuación tabla 18)</i>			
Seguimiento de la atención a los pacientes	17 ± 7	18 ± 5	0,627
Comunicación sobre el error	23 ± 7	22 ± 5	0,627
Apoyo de los responsables del centro a la Seguridad del Paciente	13 ± 5	12 ± 2	0,285
Aprendizaje organizacional	12 ± 6	12 ± 4	0,349
Percepciones generales sobre la Seguridad del Paciente y la calidad	13 ± 6	11 ± 3	0,164
Puntuaciones globales sobre la calidad	15 ± 7	16 ± 5	0,159

Nota: Elaboración propia.

- Edad.

En la tabla 19 se muestran los valores obtenidos en las diferentes dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria, correlacionándolas con la variable “Edad”.

Atendiendo a los resultados derivados del análisis estadístico, sólo se observa significación estadística en la dimensión “Formación del personal sanitario y no sanitario” ( $p=0,050$ ), la cual presenta una correlación negativa no muy elevada, junto con una asociación estadísticamente significativa en el límite, pudiendo afirmar que, la población participante, percibe una peor formación conforme la edad.

**Tabla 19**

Correlación entre las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria y la variable “Edad”.

Correlación entre las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria y la variable “Edad”		
Dimensión	Coficiente	Sig (p)
Aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente y calidad	-0,010	0,916
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	-0,026	0,788
Trabajo en equipo	-0,067	0,493
Ritmo y carga de trabajo	0,140	0,152
<b>Formación del personal no sanitario y sanitario</b>	<b>-0,190</b>	<b>0,050</b>
Procedimientos establecidos en el centro	-0,073	0,458
Comunicación franca	-0,043	0,663
Seguimiento de la atención a los pacientes	0,097	0,323
Comunicación sobre el error	-0,095	0,332
Apoyo de los responsables del centro a la Seguridad del Paciente	0,040	0,694
Aprendizaje organizacional	-0,012	0,906
Percepciones generales sobre la Seguridad del Paciente y la calidad	0,028	0,774
Puntuaciones globales sobre la calidad	-0,147	0,132

Nota: Elaboración propia.

- Categoría profesional.

A continuación, se muestran los valores obtenidos en las diferentes dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria en función de la variable “Categoría profesional” (tabla 20).

**Tabla 20**

Resultados de las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria en función de la variable “Categoría profesional”.

Resultados de las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria en función de la variable “Categoría profesional”										
Dimensión	Medicina (n=20)	MIR (n=3)	Enfermería (n=53)	EIR (n=6)	Fisioterapeutas (n=4)	T.G.S. (n=2)	Otros (n=3)	TCAE (n=12)	Matrona (n=3)	Sig (p)
Aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente y calidad	35 ± 12	39 ± 0	38 ± 15	43 ± 17	48 ± 9	43 ± 0	45 ± 0	47 ± 29	40 ± 0	0,249
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	19 ± 13	13 ± 0	22 ± 5	22 ± 11	23 ± 6	28 ± 0	24 ± 0	23 ± 10	19 ± 0	0,016
Trabajo en equipo	15 ± 8	9 ± 0	16 ± 4	16 ± 3	17 ± 3	16 ± 0	15 ± 0	17 ± 4	12 ± 0	0,153
Ritmo y carga de trabajo	14 ± 3	16 ± 0	14 ± 4	13 ± 2	15 ± 1	14 ± 0	14 ± 0	15 ± 4	14 ± 0	0,159
Formación del personal no sanitario y sanitario	18 ± 3	20 ± 0	20 ± 7	19 ± 9	22 ± 2	19 ± 0	21 ± 0	18 ± 11	27 ± 0	0,367
Procedimientos establecidos en el centro	17 ± 6	19 ± 0	16 ± 3	16 ± 2	15 ± 3	14 ± 0	18 ± 0	15 ± 5	21 ± 0	0,174
Comunicación franca	13 ± 2	14 ± 0	13 ± 3	12 ± 6	15 ± 6	12 ± 0	15 ± 0	12 ± 10	18 ± 0	0,712
Seguimiento de la atención a los pacientes	15 ± 6	16 ± 0	17 ± 6	15 ± 4	18 ± 6	22 ± 0	20 ± 0	20 ± 5	20 ± 0	0,122
Comunicación sobre el error	22 ± 7	24 ± 0	21 ± 5	22 ± 5	23 ± 8	23 ± 0	25 ± 0	21 ± 9	25 ± 0	0,731
Apoyo de los responsables del centro a la Seguridad del Paciente	12 ± 2	10 ± 0	12 ± 1	13 ± 6	17 ± 11	13 ± 0	12 ± 0	12 ± 7	11 ± 0	0,570

Resultados de las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria en función de la variable "Categoría profesional"

Dimensión	Medicina (n=20)	MIR (n=3)	Enfermería (n=53)	EIR (n=6)	Fisioterapeutas (n=4)	T.G.S. (n=2)	Otros (n=3)	TCAE (n=12)	Matrona (n=3)	Sig (p)
<i>(continuación tabla 20)</i> Aprendizaje organizacional	12 ± 3	10 ± 0	12 ± 4	11 ± 5	14 ± 6	11 ± 0	12 ± 0	14 ± 4	12 ± 0	0,144
Percepciones generales sobre la Seguridad del Paciente y la calidad	12 ± 4	16 ± 0	10 ± 3	11 ± 3	13 ± 5	10 ± 0	15 ± 0	12 ± 7	11 ± 0	0,050
Puntuaciones globales sobre la calidad	15 ± 5	15 ± 0	16 ± 7	16 ± 6	15 ± 6	16 ± 0	12 ± 0	15 ± 8	15 ± 0	0,773

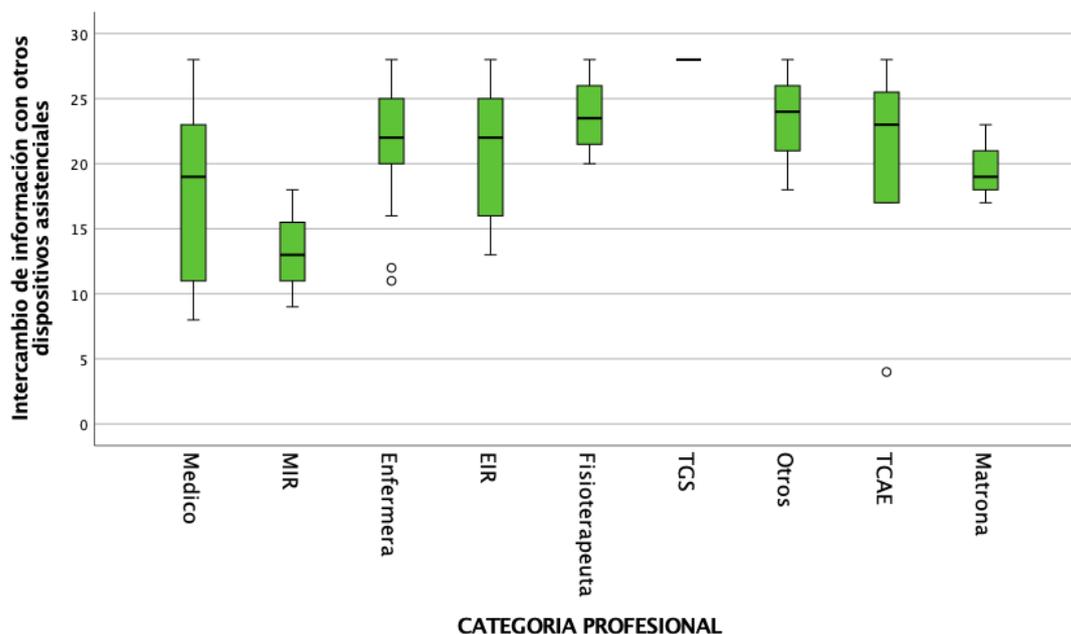
Nota: Elaboración propia.

Del análisis estadístico de los datos reflejados en la tabla anterior, podemos extraer que hay dos dimensiones donde se aprecia una significación estadística; son las dimensiones “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales” ( $p=0,016$ ) y “Percepciones generales sobre la Seguridad del Paciente y la calidad” ( $p=0,050$ ). A continuación, figuran los gráficos 10 y 11, donde se comentan las diferencias estadísticas presentes en ambas dimensiones.

Respecto a la dimensión “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales”, se observa que los grupos profesionales que mejor puntuaban la percepción de esta dimensión son técnicos de grado superior, seguidos de fisioterapeutas y el subgrupo “otros”. La categoría profesional que tiene una peor percepción del intercambio de información entre dispositivos son los residentes MIR (Gráfico 10).

### Gráfico 10

Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales” en función de la variable “Categoría profesional” en la población de Atención Primaria.

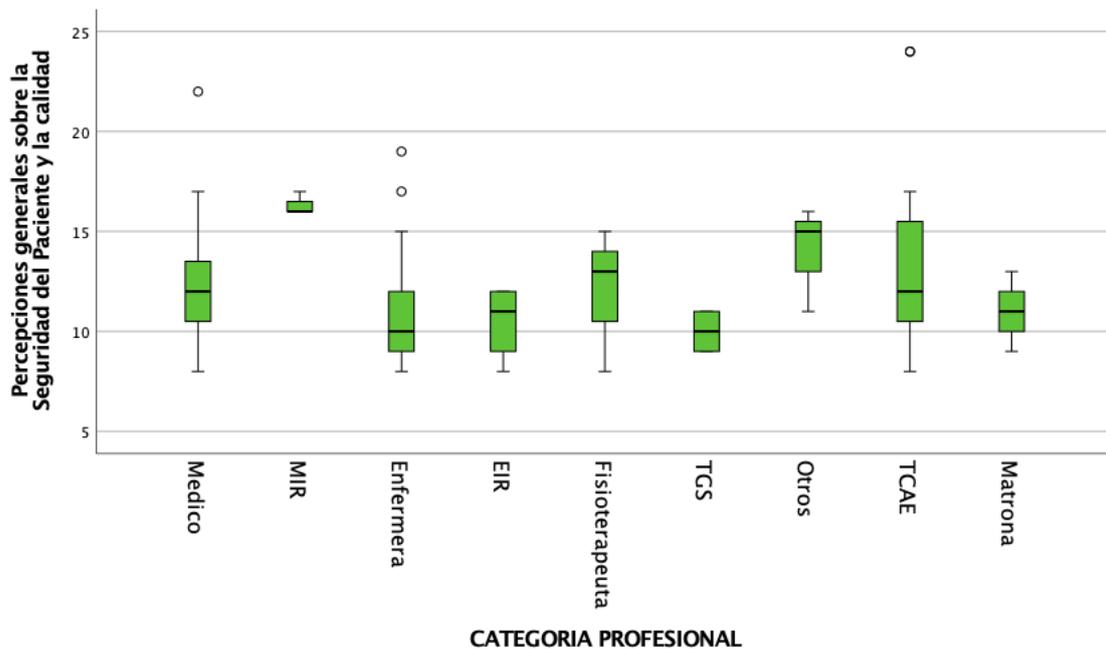


Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

Respecto a la dimensión “Percepciones generales sobre la Seguridad del Paciente y la calidad”, se observa que los grupos profesionales que mejor puntúan la percepción de esta dimensión son los residentes MIR, seguidos del subgrupo “Otros”. La categoría profesional que tiene una peor percepción general sobre la Seguridad del Paciente son las enfermeras y los técnicos de grado superior (Gráfico 11).

**Gráfico 11**

Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Percepciones generales sobre la Seguridad del Paciente y la calidad” en función de la variable “Categoría profesional” en la población de Atención Primaria.



Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

- Antigüedad ejerciendo la profesión.

En la tabla 21 se muestran los valores obtenidos en las diferentes dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria, correlacionándolas con la variable “Antigüedad ejerciendo la profesión”. Tras el análisis estadístico, solamente se ha encontrado significación estadística en la dimensión “Formación del personal sanitario y no sanitario” ( $p=0,041$ ), pudiendo afirmar que el personal de Atención Primaria considera que, a mayor cantidad de años ejerciendo la profesión, mejor formación se recibe, tanto a profesionales sanitarios como no sanitarios, en materia de Seguridad del Paciente.

**Tabla 21**

Correlación entre las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria y la variable “Antigüedad ejerciendo la profesión”

Correlación entre las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria y la variable “Antigüedad ejerciendo la profesión”		
Dimensión	Coficiente	Sig (p)
Aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente y calidad	0,107	0,273
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	0,042	0,669
Trabajo en equipo	0,175	0,074
Ritmo y carga de trabajo	-0,034	0,731
<b>Formación del personal no sanitario y sanitario</b>	<b>0,198</b>	<b>0,041</b>
Procedimientos establecidos en el centro	0,020	0,835
Comunicación franca	0,117	0,233
Seguimiento de la atención a los pacientes	-0,028	0,779
Comunicación sobre el error	0,104	0,288
Apoyo de los responsables del centro a la Seguridad del Paciente	0,182	0,070
Aprendizaje organizacional	0,110	0,260
Percepciones generales sobre la Seguridad del Paciente y la calidad	0,006	0,951
Puntuaciones globales sobre la calidad	0,104	0,290

Nota: Elaboración propia.

- Antigüedad trabajando en el centro.

En la tabla 22 se muestran los valores obtenidos en las diferentes dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria, correlacionándolas con la variable “Antigüedad en el centro”.

Tras llevar a cabo el análisis estadístico, solamente se obtiene significación estadística en la correlación entre la dimensión “Trabajo en equipo” ( $p=0,044$ ) y la variable “Antigüedad en el centro”, pudiendo afirmar que los profesionales perciben que, a más tiempo trabajado en el centro de salud, peor clima de trabajo en equipo por parte de los profesionales.

**Tabla 22**

Correlación entre las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria y la variable “Antigüedad en el centro”.

Correlación entre las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria y la variable “Antigüedad en el centro”		
Dimensión	Coefficiente	Sig (p)
Aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente y calidad	0,070	0,475
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	0,005	0,958
<b>Trabajo en equipo</b>	<b>-0,196</b>	<b>0,044</b>
Ritmo y carga de trabajo	-0,056	0,572
Formación del personal no sanitario y sanitario	-0,149	0,127
Procedimientos establecidos en el centro	0,019	0,850
Comunicación franca	-0,157	0,107
Seguimiento de la atención a los pacientes	0,046	0,639
Comunicación sobre el error	-0,003	0,979
Apoyo de los responsables del centro a la Seguridad del Paciente	-0,154	0,125
Aprendizaje organizacional	-0,127	0,194
Percepciones generales sobre la Seguridad del Paciente y la calidad	0,068	0,492
Puntuaciones globales sobre la calidad	-0,126	0,198

Nota: Elaboración propia.

- Examinar la relación entre la notificación de eventos adversos en Atención Primaria mediante SiNAPS y las siguientes variables sociodemográficas:

- Sexo.

Tras realizar el análisis estadístico de la notificación de eventos adversos entre ambos sexos, observamos que no existe relación entre estas variables ( $\chi^2 = 0,048$ ,  $p = 0,826$ ). Al evaluar solo los participantes que, si notificaron un evento adverso, y comparar si había diferencias en el número de eventos notificados en función del sexo, los datos indican que de nuevo no existen diferencias estadísticamente significativas entre el número de eventos adversos notificados y la variable “Sexo” en Atención Primaria ( $p = 0,833$ ).

- Edad.

Respecto al análisis de pruebas estadísticas para tratar de establecer relación entre la variable “Edad” y la notificación de eventos adversos mediante SiNAPS, comparamos la edad media de los grupos en función de si notificaban o no eventos adversos. En este sentido, los datos indican que no hubo diferencias significativas entre aquellos que notificaban eventos adversos y los que no, en función de la edad ( $p = 0,779$ ).

Tampoco se observa ninguna relación significativa entre la edad y el número de eventos adversos notificados (sólo en aquellos participantes que notificaron algún evento) (Tabla 23), no pudiendo establecerse que la edad influya o condicione en la notificación de eventos adversos.

**Tabla 23**

Correlación entre el número de eventos adversos mediante SiNAPS y la variable “Edad” en Atención Primaria.

Correlación entre la notificación de eventos adversos mediante SiNAPS y la variable “Edad” en Atención Primaria		
Ítem	Coficiente	Sig (p)
Número de eventos adversos notificados mediante SiNAPS	-0,030	0,763

Nota: Elaboración propia.

- Categoría profesional.

Analizando la relación entre el número de eventos adversos notificados mediante SiNAPS y la variable “Categoría profesional” en Atención Primaria, se obtuvo mediante el análisis estadístico una  $p=0,266$ , por lo que no se encuentra asociación estadística significativa.

Al realizar el análisis estadístico para averiguar la relación entre la notificación o no de eventos adversos y la categoría profesional, igualmente, tampoco se observó significación estadística ( $\chi^2 =10,483$ ,  $p=0,233$ ) (Tabla 24).

**Tabla 24**

Tabla cruzada de “Categorías profesionales” y recuento comunicación de eventos adversos en Atención Primaria.

Tabla cruzada de “Categorías profesionales” y recuento comunicación de eventos adversos en Atención Primaria

Categoría profesional	No notifica	Sí notifica
Medicina	18	2
Residente MIR	3	0
Enfermería	49	4
Residente EIR	6	0
Fisioterapeuta	4	0
Técnico de Grado Superior	1	1
Otros	3	0
TCAE	12	0
Matrona	2	1

Nota: Elaboración propia.

Es conveniente comentar que los grupos profesionales que más eventos adversos comunican son los profesionales de medicina (11,1%) y de enfermería (8,2%).

- Antigüedad ejerciendo la profesión.

Tras realizar el análisis estadístico para correlacionar la notificación de eventos adversos mediante SiNAPS y la variable “Antigüedad ejerciendo la profesión” en Atención Primaria, afirmamos que no hay relación estadística entre ambas variables, ya que, buscando significación estadística entre la notificación o no de eventos y la antigüedad del ejercicio profesional se obtuvo una  $p=0,624$ , y, posteriormente, analizando los eventos comunicados y los años de ejercicio de los profesionales que los notificaron, tampoco se obtuvo relación estadísticamente significativa, tal y como se muestra en la siguiente tabla (Tabla 25).

**Tabla 25**

Correlación entre la notificación de eventos adversos mediante SiNAPS y la variable “Antigüedad ejerciendo la profesión” en Atención Primaria.

Correlación entre la notificación de eventos adversos mediante SiNAPS y la variable “Antigüedad ejerciendo la profesión” en Atención Primaria		
Ítem	Coficiente	Sig (p)
Número de eventos adversos notificados mediante SiNAPS	-0,046	0,641

Nota: Elaboración propia.

- Antigüedad trabajando en el centro.

Tras realizar el análisis estadístico para correlacionar la notificación de eventos adversos mediante SiNAPS y la variable “Antigüedad trabajando en el centro” en Atención Primaria, afirmamos que no hay relación estadísticamente significativa entre ambas variables, ya que, buscando significación estadística entre la notificación o no de eventos y la antigüedad en el centro de trabajo se obtuvo una  $p=0,502$ . Analizando los eventos comunicados y los años de ejercicio de los profesionales en el centro de salud donde se recogieron los datos, tampoco se obtuvo relación estadísticamente significativa, tal y como se muestra en la siguiente tabla (Tabla 26).

**Tabla 26**

Correlación entre la notificación de eventos adversos mediante SiNAPS y la variable “Antigüedad trabajando en el centro” en Atención Primaria.

Correlación entre la notificación de eventos adversos mediante SiNAPS y la variable “Antigüedad trabajando en el centro” en Atención Primaria		
Ítem	Coficiente	Sig (p)
Número de eventos adversos notificados mediante SiNAPS	-0,065	0,509

Nota: Elaboración propia.

- Analizar la correlación entre las diferentes dimensiones que componen el cuestionario de Atención Primaria:

Tras analizar las relaciones estadísticas entre las dimensiones del cuestionario y las variables sociodemográficas, así como la relación entre la notificación de eventos adversos y dichas variables, el último objetivo planteado para la presente investigación es correlacionar entre sí las 13 dimensiones que componen el cuestionario empleado. Para ello, se muestra gráficamente (Figura 11) mediante un correlograma, la correlación entre las diferentes variables, así como el grado de relación, identificado por un código de colores que figura en la leyenda a pie de gráfico.

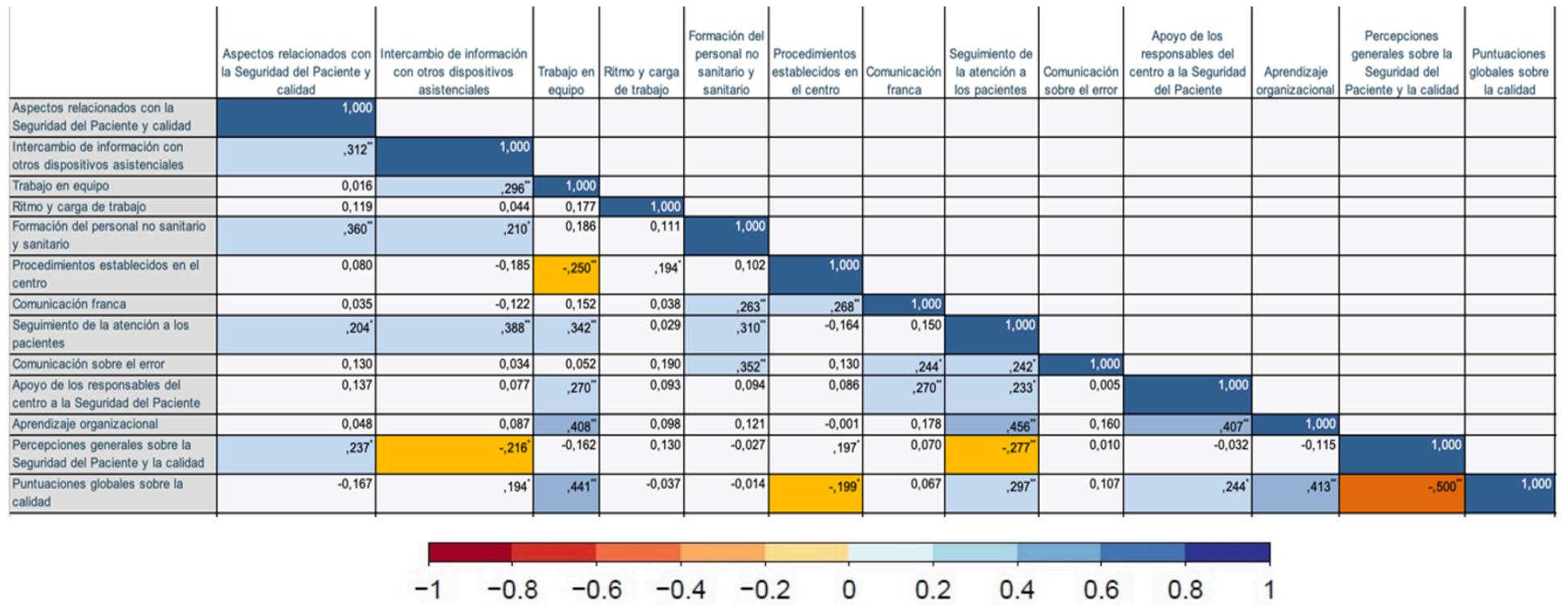
A continuación, se describen las correlaciones, tanto positivas como negativas, más relevantes extraídas del análisis estadístico:

- Se observa una correlación positiva entre las dimensiones “Seguimiento de la atención a los pacientes” y “Aprendizaje organizacional”, por lo que se puede afirmar, que cuanto mayor sea el aprendizaje por parte de la organización sobre Seguridad del Paciente, los profesionales perciben que se produce un mejor seguimiento de la atención brindada a los pacientes.
- Un buen nivel de aprendizaje organizacional también se relaciona positivamente con una mejor puntuación global sobre la calidad, así como una mejor percepción del trabajo en equipo.
- Del mismo modo, los profesionales que perciben un mejor aprendizaje por parte de la organización en materia de Seguridad del Paciente también suelen percibir un mayor apoyo por parte de los responsables de los centros sobre Seguridad del Paciente.
- Respecto a la puntuación global sobre la calidad, los profesionales con mejor percepción de esta dimensión suelen describir un mejor clima de trabajo en equipo con el resto de los profesionales.

- Respecto a las correlaciones negativas, destacamos que los profesionales que tienen una mala percepción global sobre la calidad también tienen una percepción negativa sobre la Seguridad del Paciente. La correlación negativa entre estas dimensiones es bastante fuerte.
- En cuanto a las percepciones generales sobre Seguridad del Paciente y calidad, también podemos afirmar que los profesionales que perciben una peor percepción general de la Seguridad del Paciente suelen percibir intercambios de información con otros dispositivos asistenciales de peor calidad, así como un peor seguimiento de la atención a los pacientes.
- Por último, y respecto a los procedimientos establecidos en el centro en materia de Seguridad del Paciente, los profesionales que tienen una mala percepción de esta dimensión suelen puntuar de forma negativa la calidad de forma global, y refieren también un clima de trabajo en equipo negativo.

Figura 11

Correlograma de las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente de Atención Primaria.



Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28



## **1.2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA.**

En el presente apartado se detalla el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas analizadas en Atención Especializada para proseguir posteriormente con el análisis inferencial.

En este caso, la tasa de participación de los profesionales sanitarios de Atención Especializada fue del 58,46%.

### **1.2.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ATENCIÓN ESPECIALIZADA.**

A continuación, se detalla el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas recogidas de la población que desempeña su función en Atención Especializada.

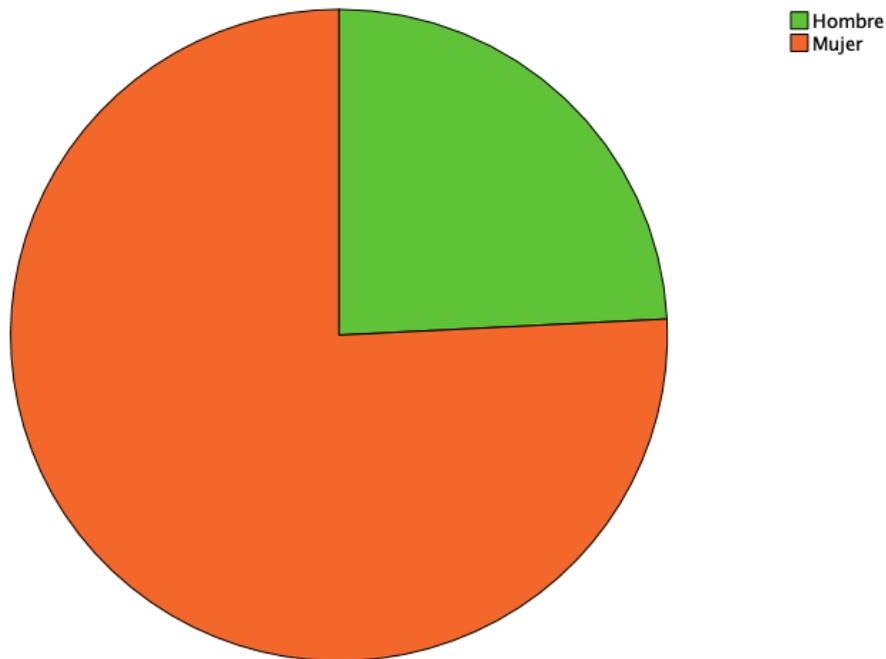
Antes de comenzar a exponer los resultados por variables, estableceremos el perfil sociodemográfico del profesional sanitario de Atención Especializada del Área IX – Vega Alta del Segura del Servicio Murciano de Salud, que estaría configurado por una mujer, de entre 40 y 49 años, casada, enfermera, con título universitario de diplomada, con una relación laboral de personal estatutario fijo, que trabaja en un turno rodado de 12h diurno y nocturno, a jornada completa, y que trabaja en el servicio de urgencias.

 SEXO.

De la muestra total (n=190), 46 son hombres (24,2%), mientras que 144 fueron mujeres (75,8%), quedando manifiesta la mayor proporción de trabajadoras del sexo femenino (Gráfico 12).

**Gráfico 12**

Gráfico circular con la distribución de la población de Atención Especializada en función de la variable "Sexo".



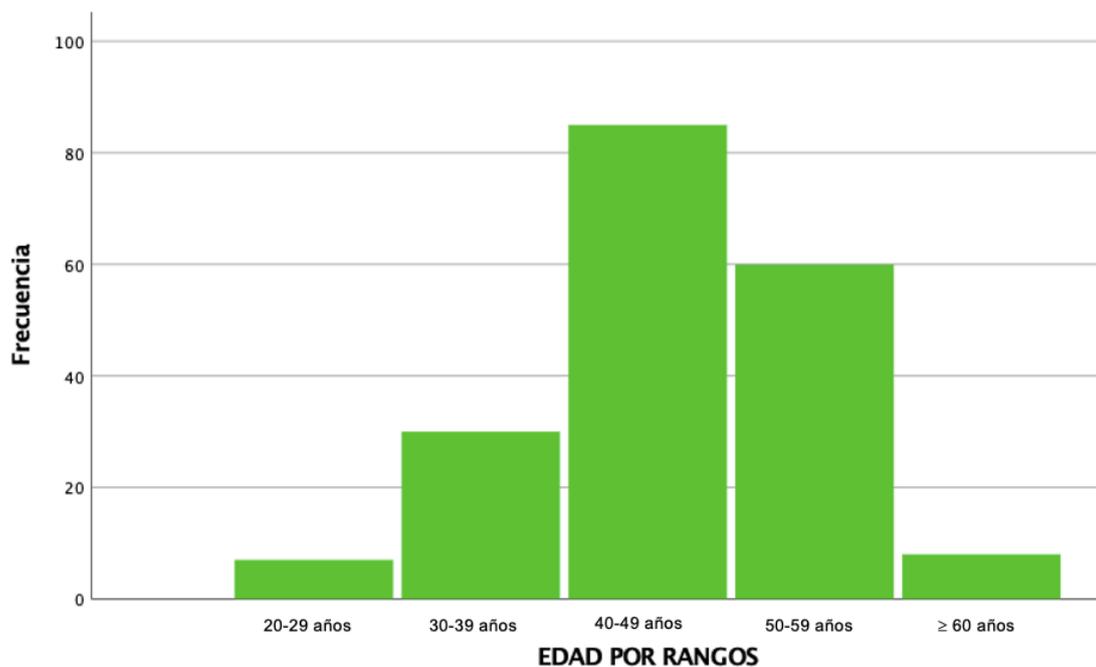
Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

## EDAD POR RANGOS.

Respecto a la edad, la media de los participantes es de 46,2 años. Atendiendo a la variable edad organizada por rangos de 10 años, 7 sujetos (3,7%) se encontraban en el rango de 20-29 años, 30 (15,8%) en el rango de 30-39, 85 (44,7%) en el rango de 40-49 años, 60 (31,6%) en el rango de 50-59 años y 8 (4,2%) en el rango de 60 o más años. El grupo etario más numeroso es el que se encuentra en edades comprendidas entre 40 y 49 años (44,7%) y el rango etario menos numeroso es el grupo comprendido entre 20 y 29 años (3,7%) (Gráfico 13).

### Gráfico 13

Histograma con la distribución de la población de Atención Especializada en función de la variable “Edad por rangos”.



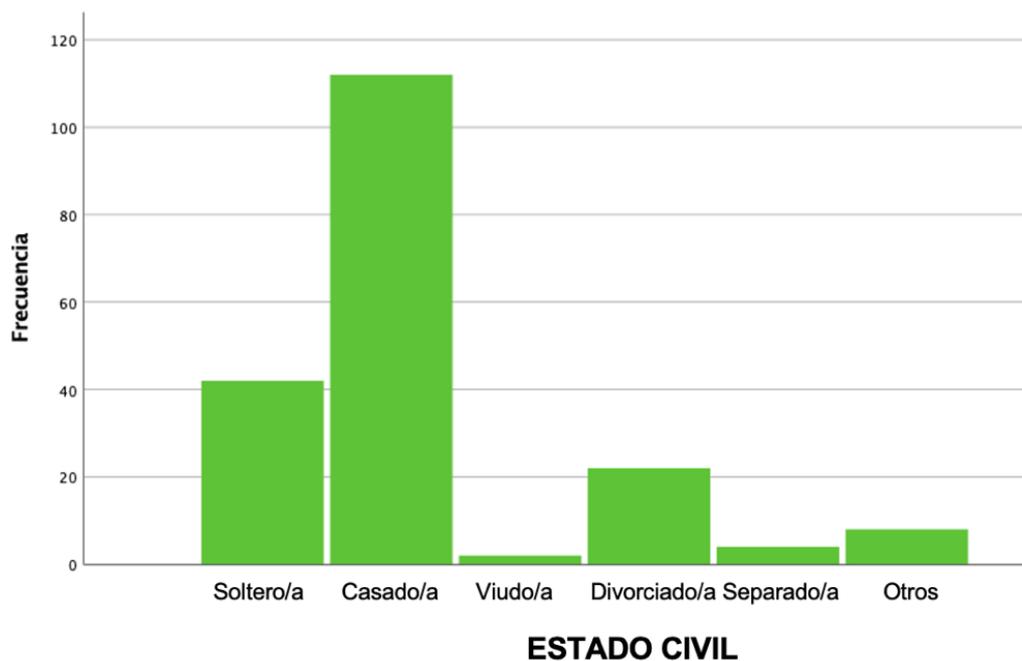
Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

## ESTADO CIVIL.

Respecto al estado civil, 42 sujetos (22,1%) se encuentran en estado de soltería, 112 (58,9%) están casados o casadas, 2 están viudos o viudas (1,1%), hay 22 divorciados o divorciadas (11,6%), 4 separados o separadas (2,1%) y 8 que catalogan su estado civil en el grupo “otros” (4,2%). El grupo más numeroso atendiendo a la variable “estado civil” es grupo de personas casadas (58,9%) y el grupo menos numeroso es el de personas viudas, que supone un 1,1% de la población total (Gráfico 14).

**Gráfico 14**

Histograma con la distribución de la población de Atención Especializada en función de la variable “Estado civil”.



Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

## CATEGORIA PROFESIONAL.

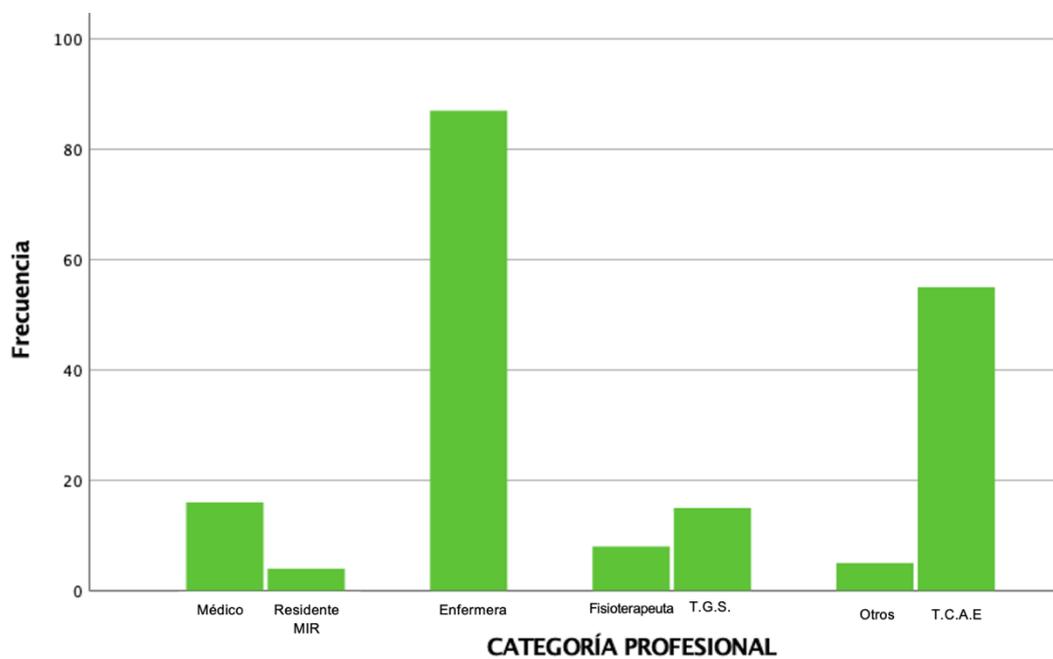
Respecto a la categoría profesional, de los 190 participantes, 16 pertenecen a medicina (8,4%), 4 son MIR de la especialidad Medicina Familiar y Comunitaria (2,1%), 87 son de enfermería (45,8%), 8 son fisioterapeutas (4,2%), 15 son técnicos de grado superior de las diferentes categorías sanitarias presentes en el hospital (7,9%), 55 son técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (28,9%) y, por último, 5 personas (2,6%) se identifican en la categoría profesional “otros”. La categoría celador no obtuvo respuesta, puesto que se eliminó al no cumplir con los criterios de inclusión del estudio, igual que ocurrió con la categoría “administrativos”.

Las categorías de residente de enfermería familiar y comunitaria y de enfermería especialista obstétrico-ginecológica (matrona), que sí estaban incluidas, tampoco obtuvieron ninguna respuesta, en el caso de los residentes, por no participación, y en caso de matronas, por no haber en Atención Especializada en el Área IX – Vega Alta del Segura.

El grupo profesional con mayor participación es enfermería, con un 45,8% sobre el total, y el menos numeroso, los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (2,1%). Llama la atención la baja tasa de participación de la categoría profesional medicina, ya que, en el sondeo inicial en el área, se estimaba que la población de médicos de Atención Especializada rondaba en torno a los 70 profesionales, de los cuales sólo se obtuvo la participación de 16 (Gráfico 15).

### Gráfico 15

Histograma con la distribución de la población de Atención Especializada en función de la variable “Categoría profesional”.



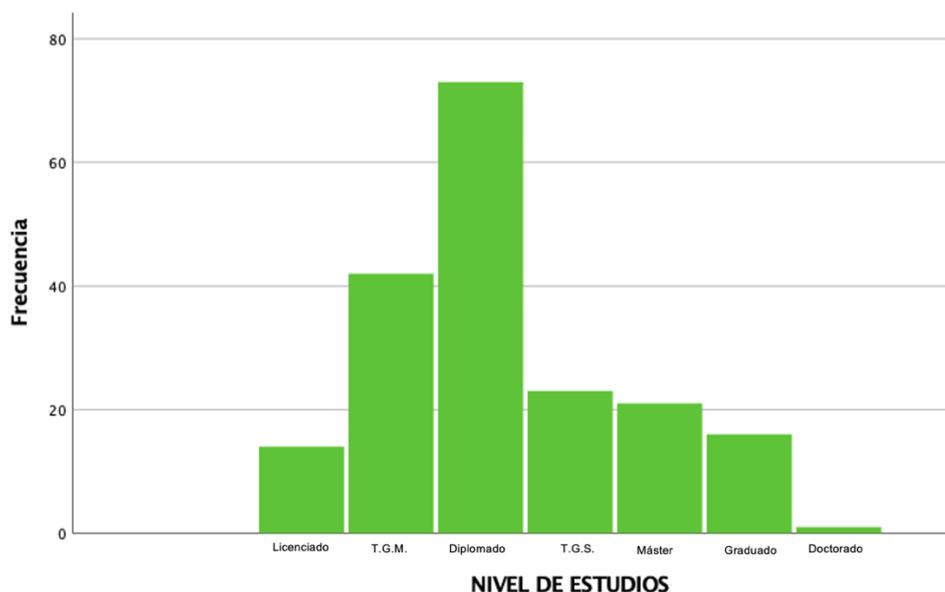
Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

## NIVEL DE ESTUDIOS.

En cuanto al nivel de estudios, de los 190 participantes, el grupo de licenciados está formado por 14 personas (7,4%), técnicos de grado medio hay 42 (22,1%), diplomados hay 73 (38,4%), técnicos de grado superior hay 23 (12,2%), participantes con estudios de máster hay 21 (11,1%), graduados hay 16 (8,4%) y doctorados únicamente una persona (0,5%). Cabe destacar que en el cuestionario se solicitaba que reflejaran el nivel de estudios más alto conseguido. No hay ningún sujeto con la categoría “Estudios básicos”, ya que se excluyeron en los criterios de selección a sujetos con formación inferior a técnico de grado medio. En base a esta variable, el grupo más numeroso es el de diplomados (38,4%), lo cual se corresponde con la categoría profesional más numerosa (enfermería) y con el rango etario más numeroso (40-49 años), ya que hace 20 años, los estudios universitarios de enfermería eran diplomatura. Por otro lado, el grupo menos numeroso es el grupo que ha alcanzado el tercer nivel de estudios, es decir, las personas con doctorado (0,5%) (Gráfico 16).

### Gráfico 16

Histograma con la distribución de la población de Atención Especializada en función de la variable “Nivel de estudios”.



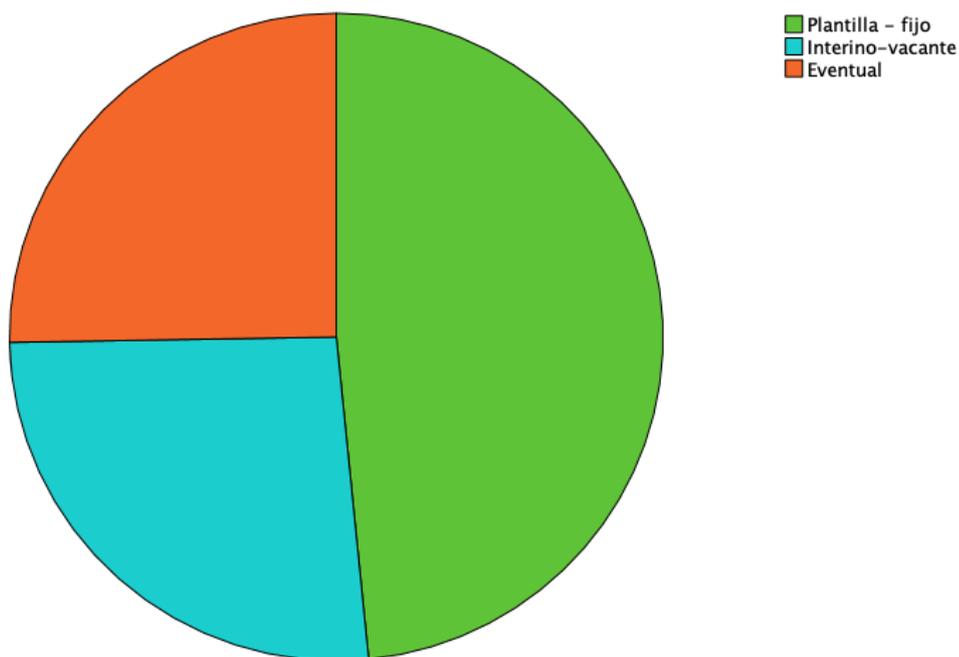
Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

## SITUACION LABORAL.

Con relación a la situación laboral, se pidió a los participantes que señalaran si eran personal fijo del hospital, si tenían contratos de larga duración como interinidad o vacante, si tenían un contrato de corta o media duración o eventual, o si hacían solamente turnos de refuerzo. De los 190 participantes, 92 resultaron ser personal fijo del hospital (48,4%), 50 tenían vacante o interinidad (26,3%), 48 eran eventuales (25,3%) y no hubo ningún participante con contrato de refuerzo. El colectivo con mayor participación fueron los fijos de plantilla (48,4%), y con menor participación, los eventuales (25,3%) (Gráfico 17).

### Gráfico 17

Gráfico circular con la distribución de la población de Atención Especializada en función de la variable “Situación laboral”.



Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

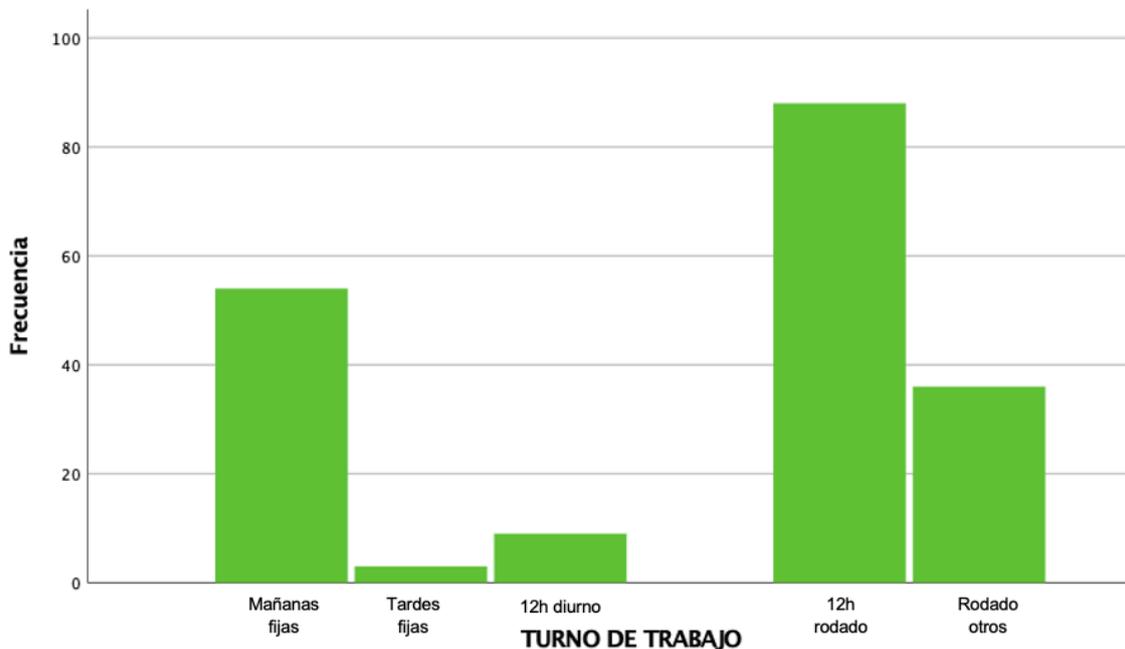
## TURNO DE TRABAJO.

Atendiendo a la variable turno de trabajo, de los participantes, 54 manifestaron trabajar de mañanas fijas (28,4%), 3 de tardes fijas (1,6%), 9 de diurno - 12 horas (4,7%), 88 de turno rodado - 12h diurno y nocturno, y otros 36 se identificaron con el turno “rodado otros”, en el que se recogen los diferentes turnos no referidos anteriormente. Nadie indicó realizar ningún turno de noches fijas.

De los 190 participantes, el mayor porcentaje desarrolló su actividad en el turno rodado - 12h diurno y nocturno (46,3%), siendo los de tardes fijas el grupo de trabajadores menos numeroso (1,6%) (Gráfico 18).

### Gráfico 18

Histograma con la distribución de la población de Atención Especializada en función de la variable “Turno de trabajo”.



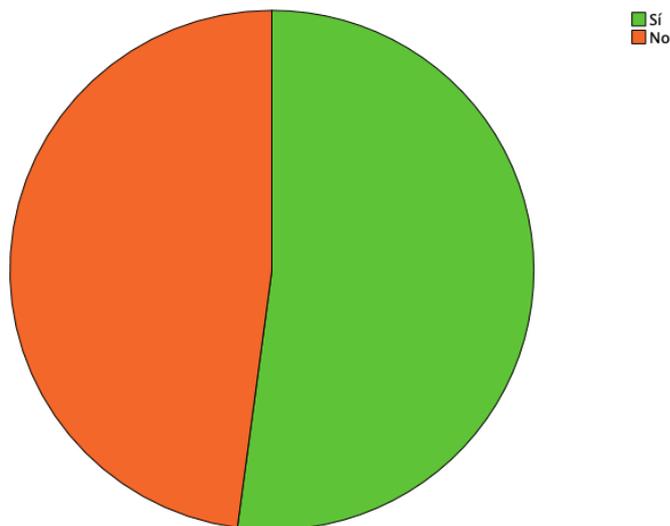
Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

## GUARDIAS.

De los participantes que realizaron el cuestionario, se les preguntó si hacían guardias, entendiendo como guardias turnos de noche alternados con turnos de día. De los 190 participantes, 99 contestaron que sí hacían guardias (52,1%), mientras que 91 no hacían guardias (47,9%) (Gráfico 19).

### Gráfico 19

Gráfico circular con la distribución de la población de Atención Especializada en función de la variable "Guardias".



Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

## TIPO DE JORNADA.

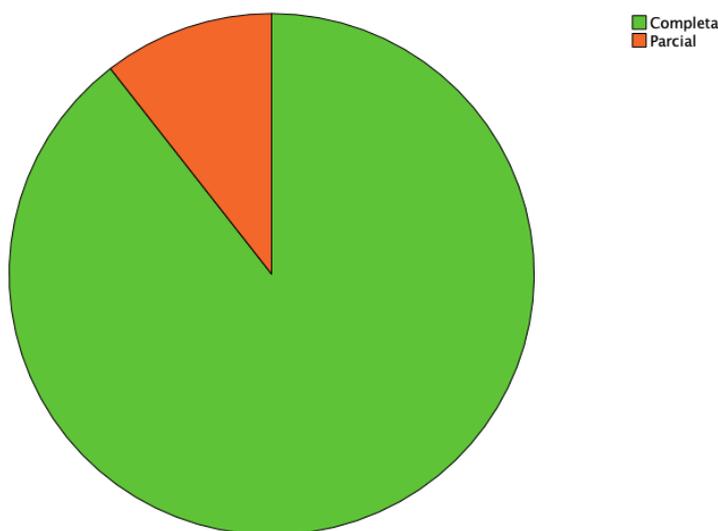
En cuanto al tipo de jornada, se pidió a los participantes que indicasen si tenían un contrato a jornada completa (37,5h/semanales) o cualquier tipo de jornada inferior a las 37,5h, considerándose esta, jornada parcial.

De los 190 participantes, 170 se encontraban trabajando a jornada completa (89,5%), mientras que 20 trabajaban a jornada parcial (10,5%) (Gráfico 20).

Cabe señalar que, en enero de 2024 (posterior a la recogida de los cuestionarios), el Servicio Murciano de Salud implantó la jornada laboral de 35 horas semanales.

### Gráfico 20

Gráfico circular con la distribución de la población de Atención Especializada en función de la variable “Tipo de jornada”.



Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

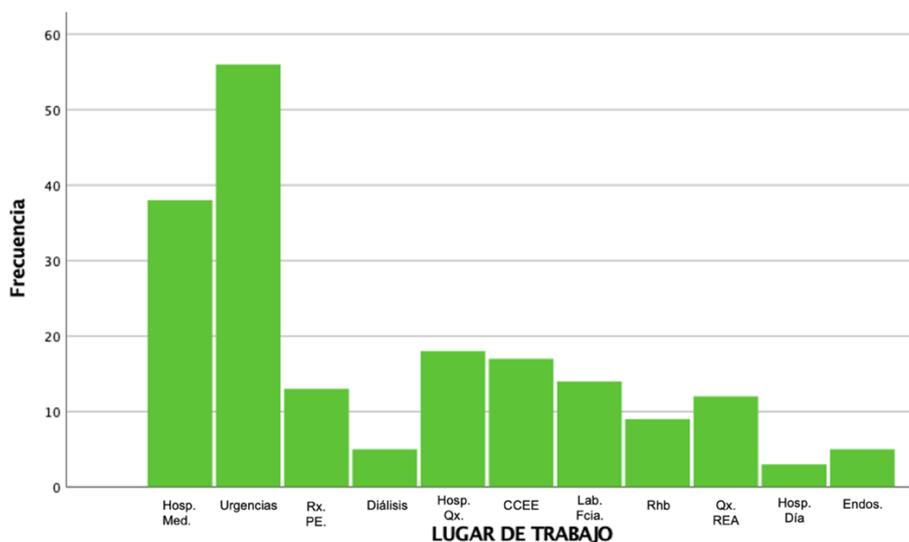
## LUGAR DE TRABAJO.

Atendiendo al lugar de trabajo, el reparto de los participantes se ordena de la siguiente manera: participaron 38 trabajadores de la planta de “Hospitalización Médica” (20%), 56 de “Urgencias” (29,5%), 13 trabajadores de “Radiología y Pruebas Especiales” (6,8%), 5 de “Diálisis” (2,6%), 18 de “Hospitalización Quirúrgica” (9,5%), 17 trabajadores de “Consultas Externas” (8,9%), 14 de “Laboratorio y Farmacia” (7,4%), 9 trabajadores de “Rehabilitación” (4,7%), 12 trabajadores de Quirófano y Reanimación” (6,3%), 3 de “Hospital de Día” (1,6%) y 5 trabajadores de “Endoscopias” (2,6%).

La mayor tasa de participación se obtuvo en el servicio de “Urgencias” (29,5%) seguido de la planta de “Hospitalización Médica” (20%). En contraposición, los servicios con menos adscripción de profesionales fueron “Hospital de Día” (1,6%) y “Endoscopias” y “Diálisis” (2,6%, respectivamente). Llama la atención la baja tasa de participación de los servicios “Quirófano” y “Consultas Externas”; servicios bastante numerosos, con poblaciones similares a “Urgencias” o incluso superiores, y participaciones inferiores al 10% (Gráfico 21).

### Gráfico 21

Histograma con la distribución de la población de Atención Especializada en función de la variable “Lugar de trabajo”.



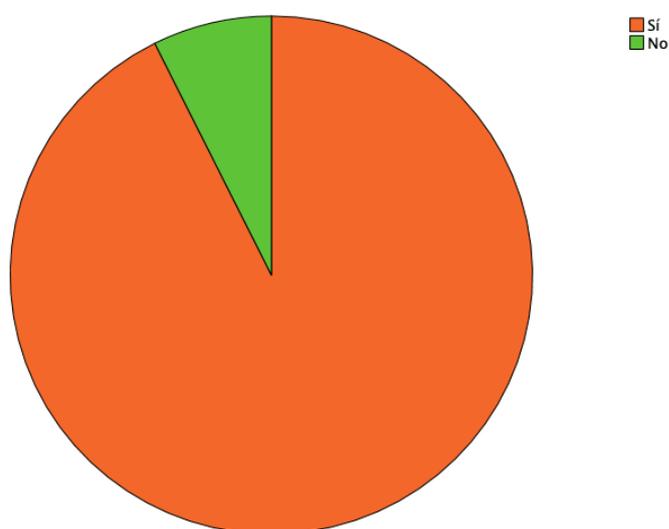
Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

## CONTACTO DIRECTO CON PACIENTES.

Otra de las variables sociodemográficas recogidas en el cuestionario era el trato directo o no con pacientes. De los 190 participantes, 176 realizaban su labor asistencial en contacto directo con pacientes (93,7%), mientras que 12 manifestaron no tener una actividad laborar en contacto directo con pacientes (6,3%) (Gráfico 22).

### Gráfico 22

Gráfico circular con la distribución de la población de Atención Especializada en función de la variable “Contacto directo con pacientes”.



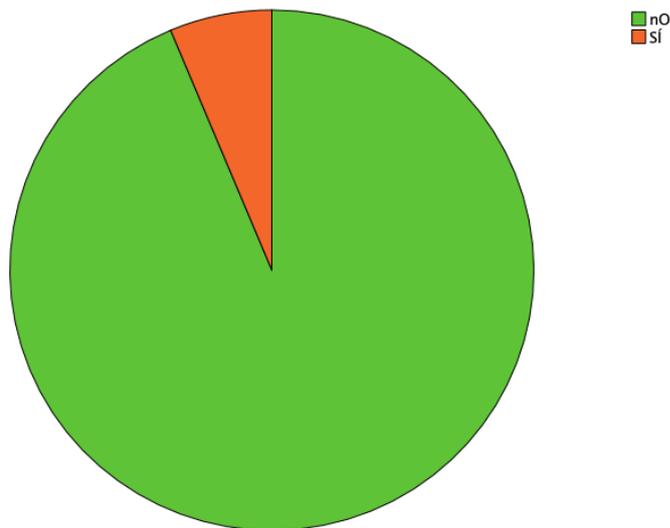
Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

### INCIDENTES NOTIFICADOS EN SiNASP.

Respecto a la comunicación de incidentes y eventos mediante el sistema de notificación SiNASP, de los 190 participantes, solamente 12 de ellos (6,3%) señalaban haber notificado algún incidente mediante dicho sistema, registrándose un total de 20 incidentes, y habiendo, por tanto, un 93,7% de los participantes (178 participantes) que nunca habían notificado ningún incidente por este sistema durante su tiempo trabajando en el Hospital de la Vega Lorenzo Guirao (Gráfico 23).

#### Gráfico 23

Gráfico circular con la distribución de la población de Atención Especializada en función de la variable “Incidentes notificados en SiNASP”.



Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

### **1.2.2. PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA.**

En la tabla 27 se muestran los datos obtenidos mediante el análisis descriptivo del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes sobre la percepción de los profesionales sobre las diferentes dimensiones de la Seguridad del Paciente (los datos se muestran en como mediana  $\pm$  rango intercuartil).

Respecto a la puntuación global obtenida, las dimensiones “Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio” y “Percepción global de seguridad” son las mejor valoradas por los participantes, mientras que las dimensiones “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades” y “Respuesta no punitiva a los errores” son las peor valoradas, tal y como se observa en la tabla 27.

Respecto a los resultados descriptivos del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes en la población total, en todas las dimensiones con un porcentaje superior al 75% se percibe como fortaleza, y valores inferiores al 50% como oportunidad de mejora. Se observan como fortalezas las dimensiones “Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio” y “Percepción global de seguridad”. La única dimensión percibida como oportunidad potencial de mejora ha sido la dimensión “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades”.

**Tabla 27**

Resultados descriptivos del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes en la población total.

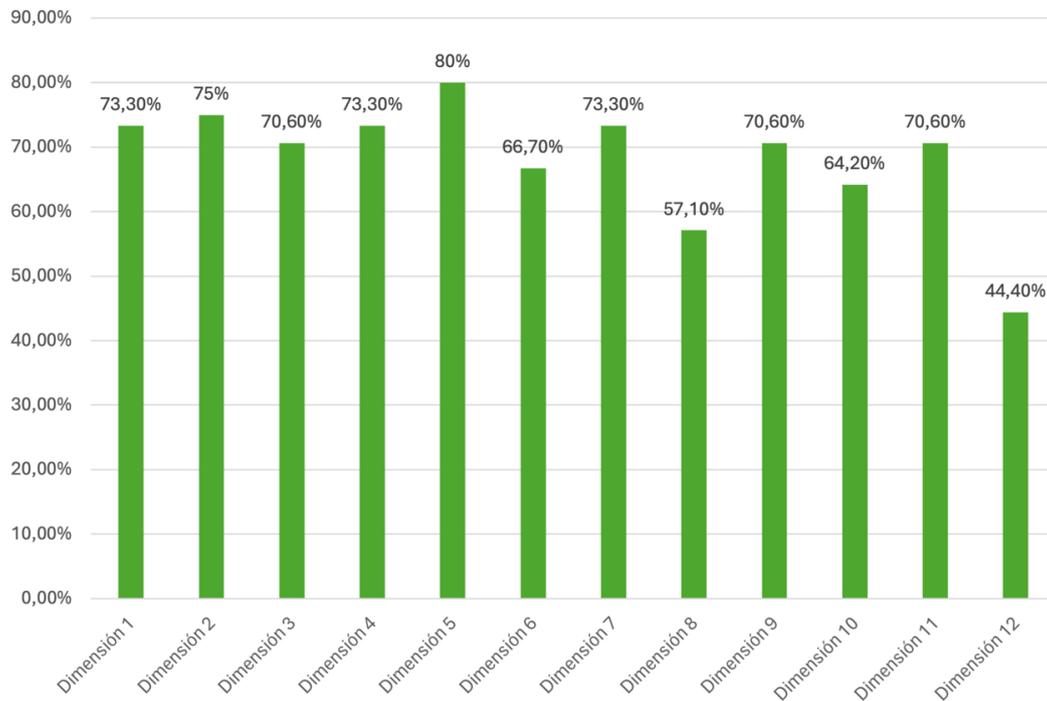
Resultados descriptivos del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes en la población total			
Dimensión	Población total (n=190)	Mínimo - máximo	Puntuación respecto al máximo
Frecuencia de eventos notificados	11 ± 4	5 - 15	73,3%
Percepción global de seguridad	12 ± 2	8 - 16	75%
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	12 ± 1	8 - 17	70,6%
Aprendizaje organizacional/mejora continua	11 ± 2	4 - 15	73,3%
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	16 ± 3	7 - 20	80%
Franqueza en la comunicación	10 ± 2	6 - 15	66,7%
Feed-back y comunicación sobre errores	11 ± 3	4 - 15	73,3%
Respuesta no punitiva a los errores	8 ± 4	3 - 14	57,1%
Dotación de personal	12 ± 3	7 - 17	70,6%
Apoyo de la gerencia del hospital en la Seguridad del Paciente	9 ± 2	5 - 14	64,2%
Trabajo en equipo entre unidades	12 ± 3	4 - 17	70,6%
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	8 ± 3	4 - 18	44,4%

Nota: Elaboración propia.

A continuación, se muestra un diagrama de barras con la representación gráfica de las diferentes dimensiones y el porcentaje medio de respuesta respecto al máximo posible (Gráfico 24).

**Gráfico 24**

Diagrama de barras de los resultados descriptivos por dimensiones en Atención Especializada.



Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

Leyenda del Diagrama de barras: Dimensiones y números			
Frecuencia de eventos notificados	1	Feed-back y comunicación sobre errores	7
Percepción global de seguridad	2	Respuesta no punitiva a los errores	8
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	3	Dotación de personal	9
Aprendizaje organizacional/mejora continua	4	Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	10
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	5	Trabajo en equipo entre unidades	11
Franqueza en la comunicación	6	Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	12

### 1.2.3. ANÁLISIS INFERENCIAL EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

- Determinar la percepción general de los profesionales de Atención Especializada sobre las dimensiones de Seguridad del Paciente incluidas en la herramienta administrada en función de las siguientes variables sociodemográficas:

- Sexo.

En la tabla 28 se muestran los valores obtenidos en las diferentes dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes en función de la variable “Sexo”.

Atendiendo a los resultados derivados del análisis estadístico, podemos afirmar que la percepción sobre las dimensiones de la Seguridad del Paciente es similar entre sexos, aunque sí observamos diferencias estadísticamente significativas en la dimensión “Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad” y “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades”.

**Tabla 28**

Resultados de las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes en función de la variable “Sexo”.

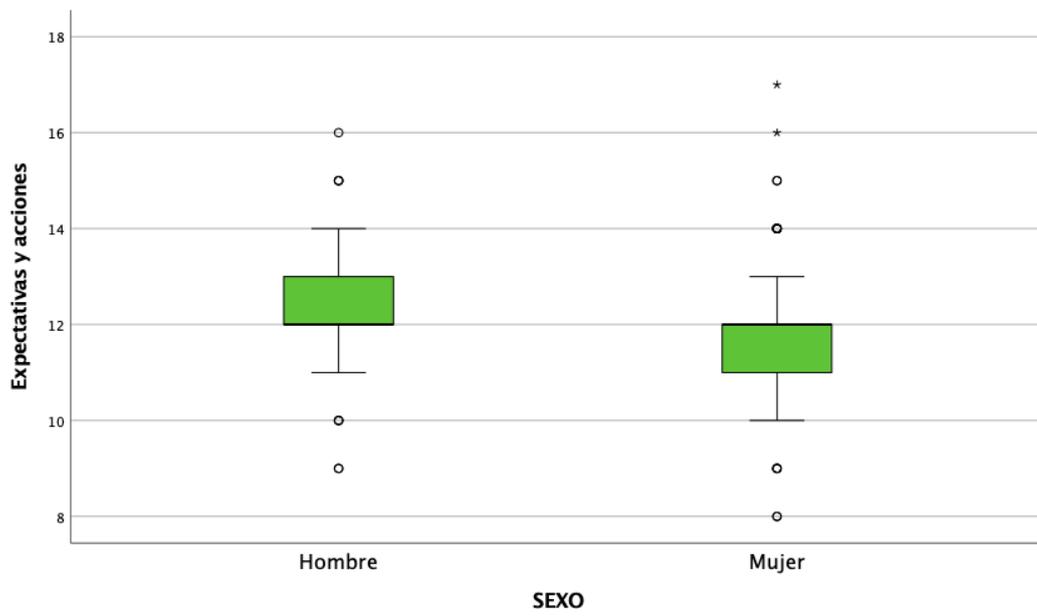
Resultados de las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes en función de la variable “Sexo”			
Dimensión	Hombres (n=46)	Mujeres (n=144)	Sig (p)
Frecuencia de eventos notificados	10 ± 4	11 ± 4	0,146
Percepción global de seguridad	12 ± 3	12 ± 2	0,874
<b>Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad</b>	<b>12 ± 1</b>	<b>12 ± 1</b>	<b>0,010</b>
Aprendizaje organizacional/mejora continua	11 ± 3	12 ± 3	0,126
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	16 ± 3	16 ± 3	0,979
Franqueza en la comunicación	10 ± 2	10 ± 2	0,763
Feed-back y comunicación sobre errores	11 ± 3	11 ± 3	0,331
Respuesta no punitiva a los errores	8 ± 4	8 ± 4	0,311
Dotación de personal	11 ± 3	12 ± 3	0,350
Apoyo de la gerencia del hospital en la Seguridad del Paciente	9 ± 2	10 ± 1	0,159
Trabajo en equipo entre unidades	13 ± 3	12 ± 3	0,217
<b>Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades</b>	<b>10 ± 5</b>	<b>8 ± 2</b>	<b>0,013</b>

Nota: Elaboración propia.

En el gráfico 25 se muestran las puntuaciones de la dimensión “Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad” ( $p=0,010$ ), donde queda de manifiesto que los hombres puntuaban mejor que las mujeres, lo que indica mayores expectativas del grupo de hombres sobre las acciones de la dirección y supervisión de los servicios y unidades en apoyo a la Seguridad del Paciente.

### Gráfico 25

Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad” en función de la variable “Sexo” en la población de Atención Especializada.

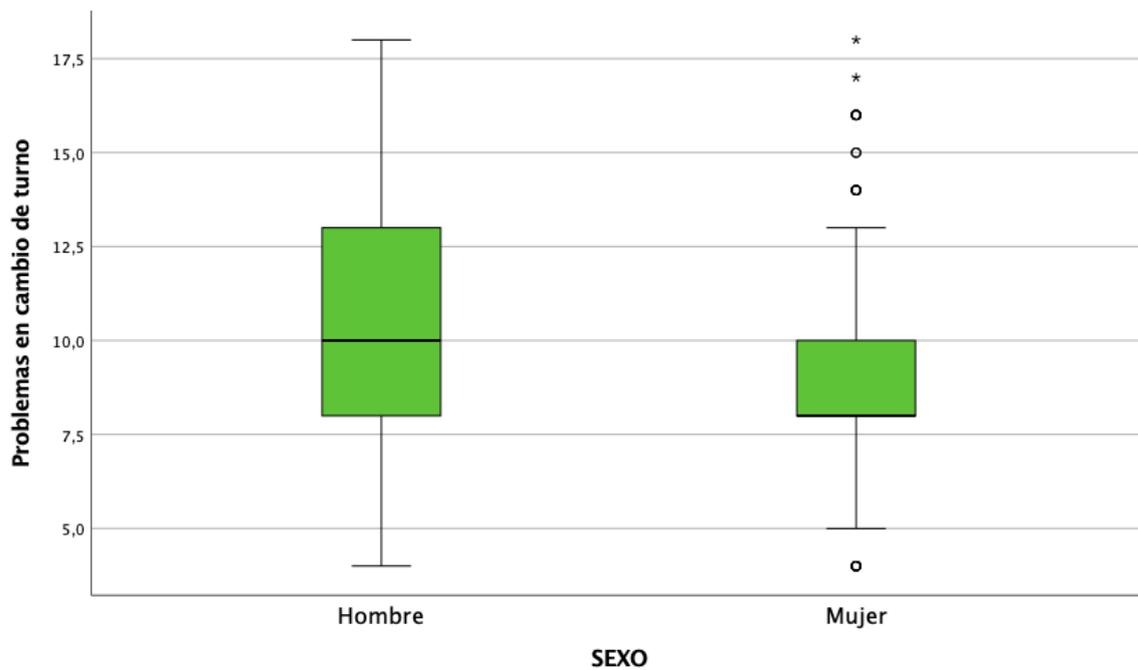


Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

Igualmente, en el gráfico 26, donde se muestran las puntuaciones de la dimensión “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades” ( $p=0,013$ ), vuelve a existir diferencias significativamente estadísticas entre hombres y mujeres, siendo los hombres los que puntúan más alto, e indicando que los hombres consideran más problemáticos los cambios de turnos y las transiciones entre unidades que el grupo de las mujeres.

### Gráfico 26

Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades” en función de la variable “Sexo” en la población de Atención Especializada.



Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

- Edad.

En la tabla 29 se muestran los valores obtenidos en las diferentes dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes, correlacionándolas con la variable “Edad”.

Atendiendo a los resultados derivados del análisis estadístico, sólo se observa significación estadística en la dimensión “Franqueza en la comunicación” ( $p=0,033$ ), la cual presenta una correlación no muy elevada, pero estadísticamente significativa. Podemos afirmar que, la población participante, percibe mayor franqueza comunicativa conforme aumenta la edad.

La otra dimensión que consideramos preciso nombrar, por su cercanía a la significación estadística es la dimensión “Frecuencia de eventos notificados”, la cual se encuentra próxima a poder afirmarse una relación entre la edad y la frecuencia de notificación de eventos adversos en Seguridad del Paciente.

**Tabla 29**

Correlación entre las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes y la variable “Edad”.

Correlación entre las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes y la variable “Edad”		
Dimensión	Coficiente	Sig (p)
Frecuencia de eventos notificados	0,139	0,055
Percepción global de seguridad	0,091	0,214
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	-0,103	0,156
Aprendizaje organizacional/mejora continua	0,114	0,117
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	0,027	0,713
<b>Franqueza en la comunicación</b>	<b>0,155</b>	<b>0,033</b>
Feed-back y comunicación sobre errores	-0,019	0,798
Respuesta no punitiva a los errores	-0,030	0,680
Dotación de personal	0,031	0,673
Apoyo de la gerencia del hospital en la Seguridad del Paciente	0,132	0,070
Trabajo en equipo entre unidades	0,092	0,209
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	0,003	0,971

Nota: Elaboración propia.

- Categoría profesional

A continuación, se muestran los valores obtenidos en las diferentes dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes en función de la variable “Categoría profesional” (Tabla 30).

Atendiendo a los resultados derivados del análisis estadístico, podemos afirmar que la percepción sobre las dimensiones de la Seguridad del Paciente presenta diferencias significativas en las dimensiones “Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio” ( $p < 0,001$ ), “Franqueza en la comunicación” ( $p = 0,025$ ), “Respuesta no punitiva a los errores” ( $p = 0,014$ ) y “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades” ( $p = 0,015$ ).

**Tabla 30**

Resultados de las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes en función de la variable “Categoría profesional”.

Resultados de las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes en función de la variable “Categoría profesional”								
Dimensión	Medicina (n=16)	MIR (n=4)	Enfermería (n= 87)	Fisioterapia (n=8)	TGS (n=15)	Otros (n=5)	TCAE (n=55)	Sig (p)
Frecuencia de eventos notificados	10 ± 4	10 ± 5	11 ± 3	11 ± 6	11 ± 3	15 ± 3	12 ± 3	0,543
Percepción global de seguridad	13 ± 2	14 ± 1	12 ± 2	12 ± 2	12 ± 4	12 ± 2	12 ± 3	0,120
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	11 ± 3	13 ± 3	12 ± 2	12 ± 1	12 ± 0	10 ± 2	12 ± 1	0,285
Aprendizaje organizacional/mejora continua	11 ± 5	9 ± 5	11 ± 2	12 ± 2	10 ± 5	12 ± 3	12 ± 2	0,121
<b>Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio</b>	<b>17 ± 3</b>	<b>13 ± 8</b>	<b>16 ± 2</b>	<b>20 ± 1</b>	<b>14 ± 11</b>	<b>16 ± 4</b>	<b>16 ± 3</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Franqueza en la comunicación</b>	<b>10 ± 2</b>	<b>8 ± 2</b>	<b>9 ± 2</b>	<b>11 ± 1</b>	<b>9 ± 2</b>	<b>10 ± 3</b>	<b>10 ± 2</b>	<b>0,025</b>
Feed-back y comunicación sobre errores	10 ± 5	10 ± 5	11 ± 3	12 ± 4	11 ± 3	12 ± 5	11 ± 4	0,137
<b>Respuesta no punitiva a los errores</b>	<b>8 ± 5</b>	<b>9 ± 4</b>	<b>8 ± 4</b>	<b>4 ± 3</b>	<b>8 ± 3</b>	<b>9 ± 4</b>	<b>8 ± 3</b>	<b>0,014</b>
Dotación de personal	11 ± 4	11 ± 2	12 ± 2	11 ± 4	13 ± 2	14 ± 5	11 ± 3	0,249
Apoyo de la gerencia del hospital en la Seguridad del Paciente	9 ± 3	8 ± 3	9 ± 2	10 ± 3	9 ± 3	9 ± 1	10 ± 1	0,332
Trabajo en equipo entre unidades	13 ± 2	10 ± 4	13 ± 3	10 ± 7	12 ± 4	12 ± 4	13 ± 2	0,090
<b>Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades</b>	<b>12 ± 6</b>	<b>12 ± 7</b>	<b>8 ± 3</b>	<b>11 ± 7</b>	<b>10 ± 5</b>	<b>10 ± 3</b>	<b>8 ± 1</b>	<b>0,015</b>

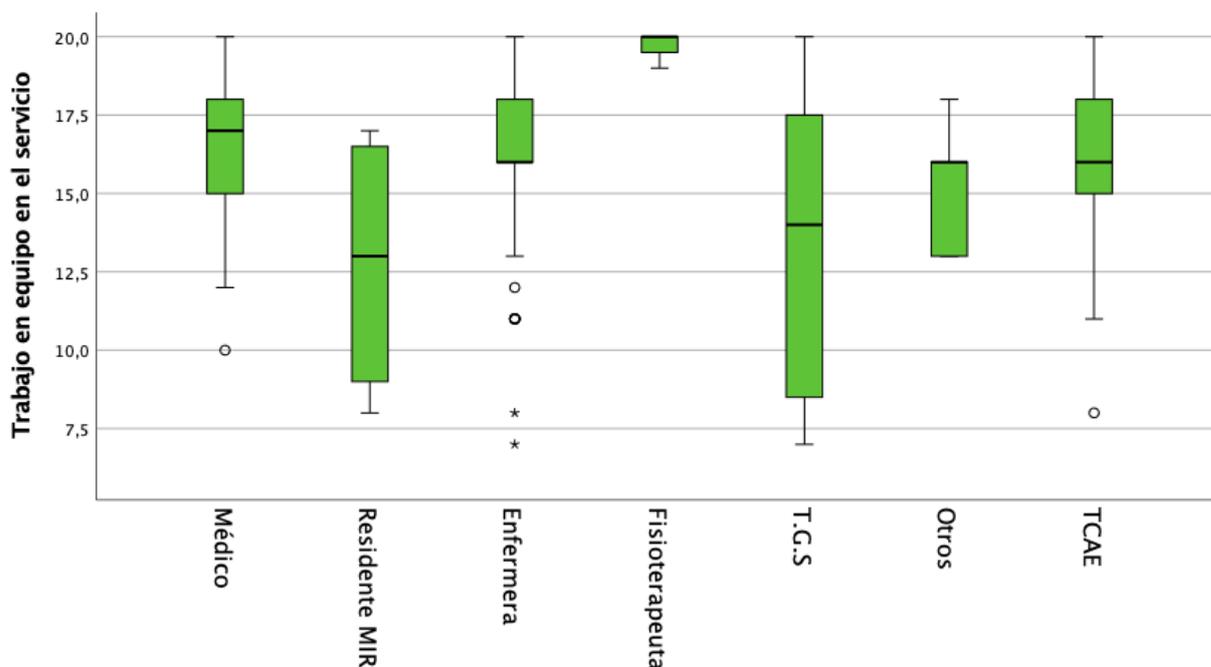
Nota: Elaboración propia.

Se procede a analizar y comentar los diagramas de cajas de las dimensiones que han resultado demostrar diferencias significativamente estadísticas.

En el gráfico 27 se muestran las puntuaciones de la dimensión “Trabajo en equipo en el servicio” ( $p < 0,001$ ), donde queda de manifiesto que los fisioterapeutas son los que mejor puntúan esta dimensión, es decir, consideran altamente favorable el ambiente de trabajo en equipo, seguidos de profesionales médicos, profesionales de enfermería y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. En cambio, los residentes MIR son los que perciben un peor ambiente de trabajo en equipo.

**Gráfico 27**

Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio” en función de la variable “Categoría profesional” en la población de Atención Especializada.

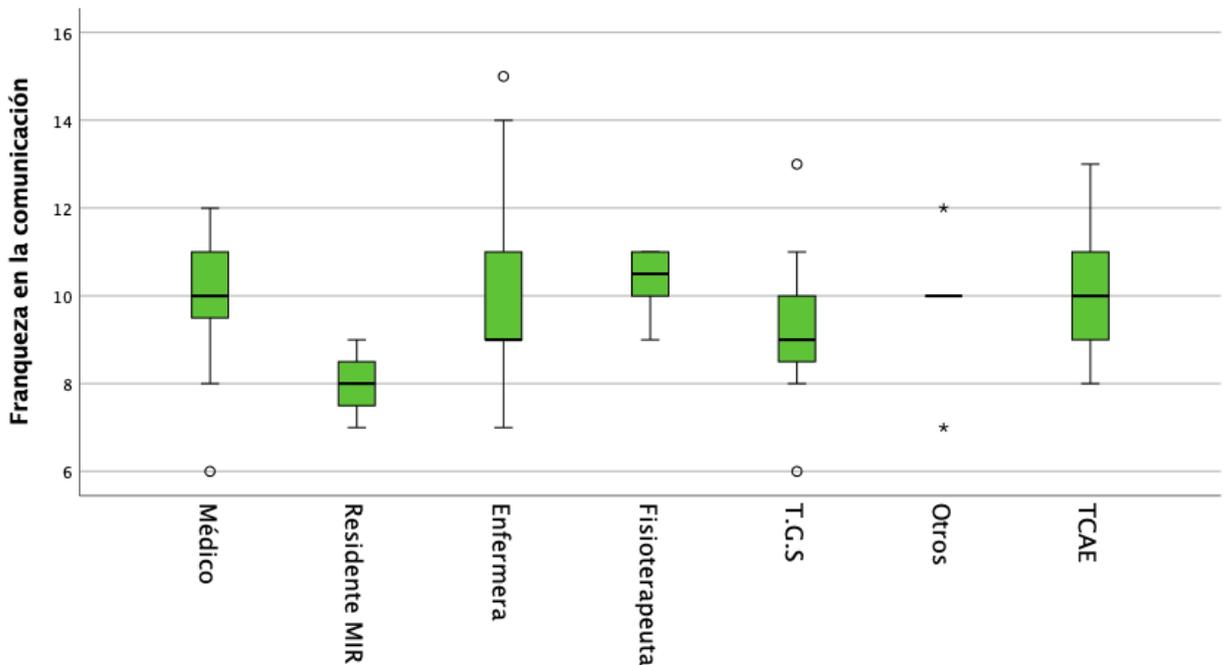


Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

En el gráfico 28 se muestran las puntuaciones de la dimensión “Franqueza en la comunicación” ( $p=0,025$ ), donde los fisioterapeutas vuelven a ser los que mejor puntúan esta dimensión, seguidos de los médicos y médicas y los técnicos auxiliares de enfermería. Los que peor puntúan esta dimensión son los residentes MIR. Llama la atención la dispersión y variabilidad de resultados entre los profesionales de enfermería.

**Gráfico 28**

Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Franqueza en la comunicación” en función de la variable “Categoría profesional” en la población de Atención Especializada.

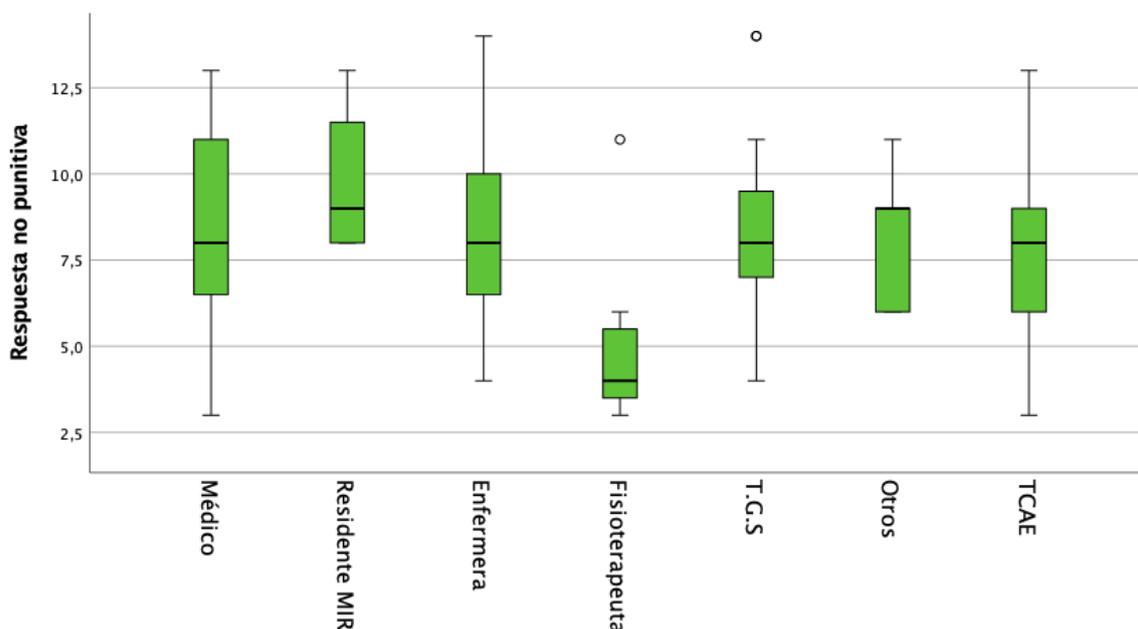


Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

En el gráfico 29 se muestran las puntuaciones de la dimensión “Respuesta no punitiva” ( $p=0,014$ ), donde, atendiendo a la puntuación global, se observa que el grueso de los profesionales la valoran con puntuaciones bajas, pudiendo afirmar que los profesionales sí que consideran que la comunicación del error puede tener respuesta punitiva. Son en este caso los profesionales en formación, los residentes MIR, los que tienen una percepción menos punitiva de la comunicación del error, posiblemente relacionado con su rol de profesional en formación. Los profesionales que consideran que hay mayores repercusiones punitivas tras la comunicación de un error o evento adverso son los fisioterapeutas.

**Gráfico 29**

Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Respuesta no punitiva a los errores” en función de la variable “Categoría profesional” en la población de Atención Especializada.

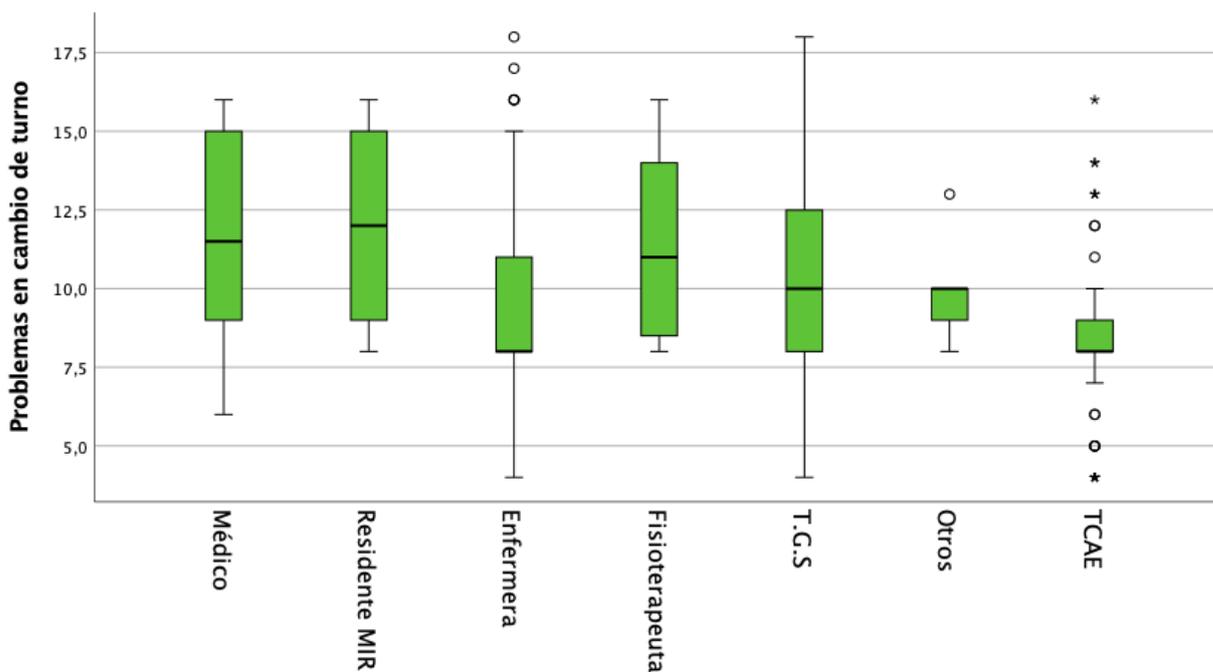


Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

Respecto al gráfico 30 se muestran las puntuaciones de la dimensión “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades” ( $p=0,015$ ), donde se aprecia que los profesionales que advierten una menor problemática en el cambio de turno entre profesionales y cambios de unidad o servicio son los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y los enfermeros y enfermeras. Estos profesionales, con frecuencia, en la práctica asistencial en atención especializada, se encargan de contar relevos en los cambios de turno y están más familiarizados con cambios de servicios debido a modalidades laborales como los EVO (equipos volantes). En cambio, los profesionales médicos y residentes MIR son los que valoran los cambios de turno y las transiciones entre servicios.

**Gráfico 30**

Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades” en función de la variable “Categoría profesional” en la población de Atención Especializada.



Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

- Antigüedad ejerciendo la profesión.

En la tabla 31 se muestran los valores obtenidos en las diferentes dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes, correlacionándolas con la variable “Antigüedad ejerciendo la profesión”.

Atendiendo a los resultados derivados del análisis estadístico, no se observa significación estadística en ninguna de las dimensiones, por lo que, podemos afirmar, que, en la población participante, no observamos ninguna asociación significativa entre los años trabajando y la percepción sobre las diferentes dimensiones de la Seguridad del Paciente.

**Tabla 31**

Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades” en función de la variable “Categoría profesional” en la población de Atención Especializada.

Correlación entre las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes y la variable “Antigüedad ejerciendo la profesión”		
Dimensión	Coficiente	Sig (p)
Frecuencia de eventos notificados	-0,053	0,468
Percepción global de seguridad	-0,035	0,633
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	0,031	0,671
Aprendizaje organizacional/mejora continua	-0,093	0,204
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	0,030	0,682
Franqueza en la comunicación	-0,119	0,102
Feed-back y comunicación sobre errores	0,126	0,084
Respuesta no punitiva a los errores	-0,081	0,264
Dotación de personal	-0,053	0,470
Apoyo de la gerencia del hospital en la Seguridad del Paciente	-0,029	0,687

Correlación entre las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes y la variable “Antigüedad ejerciendo la profesión”		
Dimensión	Coeficiente	Sig (p)
<i>(continuación tabla 31)</i>		
Trabajo en equipo entre unidades	0,005	0,950
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	-0,048	0,512

Nota: Elaboración propia.

- Antigüedad trabajando en el centro.

En la tabla 32 se muestran los valores obtenidos en las diferentes dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes, correlacionándolas con la variable “Antigüedad en el centro”.

En este caso, solamente podemos afirmar que hay significación estadística entre la dimensión “Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio” y los años trabajando en el hospital, pese a mostrar una correlación muy débil, lo que indica que los trabajadores que llevan más años en el centro consideran que hay peor clima de trabajo en equipo.

**Tabla 32**

Correlación entre las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes y la variable “Antigüedad en el centro”.

Correlación entre las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes y la variable “Antigüedad en el centro”		
Dimensión	Coeficiente	Sig (p)
Frecuencia de eventos notificados	0,001	0,986
Percepción global de seguridad	0,037	0,610
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	-0,046	0,531
Aprendizaje organizacional/mejora continua	0,091	0,213

Correlación entre las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes y la variable “Antigüedad en el centro”		
Dimensión	Coefficiente	Sig (p)
<i>(continuación tabla 32)</i>		
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	-0,161	0,026
Franqueza en la comunicación	0,040	0,587
Feed-back y comunicación sobre errores	-0,089	0,222
Respuesta no punitiva a los errores	0,077	0,292
Dotación de personal	-0,067	0,358
Apoyo de la gerencia del hospital en la Seguridad del Paciente	0,066	0,366
Trabajo en equipo entre unidades	0,003	0,972
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	-0,042	0,563

Nota: Elaboración propia.

- Antigüedad en el servicio.

En la tabla 33 se muestran los valores obtenidos en las diferentes dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes, correlacionándolas con la variable “Antigüedad en el servicio”.

Tras realizar el análisis estadístico, encontramos significación estadística en las dimensiones “Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio” y “Respuesta no punitiva a los errores”.

En el caso de la dimensión “Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio” ( $p=0,050$ ), la significación estadística es débil, al igual que el coeficiente de correlación, pero podríamos afirmar que, existe cierta relación negativa entre la percepción de trabajo en equipo y los años en el servicio de trabajo, percibiéndose ligeramente peor el trabajo en equipo conforme aumentan los años trabajando en el servicio.

En el caso de la dimensión “Respuesta no punitiva a los errores” ( $p=0,027$ ), se observa una significación estadística más fuerte pese a que presenta una correlación positiva débil, pudiendo decir así que, los profesionales perciben que hay una menor respuesta punitiva ante la comunicación del error conforme llevan más años trabajando en el servicio, percepción que refuerza el carácter no punitivo de la notificación de eventos adversos e incidentes en Seguridad del Paciente, promulgado por los gestores de los servicios sanitarios, en este caso, por los gestores y gestoras del Hospital de la Vega Lorenzo Guirao.

**Tabla 33**

Correlación entre las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes y la variable “Antigüedad en el servicio”.

Correlación entre las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes y la variable “Antigüedad en el servicio”		
Dimensión	Coficiente	Sig (p)
Frecuencia de eventos notificados	-0,020	0,789
Percepción global de seguridad	0,050	0,490
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	-0,026	0,725
Aprendizaje organizacional/mejora continua	0,041	0,572
<b>Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio</b>	<b>-0,142</b>	<b>0,050</b>
Franqueza en la comunicación	-0,032	0,660
Feed-back y comunicación sobre errores	-0,121	0,097
<b>Respuesta no punitiva a los errores</b>	<b>0,160</b>	<b>0,027</b>
Dotación de personal	-0,048	0,515
Apoyo de la gerencia del hospital en la Seguridad del Paciente	0,046	0,528
Trabajo en equipo entre unidades	-0,011	0,883
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	0,018	0,801

Nota: Elaboración propia.

- Lugar de trabajo.

A continuación, se muestran los valores obtenidos en las diferentes dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes en función de la variable “Lugar de trabajo” (Tabla 34).

**Tabla 34**

Resultados de las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes en función de la variable "Lugar de trabajo".

Resultados de las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes en función de la variable "Lugar de trabajo".												
Dimensión	H. Med. (n=38)	Urg (n=56)	Rx (n= 13)	Diál (n=5)	H. Qx. (n=18)	CCEE (n=17)	Lab (n=14)	Rhb (n=9)	Qx (n=12)	HD (n=3)	End (n=5)	Sig (p)
<b>Frecuencia de eventos notificados</b>	<b>10 ± 3</b>	<b>9 ± 3</b>	<b>12 ± 3</b>	<b>12 ± 7</b>	<b>12 ± 5</b>	<b>13 ± 3</b>	<b>12 ± 6</b>	<b>11 ± 6</b>	<b>12 ± 2</b>	<b>10 ± 0</b>	<b>12 ± 4</b>	<b>0,023</b>
Percepción global de seguridad	13 ± 3	12 ± 2	12 ± 3	12 ± 2	12 ± 2	13 ± 3	12 ± 1	12 ± 2	12 ± 3	12 ± 0	11 ± 2	0,641
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	12 ± 1	12 ± 2	12 ± 0	11 ± 2	12 ± 2	12 ± 1	12 ± 2	12 ± 1	12 ± 1	11 ± 0	11 ± 4	0,132
<b>Aprendizaje organizacional/mejora continua</b>	<b>12 ± 2</b>	<b>11 ± 3</b>	<b>10 ± 6</b>	<b>9 ± 5</b>	<b>13 ± 3</b>	<b>11 ± 2</b>	<b>12 ± 4</b>	<b>12 ± 2</b>	<b>13 ± 4</b>	<b>11 ± 0</b>	<b>11 ± 4</b>	<b>0,009</b>
<b>Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio</b>	<b>17 ± 3</b>	<b>16 ± 3</b>	<b>11 ± 8</b>	<b>17 ± 3</b>	<b>18 ± 4</b>	<b>16 ± 1</b>	<b>16 ± 4</b>	<b>20 ± 1</b>	<b>15 ± 7</b>	<b>14 ± 0</b>	<b>19 ± 5</b>	<b>&lt;0,001</b>
Franqueza en la comunicación	9 ± 2	10 ± 2	9 ± 2	10 ± 3	11 ± 2	10 ± 3	10 ± 3	10 ± 1	10 ± 2	10 ± 0	8 ± 4	0,410
<b>Feed-back y comunicación sobre errores</b>	<b>11 ± 3</b>	<b>10 ± 4</b>	<b>11 ± 3</b>	<b>12 ± 3</b>	<b>11 ± 2</b>	<b>11 ± 3</b>	<b>12 ± 2</b>	<b>12 ± 3</b>	<b>12 ± 2</b>	<b>12 ± 2</b>	<b>12 ± 3</b>	<b>0,025</b>
<b>Respuesta no punitiva a los errores</b>	<b>8 ± 3</b>	<b>8 ± 3</b>	<b>9 ± 4</b>	<b>8 ± 5</b>	<b>7 ± 4</b>	<b>7 ± 2</b>	<b>9 ± 4</b>	<b>4 ± 4</b>	<b>10 ± 3</b>	<b>7 ± 0</b>	<b>8 ± 3</b>	<b>0,003</b>
<b>Dotación de personal</b>	<b>11 ± 2</b>	<b>11 ± 3</b>	<b>13 ± 4</b>	<b>14 ± 5</b>	<b>11 ± 3</b>	<b>12 ± 2</b>	<b>12 ± 4</b>	<b>10 ± 4</b>	<b>14 ± 3</b>	<b>13 ± 0</b>	<b>13 ± 4</b>	<b>0,009</b>

Resultados de las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes en función de la variable "Lugar de trabajo".

Dimensión	H. Med. (n=38)	Urg (n=56)	Rx (n= 13)	Diál (n=5)	H. Qx. (n=18)	CCEE (n=17)	Lab (n=14)	Rhb (n=9)	Qx (n=12)	HD (n=3)	End (n=5)	Sig (p)
<i>(continuación tabla 34)</i>												
Apoyo de la gerencia del hospital en la Seguridad del Paciente	9 ± 2	9 ± 2	10 ± 2	9 ± 3	10 ± 2	10 ± 1	9 ± 1	10 ± 3	9 ± 2	10 ± 0	9 ± 4	0,495
<b>Trabajo en equipo entre unidades</b>	<b>13 ± 3</b>	<b>13 ± 4</b>	<b>10 ± 4</b>	<b>12 ± 1</b>	<b>13 ± 2</b>	<b>14 ± 2</b>	<b>13 ± 2</b>	<b>11 ± 8</b>	<b>11 ± 4</b>	<b>12 ± 0</b>	<b>14 ± 3</b>	<b>0,035</b>
<b>Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades</b>	<b>8 ± 2</b>	<b>9 ± 5</b>	<b>10 ± 6</b>	<b>8 ± 3</b>	<b>8 ± 4</b>	<b>8 ± 2</b>	<b>9 ± 3</b>	<b>12 ± 8</b>	<b>10 ± 7</b>	<b>8 ± 0</b>	<b>8 ± 8</b>	<b>0,016</b>

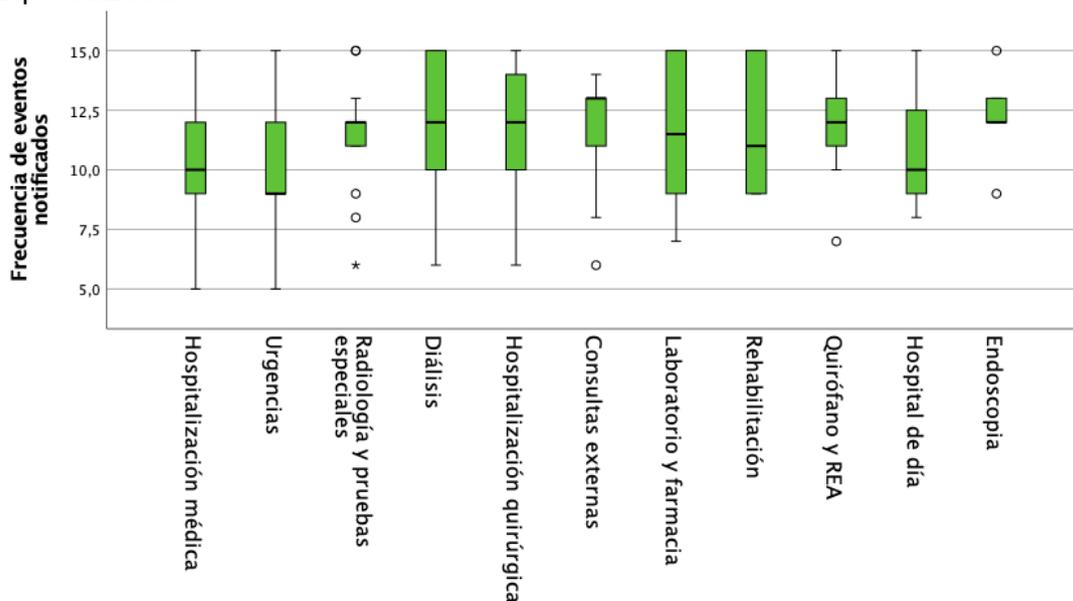
Nota: Elaboración propia.

Atendiendo a los resultados derivados del análisis estadístico, podemos afirmar que existen diferencias significativas en las dimensiones “Frecuencia de eventos notificados”, “Aprendizaje organizacional/mejora continua”, “Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio”, “Feed-back y comunicación sobre errores”, “Respuesta no punitiva a los errores”, “Dotación de personal”, “Trabajo en equipo entre unidades” y “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades”. Se procede a analizar y comentar los diagramas de cajas de las dimensiones que han resultado demostrar diferencias significativamente estadísticas:

Respecto a la dimensión “Frecuencia de eventos notificados” ( $p=0,023$ ), la mediana de frecuencia de notificación más alta se encuentra en el servicio de “Consultas externas”, sin embargo, llama la atención que la zona con menor frecuencia de notificación de eventos adversos es el servicio de “Urgencias”, servicio que estadísticamente y debido a su dinámica, tiene mayor probabilidad de ser epicentro de eventos adversos (Gráfico 31).

**Gráfico 31**

Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Frecuencia de eventos notificados” en función de la variable “Lugar de trabajo” en la población de Atención Especializada.

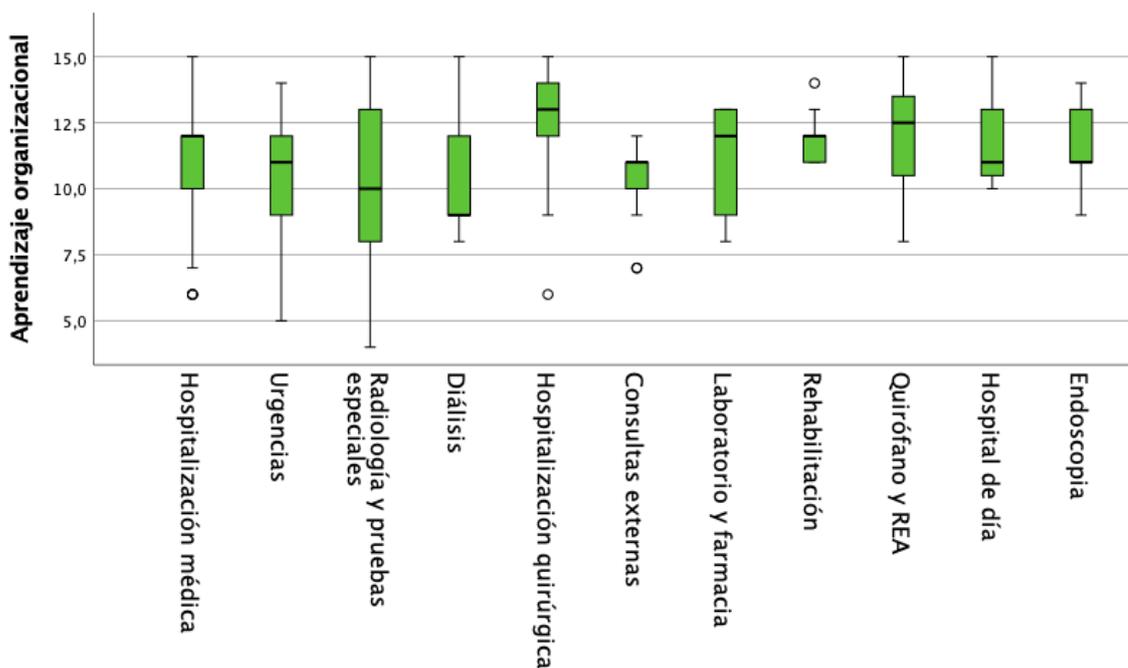


Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

Respecto a la dimensión “Aprendizaje organizacional” ( $p=0,009$ ) (Gráfico 32), se observa una considerable significación estadística. Analizando los resultados, podemos observar que los servicios de Hospitalización Quirúrgica y Quirófano y Reanimación son los que mejor puntúan esta dimensión, afirmando así que los profesionales participantes de estos servicios perciben que se lleva a cabo una labor de educación y formación en materia de Seguridad del Paciente. Los servicios de Diálisis y Radiología son los que perciben un peor grado de aprendizaje por parte de la organización en materia de Seguridad del Paciente.

**Gráfico 32**

Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Aprendizaje organizacional” en función de la variable “Lugar de trabajo” en la población de Atención Especializada.

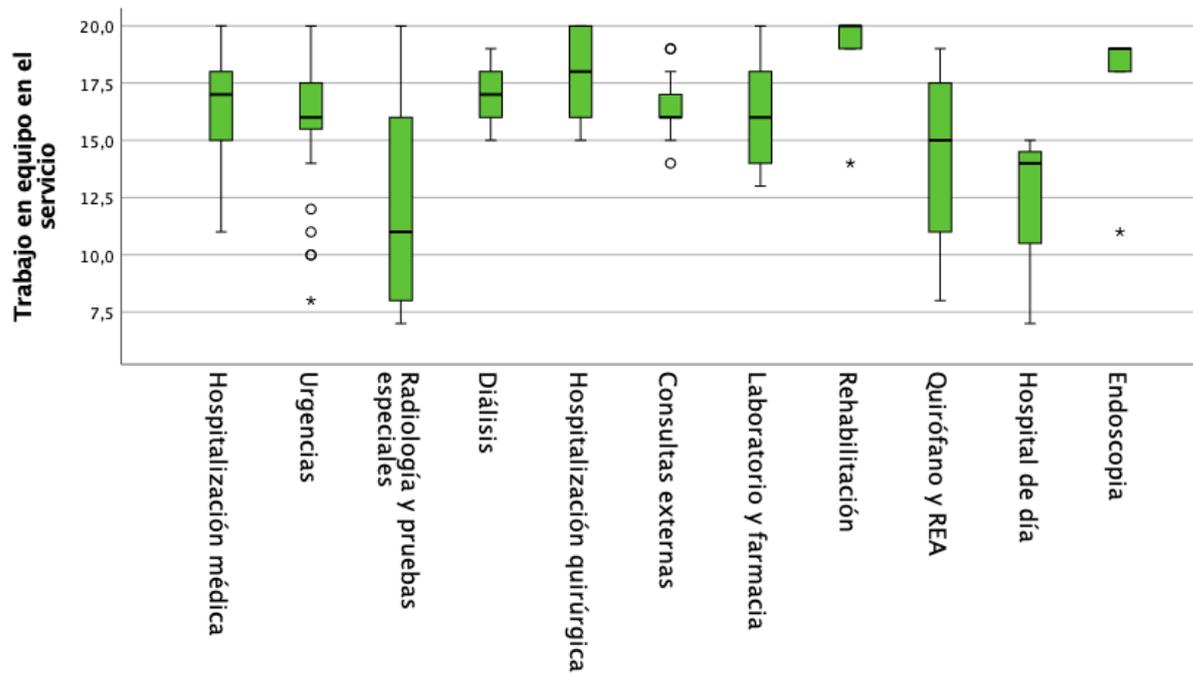


Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

En el gráfico 33, se muestran los resultados del análisis de la dimensión “Trabajo en equipo en el servicio” ( $p < 0,001$ ) en función del lugar de trabajo, donde también se aprecian diferencias estadísticamente significativas. Cabe destacar que, en líneas generales, la mayoría de los servicios califican el trabajo en equipo con valoraciones altas, siendo especialmente favorable en los servicios de Rehabilitación y Endoscopias. Los servicios que peor puntúan el trabajo en equipo son Radiología y Pruebas Especiales y Hospital del Día.

**Gráfico 33**

Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Trabajo en equipo en el servicio” en función de la variable “Lugar de trabajo” en la población de Atención Especializada.

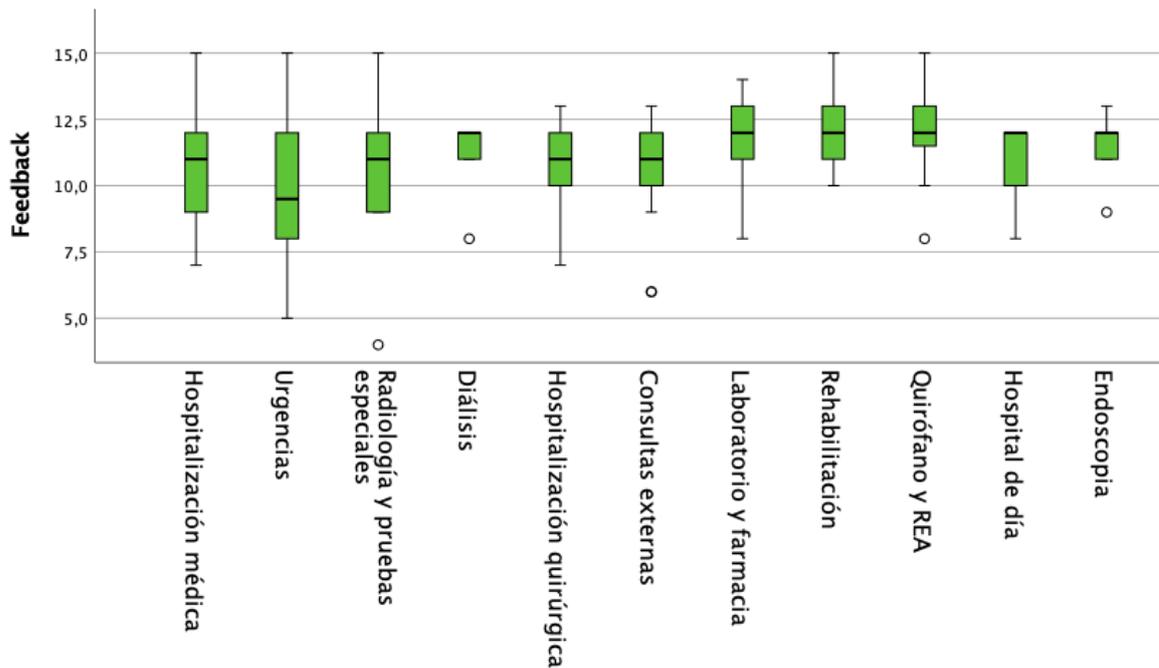


Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

Analizando los resultados de la dimensión “Feedback y comunicación sobre errores” ( $p=0,025$ ), también se observa significación estadística. Los trabajadores de los servicios de Quirófano y Reanimación y de Rehabilitación son los que puntúan mejor esta dimensión, pudiendo afirmar que son los servicios en los que los profesionales perciben en mayor medida que hay comunicación de vuelta una vez comunicado un evento adverso o incidente de Seguridad del Paciente. El servicio que percibe un peor Feedback tras comunicar un evento adverso es el servicio de Urgencias (Gráfico 34).

**Gráfico 34**

Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Feedback” en función de la variable “Lugar de trabajo” en la población de Atención Especializada.

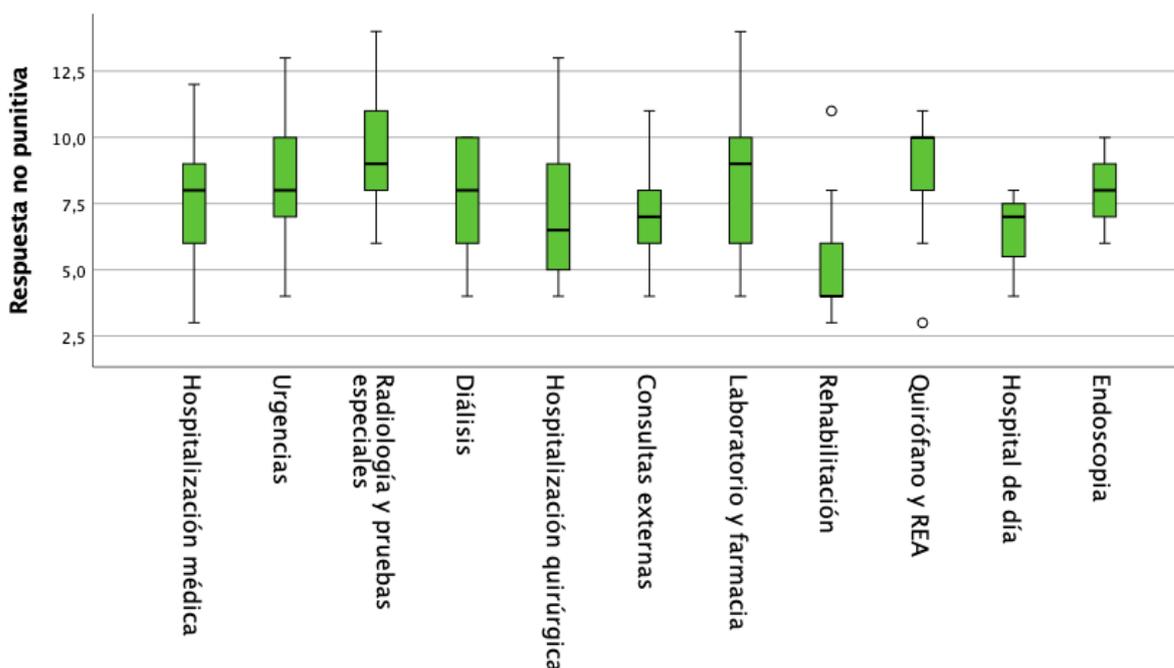


Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

En la dimensión “Respuesta no punitiva” ( $p=0,003$ ) también encontramos diferencias significativamente estadísticas. Los profesionales de Quirófano y Reanimación son los que consideran que la notificación de incidentes de Seguridad del Paciente tiene una menor respuesta punitiva, es decir, no asocian castigo al hecho de comunicar o notificar un evento adverso. Los profesionales de Rehabilitación, en cambio, perciben que la comunicación de eventos adversos viene ligada en cierta medida a una respuesta punitiva por parte de los gestores o supervisores (Gráfico 35).

**Gráfico 35**

Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Respuesta no punitiva” en función de la variable “Lugar de trabajo” en la población de Atención Especializada.

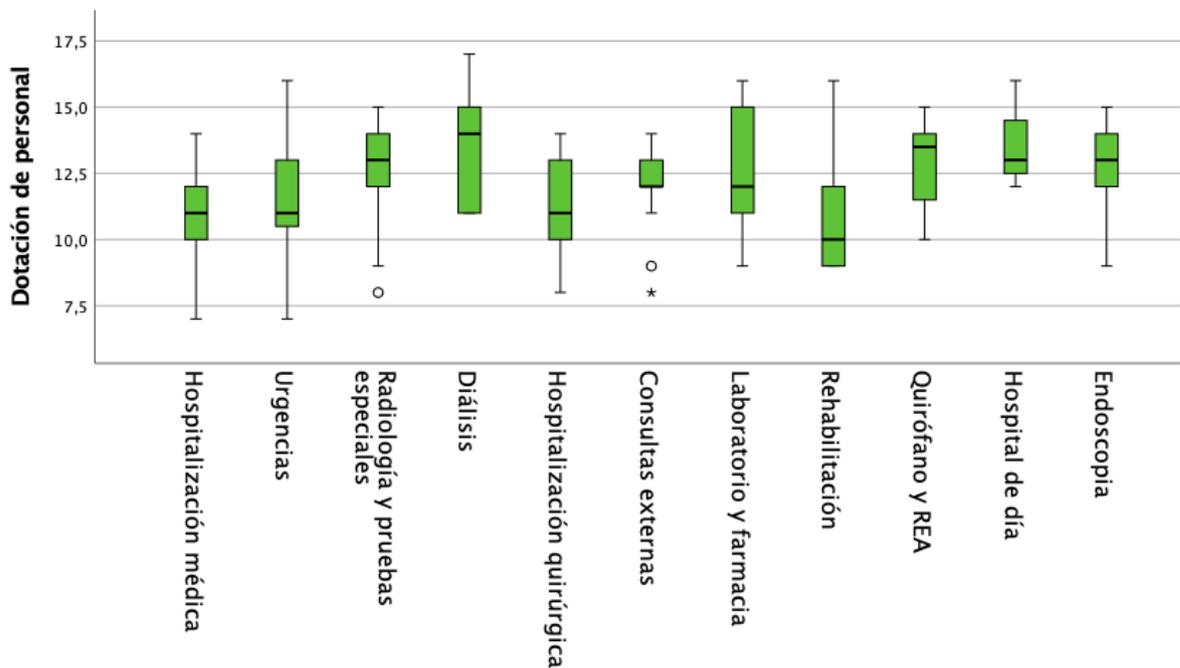


Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

En el gráfico 36, se muestra la representación de los datos obtenidos del análisis de la dimensión “Dotación de personal” ( $p=0,009$ ), donde encontramos que, el servicio que percibe una mejor dotación de personal es el servicio de Diálisis, siendo los servicios de Laboratorio y Farmacia, las plantas de Hospitalización Médica y Quirúrgica, y Urgencias, son los servicios que perciben más necesidad de personal por falta de éste, considerando insuficiente la dotación de personal actual.

**Gráfico 36**

Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Dotación de personal” en función de la variable “Lugar de trabajo” en la población de Atención Especializada.

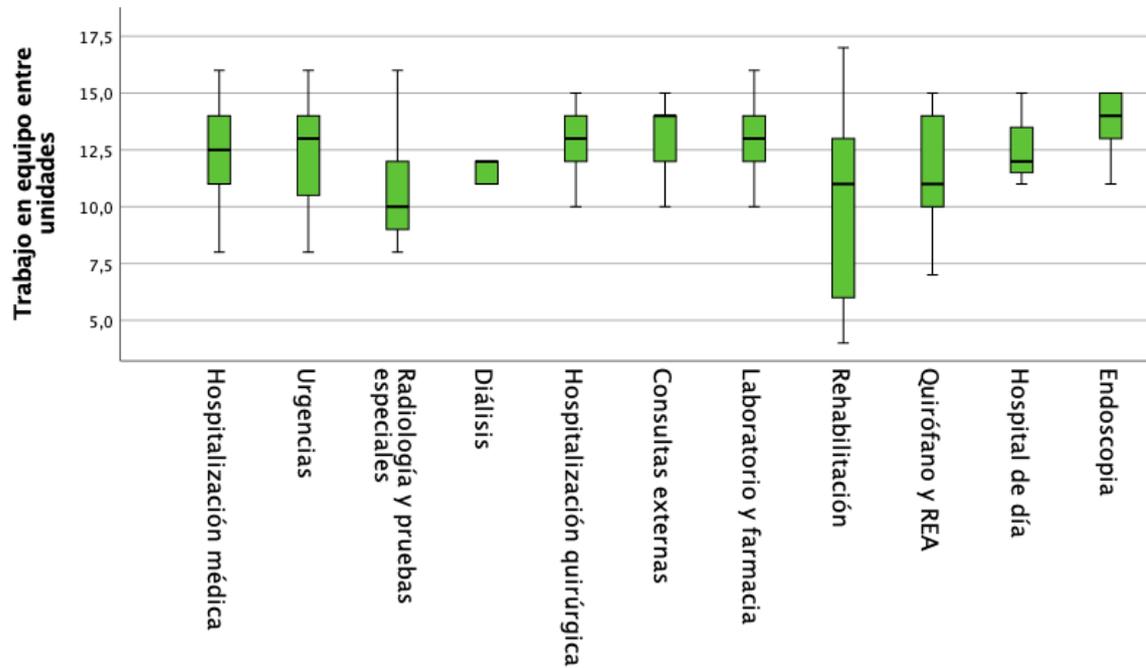


Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

En cuanto a la dimensión “Trabajo en equipo en el servicio” ( $p=0,035$ ), representada en el gráfico 37, se observa que los servicios de Endoscopias y Consultas Externas son los que perciben un mejor clima de trabajo en equipo dentro del servicio. El servicio que peor puntuó esta dimensión fue el servicio de Radiología y Pruebas Especiales.

**Gráfico 37**

Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Trabajo en equipo en el servicio” en función de la variable “Lugar de trabajo” en la población de Atención Especializada.

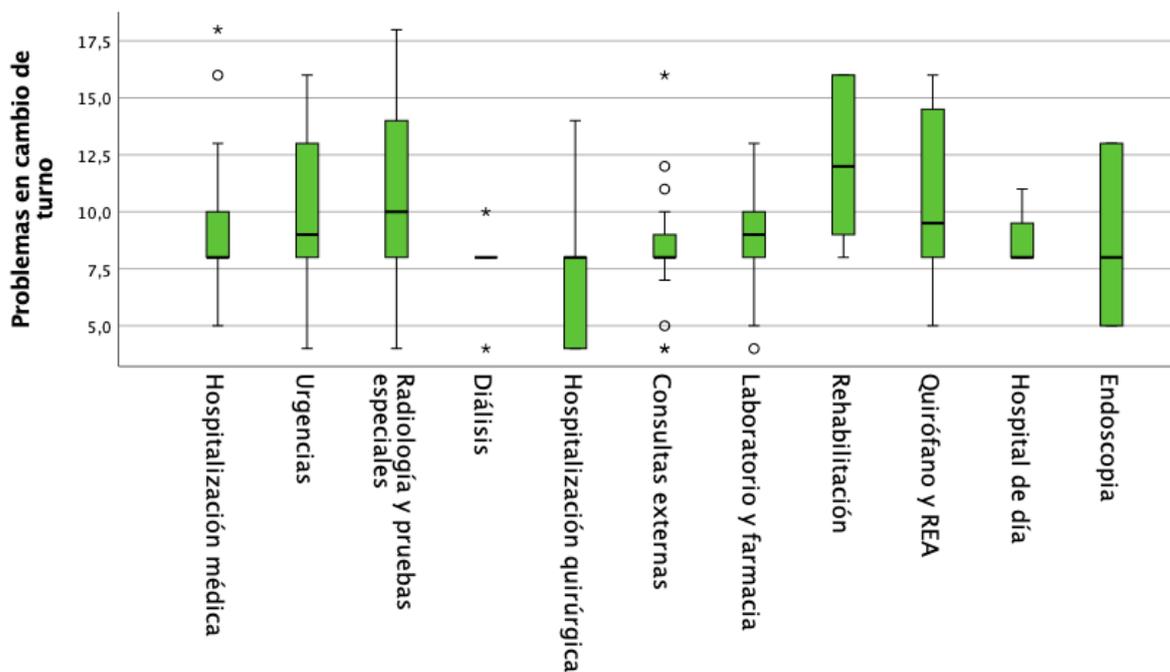


Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

Por último, analizando los datos de la dimensión “Problemas en el cambio de turno” ( $p=0,016$ ) (Gráfico 38), se observa que, en líneas generales, esta dimensión ha recibido una baja puntuación, siendo el servicio que perciben como más problemático el cambio de turno el servicio de Rehabilitación, y el servicio que percibe este momento como menos problemático el servicio de Endoscopias. Esto puede deberse a que este servicio, como tal no da cambio de turno, ya que trabaja de mañanas fijas y no da relevo a turnos de tarde de forma general.

**Gráfico 38**

Diagrama de cajas con la distribución de la dimensión “Problemas en el cambio de turno” en función de la variable “Lugar de trabajo” en la población de Atención Especializada.



Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

- Examinar la relación entre la notificación de eventos adversos en Atención Especializada mediante SiNASP y las siguientes variables sociodemográficas:

- Sexo.

Tras realizar el análisis estadístico de la notificación de eventos adversos entre ambos sexos, observamos que no existe relación entre estas variables ( $\chi^2 = 2,127$ ,  $p=0,145$ ). Al evaluar solo los participantes que si notificaron un evento adverso, y comparar si había diferencias en el número de eventos notificados en función del sexo, los datos indican que, de nuevo, no existen diferencias estadísticamente significativas entre el número de eventos adversos notificados y la variable “Sexo” ( $p=0,146$ ).

- Edad.

Respecto al análisis de pruebas estadísticas para tratar de establecer relación entre la variable “Edad” y la notificación de eventos adversos mediante SiNAPS, comparamos la edad media de los grupos en función de si notificaban o no eventos adversos. En este sentido, los datos indican que no hubo diferencias significativas entre aquellos que notificaban eventos adversos y los que no, en función de la edad ( $p=0,888$ ).

Tampoco observamos ninguna relación significativa entre la edad y el número de eventos adversos notificados (sólo en aquellos participantes que notificaron algún evento) (Tabla 35), no pudiendo establecerse que la edad influya o condicione en la notificación de eventos adversos.

**Tabla 35**

Correlación entre el número de eventos adversos mediante SiNAPS y la variable “Edad” en Atención Especializada.

Correlación entre la notificación de eventos adversos mediante SiNAPS y la variable “Edad” en Atención Especializada		
Ítem	Coficiente	Sig (p)
Número de eventos adversos notificados mediante SiNAPS	-0,009	0,903

Nota: Elaboración propia.

- Categoría profesional.

Analizando la relación entre el número de eventos adversos notificados mediante SiNAPS y la variable “Categoría profesional”, se obtuvo mediante el análisis estadístico una  $p=0,262$ , por lo que no se encuentra asociación estadística significativa. Al realizar el análisis estadístico para averiguar la relación entre la notificación o no de eventos adversos y la categoría profesional, igualmente, tampoco se observa significación estadística ( $\chi^2 =9,914$ ,  $p=0,128$ ) (Tabla 36).

**Tabla 36**

Tabla cruzada de “Categorías profesionales” y recuento comunicación de eventos adversos en Atención Especializada.

Tabla cruzada de “Categorías profesionales” y recuento comunicación de eventos adversos en Atención Especializada		
Categoría profesional	No notifica	Sí notifica
Medicina	15	1
Residente MIR	3	1
Enfermería	81	6
Fisioterapeuta	8	0
Técnico de Grado Superior	12	3
Otros	5	0
TCAE	54	1

Nota: Elaboración propia.

Es pertinente comentar que los grupos profesionales que más eventos adversos comunican son técnicos de grado superior (25%) y residentes MIR (25%), seguidos por las enfermeras (7,4%). No obstante, debido al reducido número de participantes, hay que tomar estos datos con cierta cautela.

- Antigüedad ejerciendo la profesión.

Tras realizar el análisis estadístico para correlacionar la notificación de eventos adversos mediante SiNAPS y la variable “Antigüedad ejerciendo la profesión”, afirmamos que no hay relación estadística entre ambas variables, ya que, buscando significación estadística entre la notificación o no de eventos y la antigüedad del ejercicio profesional se obtuvo una  $p=0,815$ , y analizando los eventos comunicados y los años de ejercicio de los profesionales que los notificaron, tampoco se obtuvo relación estadísticamente significativa, tal y como se muestra en la siguiente tabla (Tabla 37).

**Tabla 37**

Correlación entre la notificación de eventos adversos mediante SiNAPS y la variable “Antigüedad ejerciendo la profesión”.

Correlación entre la notificación de eventos adversos mediante SiNAPS y la variable “Antigüedad ejerciendo la profesión”		
Ítem	Coficiente	Sig (p)
Número de eventos adversos notificados mediante SiNAPS	-0,017	0,789

Nota: Elaboración propia.

- Antigüedad trabajando en el centro.

Al igual que en el caso anterior, una vez realizado el análisis estadístico para correlacionar la notificación de eventos adversos mediante SiNAPS y la variable “Antigüedad trabajando en el centro”, afirmamos que tampoco existe relación estadística entre ambas variables, ni entre la notificación o no y la antigüedad en el centro ( $p=0,939$ ), ni entre el número de eventos notificados y la antigüedad en el centro, tal y como se muestra en la siguiente tabla (Tabla 38).

**Tabla 38**

Correlación entre la notificación de eventos adversos mediante SiNAPS y la variable “Antigüedad trabajando en el centro”.

Correlación entre la notificación de eventos adversos mediante SiNAPS y la variable “Antigüedad trabajando en el centro”		
Ítem	Coficiente	Sig (p)
Número de eventos adversos notificados mediante SiNAPS	0,006	0,908

Nota: Elaboración propia.

- Antigüedad en el servicio.

Analizando la relación entre la notificación de eventos adversos mediante SiNAPS y la variable “Antigüedad en el servicio”, no existe relación estadística entre ambas variables. Analizando la correlación entre número de eventos y antigüedad en el servicio se obtienen los datos presentes en la tabla 39, y si analizando la comunicación o no de evento, se obtuvo una  $p=0,352$ , por lo que no se establece significación estadística.

**Tabla 39**

Correlación entre la notificación de eventos adversos mediante SiNAPS y la variable “Antigüedad en el servicio”.

Correlación entre la notificación de eventos adversos mediante SiNAPS y la variable “Antigüedad en el servicio”		
Ítem	Coficiente	Sig (p)
Número de eventos adversos notificados mediante SiNAPS	-0,068	0,346

Nota: Elaboración propia.

- Lugar de trabajo.

Después de llevar a cabo el análisis estadístico para buscar la relación entre el número de comunicación de errores mediante SiNAPS y la variable “Lugar de trabajo”, se obtuvo mediante el análisis estadístico una  $p=0,349$ , ya que no hay relación estadística significativa, es decir, el lugar de trabajo dentro del hospital no está relacionado estadísticamente con la comunicación de eventos adversos en nuestra población de estudio. Al realizar el análisis estadístico para averiguar la relación entre la notificación o no de eventos adversos y el lugar de trabajo, igualmente, tampoco se observa significación estadística ( $\chi^2 = 11,146$ ,  $p=0,348$ ).

Al igual que en el caso de las categorías profesionales, se considera pertinente comentar que los servicios donde más eventos adversos comunican son Radiología y Pruebas Especiales (30%), Hospitalización Médica (11,8%) y Urgencias (5,7%). No obstante, y del mismo modo que indicábamos anteriormente, debido al reducido número de participantes, hay que tomar estos datos con cierta prudencia (Tabla 40).

**Tabla 40**

Tabla cruzada de “Lugar de trabajo” y recuento comunicación de eventos adversos.

Tabla cruzada de “Lugar de trabajo” y recuento comunicación de eventos adversos		
Categoría profesional	No notifica	Sí notifica
Hospitalización Médica	34	4
Urgencias	53	3
Radiología y Pruebas Especiales	10	3
Diálisis	5	0
Hospitalización Quirúrgica	18	0
Consultas Externas	16	1
Laboratorio y Farmacia	14	0
Rehabilitación	9	0
Quirófano y Reanimación	11	1
Hospital de Día	3	0
Endoscopias	5	0

Nota: Elaboración propia.

- Analizar la correlación entre las diferentes dimensiones que componen el cuestionario de Atención Especializada.

Tras analizar las relaciones estadísticas entre las dimensiones del cuestionario y las variables sociodemográficas, así como la relación entre la notificación de eventos adversos y dichas variables, el último objetivo planteado para la presente investigación respecto a los datos recogidos en Atención Especializada es correlacionar entre sí, las 12 dimensiones que componen el cuestionario empleado. Para ello se muestra gráficamente (Figura 12) mediante un correlograma, la correlación entre las diferentes variables, así como el grado de relación, identificado por un código de colores que figura en la leyenda a pie de gráfico.

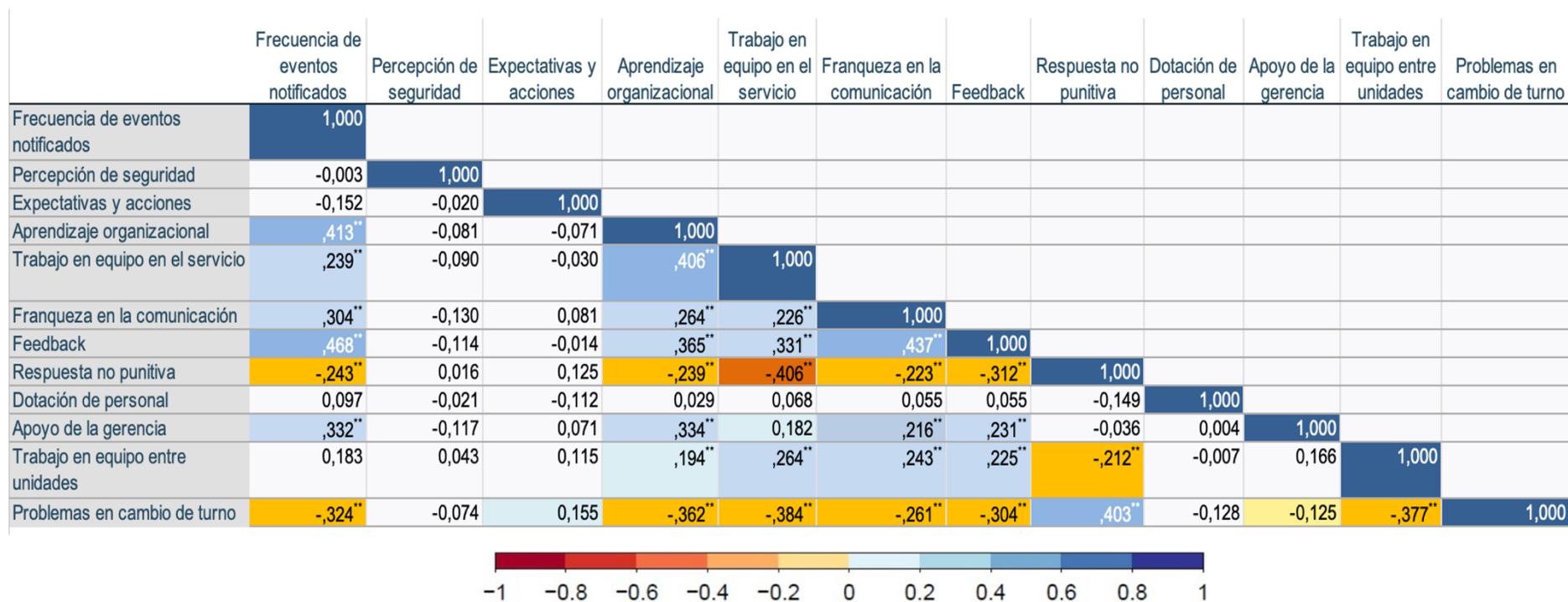
A continuación, se describen las correlaciones, tanto positivas como negativas, más relevantes extraídas del análisis estadístico.

- Se percibe una mayor “Frecuencia de notificación de eventos adversos” cuanto mayor es el grado de “Aprendizaje organizacional” en materia de Seguridad del Paciente y notificación de eventos adversos.
- Del mismo modo, se percibe que un mayor “Feedback sobre la comunicación de eventos adversos”, se ve relacionado positivamente con una mayor “Frecuencia de notificación de eventos adversos”.
- También se percibe de forma positiva el “Aprendizaje organizacional” con un mejor clima de “Trabajo en equipo en el servicio”.
- Cabe destacar que se cree que existe una mayor cantidad de “Problemas en los cambios de turno” si se percibe la notificación de eventos adversos con un “Carácter no punitivo”.
- Por último, hay una fuerte correlación negativa entre la “Respuesta no punitiva” ante la comunicación de errores y el “Trabajo en equipo en el servicio”, existiendo la

percepción de que, a mayor percepción del carácter no punitivo de la comunicación de eventos adversos, peor clima de trabajo en equipo en el servicio.

**Figura 12**

Correlograma de las dimensiones del Cuestionario sobre Seguridad del Paciente de Atención Especializada.



Nota: Gráfico proporcionado por el paquete estadístico SPSS V.28.

## **CAPÍTULO 2: DISCUSIÓN.**

En el presente capítulo se procede a realizar la discusión de resultados. El objetivo principal de esta investigación fue describir la percepción sobre la Seguridad del Paciente de los profesionales sanitarios que desempeñan su actividad laboral en el Área IX – Vega Alta del Segura del Servicio Murciano de Salud. Los resultados obtenidos nos orientan sobre el perfil sociodemográfico del profesional sanitario, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada. Además, nos permiten conocer la percepción de los profesionales sobre las diferentes dimensiones de la Seguridad del Paciente, la relación entre las variables sociodemográficas estudiadas con las diferentes dimensiones de la Seguridad del Paciente, así como la relación de unas dimensiones con otras. También se hará un repaso de las limitaciones encontradas a lo largo de la investigación y se propondrán futuras líneas de investigación.

### **2.1. DISCUSIÓN DE RESULTADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

#### **2.1.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DESCRIPTIVAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

Comenzando con la tasa de participación de nuestro estudio, en Atención Primaria fue del 85,6%, encontrando en el resto de los estudios consultados tasas de participación ligeramente inferiores a la nuestra, que generalmente, oscilan entre el 40% y el 60% (180,182,183,188,192). Creemos que esto se puede deber a que el hospital donde llevamos a cabo la recogida de datos es un hospital relativamente pequeño, donde es más accesible la recogida de datos. Los hospitales de los estudios consultados suelen ser, en líneas generales, hospitales de primer nivel, con un mayor número de camas, y por tanto, de profesionales.

Atendiendo al perfil sociodemográfico de nuestro estudio, que, como se especificó en el marco empírico, se compone de una mujer, profesional de enfermería, de entre 40 y 49 años, coincide, a grandes rasgos, con los resultados

obtenidos en otros estudios. En el resto de los estudios revisados, coinciden en que el sexo del perfil sociodemográfico es predominantemente femenino (180,183,194), encontrando porcentajes del 57,4%, 70,7% y 72,4%, respectivamente, lo cual se asemeja a nuestra proporción femenina que asciende al 66,04%.

Respecto al grupo profesional que más participa en los estudios, en nuestro caso la mayor parte de participantes son profesionales de enfermería (50%), al igual que ocurre en otros estudios (182,187), aunque también encontramos otros estudios en los que el grupo profesional mayoritario son profesionales de medicina (180,183). También señalamos que, en Atención Primaria, la mayoría de los profesionales trabajan a jornada completa, encontrando un porcentaje de profesionales a jornada completa de 37,5 horas por semana de 96,2% en nuestra población de estudio, porcentaje similar al de Pozo et al. (182), donde el porcentaje de profesionales a jornada completa supone un 92,29%. Pese a las pequeñas diferencias sociodemográficas encontradas, las cuales no interfieren en la descripción de resultados, podemos afirmar que el perfil tipo de profesional sanitario de Atención Primaria es una enfermera con trabajo a jornada completa, tal y como hemos confirmado con nuestros datos y contrastado con estudios similares.

En cuanto a la percepción de las diferentes dimensiones de la Seguridad del Paciente, nuestros hallazgos nos llevan a afirmar que existe una percepción positiva por parte de los profesionales sanitarios, ya que de las 13 dimensiones que valora el cuestionario de Atención Primaria, 10 de ellas obtienen puntuaciones globales superiores al 60%. Identificamos, además, de las 13 dimensiones, dos de ellas como fortaleza (puntuaciones igual o superior a 75%), que serían las dimensiones “Aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente y calidad”, que obtiene una valoración de 76,2%, y la dimensión “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales” con una puntuación de 75%. Apoyándonos en estos resultados, corroboramos que los profesionales opinan que la Atención Primaria del Área IX – Vega Alta del Segura permite un buen acceso del paciente a la atención sanitaria, con un tratamiento de información e historias clínicas seguro y brindando unas opciones de

equipamiento médico, diagnóstico y terapéutico de calidad. También verificamos que la comunicación de los profesionales de Atención Primaria con otros recursos asistenciales como servicios de pruebas complementarias, oficinas de farmacia u hospitales, fuera de las instalaciones del propio Centro de Atención Primaria, es percibida por los profesionales como útil y eficiente.

Como oportunidad de mejora, podemos identificar 3 dimensiones, que serían “Comunicación franca”, “Apoyo de los responsables del centro a la Seguridad del Paciente” y “Percepciones generales sobre la Seguridad del Paciente y la calidad”. Estas dimensiones obtuvieron puntuaciones globales inferiores al 60% de respuestas positivas, entendiendo así que los profesionales sienten que sería posible desarrollar un estilo comunicativo con los gestores aún más efectivo para mejorar la Seguridad del Paciente, estando, además, dispuestos a que los gestores llevarán a cabo medidas dirigidas a implementar ciclos de mejora que conseguirían mejorar aún más la calidad de la asistencia sanitaria.

Estas dimensiones que, en nuestra población de estudio, se han identificado como fortalezas en el caso de las dimensiones “Aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente y calidad” e “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales” o como áreas de mejora, en el caso de las dimensiones “Comunicación franca”, “Apoyo de los responsables del centro a la Seguridad del Paciente” y “Percepciones generales sobre la Seguridad del Paciente y la calidad”, merecen ser comparadas con otros estudios. Nos llama la atención que, en algunos de los estudios encontrados (183,186,191) coinciden en las dimensiones identificadas como fortalezas. Sin embargo, las mismas dimensiones que en nuestro estudio y en los citados anteriormente son fortalezas, en el estudio de Portela et al. (188) y en el de Camacho et al. (189), son precisamente las dimensiones identificadas como oportunidad de mejora. En cuanto a las dimensiones identificadas como oportunidad de mejora en nuestro estudio, no encontramos ningún estudio en el que coincidan las mismas 3 dimensiones identificadas por nosotros, pero sí que se observa en la mayoría de los estudios como dimensiones peor valoradas son las relacionadas con la carga y ritmo de trabajo y el apoyo de los líderes

(183,189,191,194). Entendemos que estas diferencias entran dentro de la variabilidad normal que implica llevar a cabo un estudio en el que la muestra sean profesionales que participan voluntariamente cumplimentando un cuestionario autoadministrado, y que como indican Pozo et al. (182), el sesgo de no respuesta es la principal limitación de este tipo de investigaciones.

### **2.1.2. RESULTADOS INFERENCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA.**

En base a los hallazgos obtenidos del análisis estadístico inferencial de los datos derivados de la participación de los profesionales de Atención Primaria, sólo hemos encontrado dos estudios que relacionan las dimensiones de la Seguridad del Paciente con las variables sociodemográficas sexo y edad, las cuales pasamos a discutir. En nuestros resultados, no hallamos significación estadística entre el sexo y la percepción de la Seguridad del Paciente. Sin embargo, en el estudio de Portela et al. (188) sí que se describen como dimensiones mejor puntuadas por el grupo de profesionales del sexo femenino las dimensiones “Procedimientos establecidos en el centro”, “Apoyo de los responsables del centro a la Seguridad del Paciente” y “Comunicación sobre el error”. Del mismo modo, en el estudio de Rodríguez-Cogollo et al. (186), coinciden en la descripción de dimensiones en las que percepción muestra diferencias significativamente estadísticas en función del sexo, hallándose significación estadística favorable a la percepción de la Seguridad del Paciente por el sexo femenino de las dimensiones “Comunicación sobre el error”, al igual que Portela et al. (188), además de las dimensiones “Formación del personal” y “Comunicación franca”. Respecto a las dimensiones con puntuaciones más favorables al sexo masculino, solamente se describe en el artículo de Portela et al.(188) la dimensión “Aprendizaje organizacional”.

Respecto a la variable Edad, en nuestro caso, solo se halla una correlación negativa entre la edad y la dimensión “Formación del personal no sanitario y sanitario”, en la que nos basamos para afirmar que los profesionales de Atención Primaria que participaron en nuestro estudio perciben que la formación de los profesionales es mejorable en mayor medida, cuanto mayores son los profesionales encuestados. Estos resultados concuerdan con los resultados de Rodríguez-Cogollo et al. (186), en los que además de la dimensión

“Formación del personal no sanitario y sanitario”, hay 7 dimensiones más en las que hay una valoración más negativa cuanto mayor es el rango etario de los profesionales, mismos resultados mostrados en el estudio de Portela et al. (188). El resto de las variables sociodemográficas consideradas en nuestro estudio no se ven analizadas en otros estudios similares encontrados, por lo que no podemos comparar resultados. Se comentan a continuación los resultados concretos que resultan llamativos, empezando por mencionar que, como se ha descrito anteriormente, los profesionales valoraban la dimensión “Formación del personal no sanitario y sanitario” negativamente cuanto mayor era la edad de los profesionales encuestados, hecho que nos sorprende por ser contradictorio con los resultados de la variable sociodemográfica “Antigüedad ejerciendo la profesión”, donde se encuentra que los profesionales valoran la formación mejor, cuantos más años llevan ejerciendo la profesión, lo cual nos lleva a pensar que esto se puede deber a que los profesionales con mayor experiencia profesional poseen un mayor bagaje, lo cual quizás se relacione con una menor necesidad formativa.

También consideramos relevante que, tras buscar relación entre la notificación o no de eventos adversos con las variables sociodemográficas estudiadas, así como la relación entre dichas variables y los eventos adversos notificados por los profesionales participantes en el estudio, podemos afirmar que la notificación de eventos adversos no depende de ninguna de las variables sociodemográficas estudiadas, lo cual consideramos positivo, debido a que no existen características condicionantes de los profesionales que puedan interferir negativamente en la comunicación de eventos adversos. Por otro lado, no se ha hallado en la literatura científica consultada ningún tipo de relación, ni positiva ni negativa, entre la notificación de eventos adversos y variables sociodemográficas de los profesionales.

Analizando, por último, las correlaciones entre las diferentes dimensiones del cuestionario empleado en Atención Primaria, no podemos realizar comparación con estudios previos, ya que no se ha encontrado este tipo de análisis estadístico en estudios similares al nuestro.

Concluimos este apartado resaltando la valoración positiva por parte de los profesionales de Atención Primaria de la Seguridad del Paciente en su ámbito de trabajo, y apreciando las posibilidades de mejora entre los gestores y los profesionales sanitarios, destacando la predisposición de los profesionales para aplicar futuros ciclos de mejora propuestos con los gestores, con el fin último de brindar cada vez una mejor atención sanitaria a los pacientes de Atención Primaria del Área IX – Vega Alta del Segura del Servicio Murciano de Salud.

## **2.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA.**

### **2.2.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DESCRIPTIVAS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA.**

Se comienza describiendo que la tasa de participación, en Atención Especializada fue del 58,46%, encontrando estudios con participación ligeramente superior (67,6%) (196), pero también otros con tasas inferiores, de entre el 35% y el 40% (33,122).

Para comenzar a discutir los resultados encontrados en el estudio sobre la Seguridad del Paciente llevado a cabo en Atención Especializada, empezaremos tratando de describir, al igual que se ha hecho en el apartado de Atención Primaria, el perfil sociodemográfico de profesional participante en el estudio se compone de una mujer enfermera, trabajadora a jornada completa, con turno rodado y en el servicio de Urgencias. En la literatura científica revisada, el perfil sociodemográfico descrito es ligeramente más escueto, encontrando únicamente uno de los estudios que describe un mayor número de mujeres que de hombres, el estudio de Pinheiro et al. (196), que identifica como características sociodemográficas de la muestra de su estudio un porcentaje del 82,1% de mujeres, con una edad media de 44,3 años, resultados similares a los obtenidos en nuestro estudio, donde el porcentaje de mujeres asciende al 75,8% y la edad media es de 46,2 años. Respecto a la categoría profesional, los grupos participantes más numerosos fueron profesionales de enfermería (45,8%), seguidos de técnicos auxiliares en cuidados de enfermería (28,9%), y siendo, los

profesionales médicos, uno de los grupos menos representados (8,4%). Comparando estos resultados con otros estudios, como el mencionado anteriormente de Pinheiro et al. (196), las proporciones son similares en cuanto a los grupos con mayores tasas de participación, o en el estudio de Saturno et al. (122), donde el porcentaje de profesionales de enfermería fue del 61,1%. No obstante, otros estudios similares cuentan con porcentajes de profesionales médicos mucho más altas, como es el caso del estudio de Da Silva et al. (33), donde el grupo de profesionales de la medicina ascendía al 30,8%, y de los profesionales de enfermería del 62,3%, o el caso del estudio de Mella et al. (197), donde el grupo profesional de medicina fue el más participativo, con una proporción del 38,7%, bastante lejana a la obtenida en nuestro estudio. Respecto a la jornada, tanto en nuestros resultados, como en los resultados de la evidencia consultada, la mayoría de los profesionales que participa en este tipo de estudios sobre Seguridad del Paciente, suelen trabajar a jornada completa (37,5 horas por semana). Atendiendo al servicio donde es desempeñada la función asistencial, observamos que los estudios disponibles dividen los servicios del hospital en un número de categorías más genérico, aglutinando así a los profesionales en menos grupos. En nuestro caso, y atendiendo al servicio de pertenencia, encontramos otros estudios que coinciden con el porcentaje de profesionales adscritos a Urgencias y Hospitalización Médica (33,196). No se han encontrado estudios con mayor porcentaje de profesionales adscritos al servicio de Urgencias, lo cual es valorado muy positivamente, ya que el servicio de Urgencias, como se enunció anteriormente, es un servicio susceptible de sufrir incidentes y eventos adversos asociados al perfil de paciente y al ritmo y carga de trabajo (129).

Continuando con la valoración de la percepción de las diferentes dimensiones de la Seguridad del Paciente por parte de los profesionales de Atención Especializada, de las 12 dimensiones del cuestionario, los profesionales puntuaron de forma bastante positiva, identificándose como fortalezas las dimensiones “Trabajo en equipo en el Servicio/Unidad” y “Percepción global de la seguridad”, y como oportunidad de mejora las dimensiones “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades” y “Respuesta no punitiva a los errores”. Estos resultados

llaman la atención puesto que son completamente opuestos a los resultados obtenidos por Pinheiro et al. (196), donde se valoró de forma positiva por los profesionales la dimensión “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades”, es decir, los profesionales participantes en el estudio de Pinheiro et al. valoran esta dimensión como un proceso cuidadoso y organizado; y negativamente la dimensión “Trabajo en equipo en las unidades”.

No obstante, encontramos otros estudios en los que las dimensiones mejor puntuadas coinciden (33,122,197), siendo habitualmente las dimensiones con una valoración más negativa “Dotación de personal” y “Apoyo de la gerencia en Seguridad del Paciente”. Consideramos importante destacar que, en algunos de los estudios, no se puede identificar ninguna de las dimensiones como fortaleza (33,122,196,197), y en nuestro caso, podemos identificar no una, sino dos dimensiones de la Seguridad del Paciente como fortaleza, lo cual interpretamos de forma bastante positiva. Este hecho de identificar dos dimensiones como fortalezas nos hace pensar que los profesionales desarrollan su actividad en un entorno laboral colaborativo, donde se establece una red de apoyo interprofesional que propicia un ambiente de trabajo basado en un clima laboral agradable, característica que influye positivamente en el resultado final del trabajo.

### **2.2.2. RESULTADOS INFERENCIALES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA.**

En referencia a la relación establecida entre las variables sociodemográfica, y la influencia de estas en las dimensiones de la Seguridad del Paciente, no hemos encontrado en ninguno de los estudios consultados una relación estadística descrita entre variables sociodemográficas y dimensiones de la Seguridad del Paciente. Si bien es cierto que, en el estudio de Da Silva et al. (33), se describe que únicamente se han hallado 2 de las 12 dimensiones que no sean dependientes de las variables sociolaborales estudiadas, no podemos describir dicha relación por no ser las mismas variables que las utilizadas en nuestro estudio. El resto de las referencias de los estudios a la relación entre las dimensiones y las variables sociodemográficas son demasiado escuetos y nos impiden realizar un análisis comparativo. Por nuestra parte, y a diferencia de los

hallazgos de Atención Primaria, encontramos diferencias significativamente estadísticas entre variables como el sexo, la edad, la categoría profesional, la antigüedad trabajando en el hospital, la antigüedad trabajando en el servicio, y especialmente, en función del servicio en el que se desempeña la actividad profesional, y la percepción de las dimensiones de la Seguridad del Paciente.

Del mismo modo que se llevó a cabo en la población de Atención Primaria, tratamos de buscar relación estadística entre la notificación o no de eventos adversos con las variables sociodemográficas estudiadas, así como la relación entre dichas variables y los eventos adversos notificados por los profesionales participantes en el estudio. Podemos afirmar de nuevo que la notificación de eventos adversos no depende de ninguna de las variables sociodemográficas estudiadas, lo cual, y tal y como mencionamos anteriormente, consideramos esto un hecho positivo, debido a que no identificamos condicionantes de los profesionales que puedan interferir negativamente en la comunicación de eventos adversos. En este caso, tampoco se ha hallado en la literatura científica consultada ningún tipo de relación, ni positiva ni negativa, entre la notificación de eventos adversos y variables sociodemográficas de los profesionales, del mismo modo que ocurría en el caso de Atención Primaria.

Analizando, por último, las correlaciones entre las diferentes dimensiones del cuestionario empleado en Atención Especializada, no podemos realizar comparación con estudios previos, ya que no hemos encontrado este tipo de análisis estadístico en estudios similares al nuestro.

Por último, queremos finalizar este apartado destacando la percepción positiva de los profesionales, y la predisposición implícita de los mismos para buscar la mejora de procesos dirigidos a la mejora de los servicios prestados en el Área IX – Vega Alta del Segura del Servicio Murciano de Salud, quedando de manifiesto una vez más el horizonte de posibilidades que presenta esta área de Salud para avanzar en busca de la excelencia en la asistencia sanitaria.

### 2.3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las limitaciones del presente estudio deben ser consideradas para una adecuada interpretación de los hallazgos. A continuación, se detallan las principales limitaciones identificadas:

- ❁ **Diseño del estudio y temporalidad:** Al tratarse de un estudio descriptivo, los resultados obtenidos no permiten establecer relaciones causales entre las variables investigadas. Este tipo de diseño se centra en describir las características observadas en la muestra, lo cual limita la capacidad de inferir conclusiones sobre el impacto de factores específicos en la percepción de la Seguridad del Paciente. Los datos recopilados representan una instantánea en el tiempo, lo cual es lo que pretende el diseño metodológico planteado. Somos, por tanto, conscientes de que esto limita la comprensión de cómo las percepciones de Seguridad del Paciente pueden cambiar a lo largo del tiempo, para lo que sería preciso un estudio longitudinal.
- ❁ **Muestra, variables y representatividad:** La muestra utilizada podría no recoger la realidad sobre la percepción de la Seguridad del Paciente de la totalidad de los profesionales sanitarios del Área IX – Vega Alta del Segura del Servicio Murciano de Salud, ya que, las diferencias en la percepción de la Seguridad del Paciente podrían variar significativamente en función de variables como la especialidad, la experiencia profesional, variaciones en la carga de trabajo, y el contexto laboral. Esta variabilidad no ha supuesto un impedimento en nuestro caso, ya que el estudio posee una muestra representativa de la población de estudio, que convierte los datos de la presente investigación en datos extrapolables, llevando siempre la precaución de no generalizar sin observar todos los matices necesarios. Del mismo modo, la percepción de la Seguridad del Paciente puede estar influenciada por factores contextuales como

las políticas de seguridad, la cultura organizacional y los recursos disponibles. Esto convertiría nuestros datos de investigación válidos para describir nuestra Área de Salud, pero podría dificultar la capacidad de extrapolar a otras Áreas de Salud con características diferentes.

- **Sesgo de autoinforme:** La naturaleza del autoinforme en la recolección de datos puede introducir sesgos. Los participantes pueden proporcionar respuestas socialmente deseables o pueden no recordar con exactitud eventos relevantes, lo cual podría distorsionar los hallazgos. Este tipo de sesgo está presente en todos los estudios en los que la recogida de datos se realiza mediante cuestionarios autocumplimentados, y aunque no es una limitación per se, consideramos relevante reseñarla, ya que fuimos conscientes de ella durante todo el proceso de investigación.

Reconocer estas limitaciones es esencial para contextualizar los hallazgos del estudio y guiar futuras investigaciones que aborden estas restricciones. Además, estas limitaciones subrayan la necesidad de cautela al generalizar los resultados y al formular recomendaciones basadas en los mismos. No obstante, estas limitaciones no invalidan nuestra investigación ni el comparar los resultados de este con otras investigaciones.

## **2.4. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.**

Analizado el estado general de la cuestión de estudio, y los resultados en particular de nuestra investigación, consideramos que la Seguridad del Paciente es un tema que exige seguir siendo estudiado casi de forma constante, ya que requiere de la supervisión y mejora continua en pro de conseguir siempre la mejor asistencia sanitaria.

Vemos pertinente realizar estudios similares a este en otras Áreas de Salud, a fin de obtener una visión centrada y objetiva del contexto de la Seguridad del Paciente en los diferentes entornos asistenciales y así poder elaborar e implementar planes de mejora que se adapten a la realidad de la asistencia sanitaria.

También podría resultar útil realizar un estudio con la misma población, habiendo realizado previamente un ciclo de mejora sobre los conocimientos en materia de Seguridad del Paciente en las dimensiones que han sido peor valoradas, para así poder cuantificar el grado de mejoría de la cultura de Seguridad del Paciente de los profesionales del Área IX – Vega Alta del Segura del Servicio Murciano de Salud.

Por último, consideramos esencial elaborar rutas de notificación de eventos adversos sencillas y formaciones en herramientas como SiNASP para profesionales sanitarios, ya que, teniendo en cuenta los resultados de nuestra investigación, esto podría ser plan de mejora que se traduciría en un mejor itinerario de notificación de eventos adversos y, por tanto, una mejor calidad asistencial.





## **BLOQUE V: CONCLUSIONES**



## **CONCLUSIONES**

En base a lo desarrollado a lo largo del trabajo, pasamos a presentar las conclusiones derivadas del estudio, organizadas por objetivos:

**OBJETIVO PRINCIPAL: Describir la percepción sobre Seguridad del Paciente de los profesionales sanitarios que desempeñan su labor asistencial en el Área IX – Vega Alta del Segura del Servicio Murciano de Salud.**

- ❁ Conclusión Objetivo Principal 1: La percepción general de los profesionales de Atención Primaria es buena, ya que puntúan 10 de las 13 dimensiones con puntuaciones superiores al 60%.
- ❁ Conclusión Objetivo Principal 2: Las dimensiones de la Seguridad del Paciente mejor valoradas por los profesionales de Atención Primaria son “Aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente y calidad” e “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales”. En cambio, las peor valoradas son “Percepciones generales sobre la Seguridad del Paciente y la calidad” y “Apoyo de los responsables del centro a la Seguridad del Paciente”.
- ❁ Conclusión Objetivo Principal 3: La percepción general de los profesionales de Atención Especializada también es buena, ya que puntúan 10 de las 12 dimensiones con puntuaciones superiores al 60%.
- ❁ Conclusión Objetivo Principal 4: Las dimensiones de la Seguridad del Paciente mejor valoradas por los profesionales de Atención Especializada son “Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio” y “Percepción global de la seguridad”, mientras que “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades” y “Respuesta no punitiva a los errores” se valoran peor.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Detallar la percepción general de los profesionales sobre las dimensiones de Seguridad del Paciente incluidas en la herramienta administradas, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, en función de las variables sociodemográficas:**

- ❁ Conclusión Objetivo Específico 1.1: Para la dimensión “Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad”, los hombres tienen mayores expectativas que las mujeres. En la dimensión “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades”, los hombres la identifican como una dimensión más problemática.
- ❁ Conclusión Objetivo Específico 1.2: En la dimensión “Formación del personal sanitario y no sanitario”, los profesionales de Atención Primaria de mayor edad perciben que hay una peor formación. Respecto a Atención Especializada, en la dimensión “Franqueza en la comunicación”, los profesionales con más edad consideran que la comunicación es más franca.
- ❁ Conclusión Objetivo Específico 1.3: En Atención Primaria, respecto a la dimensión “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales”, los técnicos de grado superior y fisioterapeutas la puntuaron como buena, sin embargo, los residentes MIR la consideran deficiente. Respecto a la dimensión “Seguridad del Paciente y calidad”, los residentes MIR indican una percepción general buena, mientras que las enfermeras la manifiestan negativa.
- ❁ Conclusión Objetivo Específico 1.4: En Atención Especializada, para las dimensiones “Trabajo en equipo en el servicio” y “Franqueza en la comunicación”, los fisioterapeutas son lo que mejor las valoran, y los residentes MIR los que peor. La dimensión “Respuesta no punitiva” es bien valorada por los residentes MIR y mal valorada por los fisioterapeutas, los cuales consideran que el evento adverso en la asistencia es potencialmente castigable. Por último, la dimensión “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades” resulta problemática para médicos y residentes

MIR. En cambio, enfermería y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería la consideran una dimensión menos problemática.

- ❁ Conclusión Objetivo Específico 1.5: Los profesionales de Atención Primaria perciben que, cuantos más años llevan desempeñando su profesión, mejor formación tienen en materia de Seguridad del Paciente.
- ❁ Conclusión Objetivo Específico 1.6: Tanto los profesionales de Atención Primaria, como los de Atención Especializada, perciben que, cuantos más años llevan trabajando en el mismo centro, peor ambiente de trabajo en equipo se observa.
- ❁ Conclusión Objetivo Específico 1.7: Los profesionales de Atención Especializada consideran que, en general, cuantos más años llevan trabajando en su servicio, peor clima de trabajo en equipo hay, pero menos respuesta punitiva ante la comunicación de un evento adverso.
- ❁ Conclusión Objetivo Específico 1.8: Para Atención Especializada, el servicio que más eventos adversos notificó fue Consultas Externas, y el que menos es Urgencias. Los servicios de Hospitalización Quirúrgica y Quirófano y Reanimación son los que consideran tener un mayor aprendizaje sobre Seguridad del Paciente por parte de la organización, y los servicios que menos son Diálisis y Radiodiagnóstico. Para el ambiente de trabajo, los servicios que mejor lo puntúan son Rehabilitación y Endoscopias, y los que peor, Radiodiagnóstico y Hospital de Día.
- ❁ Conclusión Objetivo Específico 1.9: Los profesionales de Quirófano y Reanimación son los que perciben un mayor Feedback tras la comunicación de errores, y los de Urgencias, los que menos Feedback reciben. Los que perciben una mayor respuesta punitiva al comunicar errores o eventos adversos es el servicio de Rehabilitación, y los que menos, los del Área Quirúrgica y Reanimación. Los servicios que perciben una mayor necesidad de dotación de personal son Laboratorio, Farmacia, Unidades de Hospitalización y Urgencias, mientras que Diálisis fue el que menos percibió esta necesidad. Por último, los cambios de turno se perciben

como una dimensión problemática en Rehabilitación y menos problemática en las Unidades de Hospitalización.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Examinar la relación entre la notificación de eventos adversos, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, mediante SiNAPS y las siguientes variables sociodemográficas:**

- Conclusión Objetivo Específico 2.1: No se percibe ninguna relación estadística entre la notificación de efectos adversos, ni en Atención Primaria, ni en Atención Especializada para ninguna de las variables sociodemográficas.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Analizar la correlación entre las diferentes dimensiones que componen el cuestionario, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada.**

- Conclusión Objetivo Específico 3.1: En Atención Primaria, los profesionales perciben que cuanto más aprenden de la organización sobre Seguridad del Paciente, se produce un mejor seguimiento de la atención brindada a los pacientes, puntúan mejor de forma global la calidad, tienen una mejor percepción del trabajo en equipo y perciben un mayor apoyo por parte de los responsables de los centros sobre Seguridad del Paciente. Además, los profesionales que mejor puntúan de forma global la calidad suelen describir un mejor clima de trabajo en equipo con el resto de los profesionales.
- Conclusión Objetivo Específico 3.2: En Atención Primaria, se observa que los profesionales que tienen una mala percepción global sobre la calidad tienen una percepción negativa sobre la Seguridad del Paciente. También podemos afirmar que los profesionales que perciben una peor percepción general de la Seguridad del Paciente suelen percibir que los intercambios de información con otros dispositivos asistenciales son de peor calidad.

Los profesionales que tienen una mala percepción de los procedimientos establecidos en el centro en materia de Seguridad del Paciente puntúan de forma negativa la calidad de forma global, y refieren también un peor clima de trabajo en equipo.

❶ Conclusión Objetivo Específico 3.3: En Atención Especializada, los profesionales perciben una mayor frecuencia de notificación de eventos adversos cuanto mayor es el grado de aprendizaje organizacional en materia de Seguridad del Paciente y notificación de eventos adversos. Igualmente, se percibe que un mayor feedback sobre la comunicación de eventos adversos, a mayor frecuencia de notificación de eventos adversos. También podemos afirmar que los profesionales de Atención Especializada perciben que, a mayor aprendizaje organizacional, mejor clima de trabajo en equipo en el servicio.

❷ Conclusión Objetivo Específico 3.4: En Atención Especializada existe la percepción de que, a mayor percepción del carácter no punitivo de la comunicación de eventos adversos, peor clima de trabajo en equipo en el servicio, así como mayor cantidad de problemas en los cambios de turno.

Por último, se contrastan las hipótesis de investigación planteadas en el Bloque II, y contrastadas con los resultados obtenidos en el Bloque IV de este estudio:

**HIPÓTESIS 1: La percepción sobre Seguridad del Paciente de los profesionales sanitarios del Área IX – Vega Alta del Segura del Servicio Murciano de Salud es, en general, positiva.**

Se confirma la hipótesis 1, pudiendo afirmar que los profesionales sanitarios del Área IX – Vega Alta del Segura tienen, en general, una percepción positiva de las diferentes dimensiones de la Seguridad del Paciente.

**HIPÓTESIS 2: La percepción sobre Seguridad del Paciente de los profesionales sanitarios mejora conforme aumenta el tiempo de antigüedad trabajando en el área, posiblemente relacionado con el mejor conocimiento de protocolos de seguridad del área.**

Se rechaza la hipótesis 2, ya que los profesionales sanitarios, tanto de Atención Primaria como Atención Especializada, solo perciben que existe una relación negativa entre los años en el centro y el ambiente de trabajo. El resto de las dimensiones no presentan cambios en relación con los años de antigüedad.

**HIPÓTESIS 3: Los profesionales sanitarios perciben de forma subjetiva con carácter punitivo el hecho de cometer o notificar errores relacionados con la Seguridad del Paciente.**

Se confirma hipótesis 3, ya que es una de las dimensiones con valoraciones bajas percibidas por los profesionales tanto en Atención Primaria, como en Atención Especializada.

Además, en Atención Especializada, se observan diferencias estadísticamente significativas en la percepción atendiendo a la categoría profesional, siendo como servicio, el de Rehabilitación, y como grupo profesional, los fisioterapeutas, los que mayor respuesta punitiva ante la comunicación de errores perciben.







## **BLOQUE VI: BIBLIOGRAFÍA**



1. Rodríguez-Herrera R, Losardo R. Historia de la seguridad del paciente. Hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio IBEAS. Rev Asoc Med Argent. 2018; 131(4): 25-30.
2. Mahajan RP. Safety culture in anesthesiology. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2011; 58 (Supl 3): S10-4.
3. Aranáz-Andrés JM. Aportaciones de la medicina preventiva y salud pública a la seguridad del paciente. Anales Reial Acadèmia de Medicina de la Comunitat Valenciana [Revista en Internet]. 2011; (12): 18 págs. Disponible en:  
<https://www.uv.es/ramcv/2011/VI.%20SESIONES%20CIENTIFICAS/CONFERENCIAS/Dr.%20Aranaz/Dr.%20Aranaz.pdf>
4. Donaldson MS, Corrigan JM, Kohn LT. To err is human: building a safer health system. Washington, D.C.: National Academies Press; 2000.
5. Havens DH, Boroughs L. "To err is human": a report from the institute of medicine. Journal of Pediatric Health Care. 2000; 14(2): 77-80. DOI: [10.1067/mph.2000.105383](https://doi.org/10.1067/mph.2000.105383)
6. Leape LL, Berwick DM. Five years after To Err Is Human: what have we learned? JAMA. 2005; 293(19): 2384-90. DOI: [10.1001/jama.293.19.2384](https://doi.org/10.1001/jama.293.19.2384)
7. Nieva V, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Qual Saf Health Care. 2003; 12(2): ii17-ii23. DOI: [10.1136/qhc.12.suppl\\_2.ii17](https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17)
8. Leape LL. Making healthcare safe: the story of the patient safety movement. Boston, MA: Springer Nature; 2021.
9. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad: Madrid; 2010.

10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid; 2006.
11. Aranáz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Murillo J, Ruiz-López P, Limón-Ramírez R, Terol-García E. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. *J Epidemiol Community Health* (1978). 2008; 62(12): 1022-9.
12. Ministerio de Sanidad. Bacteriemia Zero: protocolo prevención de las bacteriemias relacionadas con catéteres venosos centrales (BRC) en las UCI españolas. Ministerio de Sanidad: Madrid; 2021.
13. Seguridad del Paciente. Proyecto Bacteriemia Zero [Sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2009. [fecha de actualización: 2011; fecha de acceso: 26 de febrero de 2024]. Proyecto Bacteriemia Zero [dos pantallas]. Disponible en:  
<https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/colaboracionSSCC/semicyuc/bacteriemiaZero.htm>
14. Ministerio de Sanidad. Bacteriemia Zero: protocolo de inserción y mantenimiento de catéteres vasculares. 2ª ed. Ministerio de Sanidad: Madrid; 2021.
15. Ministerio de Sanidad. Protocolo de prevención de las neumonías relacionadas con ventilación mecánica en las UCI españolas Neumonía Zero. Ministerio de Sanidad: Madrid; 2021.
16. Delgado-Calvo MP, Fernández-Navarro B, Delgado-Calvo JL, Cadena-Gómez S, Navarro-Muñoz R. Seguridad del paciente en las unidades de cuidados intensivos. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2022; 3(5): 56.
17. Merino de Cos P, Bustamante E, Campillo-Artero C, Bartual E, Tuero G, Marí J. Certificación en seguridad del paciente en un Servicio de Medicina Intensiva: nuestra experiencia con la norma UNE 179003:2013. *Med Intensiva*. 2014; 38(5): 297-304.

18. The National Quality Forum. Safe practices for better healthcare-2012 update: a consensus report. Washington, DC: The National Quality Forum; 2012.
19. Hughes RG. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.
20. Leape LL, Berwick DM, Bates DW. What practices will most improve safety?: Evidence-based medicine meets patient safety. JAMA. 2002; 288(4): 501-7. DOI: [10.1001/jama.288.4.501](https://doi.org/10.1001/jama.288.4.501)
21. Pronovost P, Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. Qual Saf Health Care. 2005; 14(4): 231-3. DOI: [10.1136/qshc.2005.015180](https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015180)
22. Real Academia Española. [Sede Web]. Madrid: Real Academia Española; 2023. [fecha de actualización: 2023; fecha de acceso: 1 de marzo de 2021]. Concepto de Seguridad [4 pantallas]. Disponible en: <https://dle.rae.es/seguridad>
23. Real Academia Española. [Sede Web]. Madrid: Real Academia Española; 2023. [fecha de actualización: 2023; fecha de acceso: 1 de marzo de 2021]. Concepto de Seguro, ra [5 pantallas]. Disponible en: <https://dle.rae.es/seguro>
24. Maurice P, Lavoie M, Levaque -Charron R, Chapdelaine A, Bonneau HB. Seguridad y promoción de la seguridad: Aspectos conceptuales y operacionales. Institut national de santé publique du Québec: Canadá; 2008.
25. Legislación de la República Argentina sobre uso de la fuerza y empleo de armas de fuego. Ley 24.059. Ministerio de Seguridad de la Nación. 1992.
26. Tejera Gaona H. Bronislaw Malinowsky y la Antropología Funcionalista. En: Caso A. Boletín de Antropología Americana. México DF: Pan American Institute of Geography an History; 1986. pp 115-96.
27. Instituto Europeo de Psicología Positiva [Sede Web]. Madrid: Instituto Europeo de Psicología Positiva; 2024. [fecha de actualización: 2024; fecha de acceso: 15 de marzo de 2024]. Pirámide de Maslow: las necesidades que

me motivan. [9 pantallas]. Disponible en: <https://www.iepp.es/piramide-de-maslow/>

28. Alaminos-Fernández P, Alaminos-Fernández A, Alaminos A. Maslow: La estructura de valores en cuarenta sociedades europeas. Un enfoque exploratorio basado en la teoría de Abraham Maslow. Alicante: Obets Ciencia Abierta: Universidad de Alicante; 2023.
29. Naciones Unidas. [Sede Web]. Ginebra: Naciones Unidas; s.f. [fecha de acceso: 1 de marzo de 2021]. ¿Qué es el Consejo de Seguridad? [3 pantallas]. Disponible en: <https://www.main.un.org/securitycouncil/es/content/what-security-council>
30. Zarza-Arizmendi MD, Alba-Leonel A, Salcedo-Álvarez RA. El currículum de enfermería y la seguridad del paciente. Revista CONAMED. 2008; 13(3): 33-7.
31. Real Academia Española. [Sede Web]. Madrid: Real Academia Española; 2023. [fecha de actualización: 2023; fecha de acceso: 1 de marzo de 2021]. Concepto de Paciente [2 pantallas]. Disponible en: <https://dle.rae.es/paciente>
32. Pizzi L, Goldfarb NI, Nash DB. Promoting a culture of safety. En: Shojania KG, Duncan BW, McDonalds KM, Wachter RM. Making health care safer: A critical analysis of patient safety practices. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2001. pp 447-52.
33. Da Silva Gama ZA, De Souza Oliveira AC, Saturno Hernández PJ. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. Cad Saude Publica [Revista en Internet]. 2013; 29(2): 283-93. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000200015&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000200015&lng=es&tlng=es)

DOI: [10.1590/S0102-311X2013000200015](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200015)

34. Fernández Muñiz B, Montes Peón JM, Vázquez Ordás C. La gestión de la seguridad laboral: incidencia sobre los resultados de la organización. *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*. 2007; 16(1): 115-36.
35. Martínez Oropesa C, Montero Martínez R. Safety culture in a construction company: assessment and interpretation of results. *Salud de los trabajadores*. 2015; 23(2): 115-26.
36. Saenko V, Ivanov V, Tsyb A, Bogdanova T, Tronko M, Demidchik Y, et al. The Chernobyl Accident and its consequences. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2011; 23(4): 234-43.
37. Rando K. Desafíos a la Cultura de Seguridad. *Anestesia Analgesia Reanimación*. 2017; 30(1): 103-9.
38. Prevención de Riesgos Laborales. Ley 31/1995, de 8 de noviembre. *Boletín Oficial del Estado*, nº 269 (10-11-1995).
39. Baylos Grau AP. En torno a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. *Cuadernos de Relaciones Laborales*. 1995; 7: 155-62.
40. Valdés Dal-Ré F. La participación de los trabajadores en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. *Derecho y Salud*. 1996; 4: 48-73.
41. Patriarca R, Del Pinto G, Di Gravio G, Costantino F. FRAM for Systemic Accident Analysis: A Matrix Representation of Functional Resonance. *International Journal of Reliability, Quality and Safety Engineering*. [Revista en Internet]. 2018; 25(1). Disponible en: <https://www.worldscientific.com/doi/abs/10.1142/S0218539318500018>  
DOI: 10.1142/S0218539318500018
42. National Transportation Safety Board. Aircraft Accident Report: Runway collision of USAir Flight 1493, Boeing 737 and Skywest Flight 5569 Fairchild Metroliner Los Angeles International Airport. Washington, D.C.: National Transportation Safety Board; 1991.

43. Wiegmann DA, Von Thaden TL, Mitchell AA, Sharma G, Zhang H. Development and Initial Validation of a Safety Culture Survey for Commercial Aviation. University of Illinois Human Factors Division Technical Report. 2003.
44. Rocco C, Garrido A. Seguridad del Paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2017; 28(5): 785-95. DOI: [10.1016/j.rmclc.2017.08.006](https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.08.006)
45. Scandroglio B, López Martínez JS, San José Sebastián MC. La Teoría de la Identidad Social: una síntesis crítica de sus fundamentos, evidencias y controversias. *Psicothema*. 2008; 20(1): 80-9.
46. Parker D. Managing risk in healthcare: understanding your safety culture using the Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). *J Nurs Manag*. 2009; 17(2): 218-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00993.x>
47. Organización Mundial de la Salud. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
48. Agency for Healthcare Research and Quality. [Sede Web]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2024. [fecha de actualización: 2024; fecha de acceso: 16 de febrero de 2024]. Patient Safety 101: The Fundamentals [3 pantallas]. Disponible en: <https://psnet.ahrq.gov/patient-safety-101>
49. Hall KK, Shoemaker-Hunt S, Hoffman L, Richard S, Gall E, Schoyer E, et al. Making healthcare safer III: a critical analysis of existing and emerging patient safety practices. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2020.
50. Márquez H, Jáuregui E, Hernández J. Seguridad en la terapia nutricional. En: Anaya R, Arenas H, Arenas D, ed. *Nutrición enteral y parenteral*. McGraw-Hill. México DF: 2012; pp: 753-9.

51. Sabio Paz V, Panattieri ND, Godio C, Ratto ME, Arpi L, Dackiewicz N. Seguridad del paciente: glosario. Arch Argent Pediatr. 2015; 113(5): 469-72.
52. National Patient Safety Agency. Siete pasos para la seguridad del paciente en atención primaria. Informe técnico. 2005.
53. Aranaz J, Moya C. Patient safety and health care quality. Rev Calid Asist. 2011; 26(6): 331-2.
54. Chantler C. The role and education of doctors in the delivery of health care. The Lancet. 1999; 353(9159): 1178-81.
55. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring: an illustrated analysis. Health Administration Press; 1980.
56. Organización Mundial de la Salud. [Sede Web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; s.f. [fecha de acceso: 22 de enero de 2024]. Calidad de la atención [6 pantallas]. Disponible en: [https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1)
57. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
58. Saturno Hernández PJ. Cómo definimos calidad. Opciones y características de los diversos enfoques y su importancia para los programas de gestión de la calidad. En: Saturno Hernández PJ. Manual del Máster en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud. Murcia: Universidad de Murcia; 2008.
59. Agency for Healthcare Research and Quality. Cuestionario sobre la Seguridad de los Pacientes en los hospitales (versión 2.0). Agency for Healthcare Research and Quality; 2019.
60. Gutiérrez López MA, Noreña Piedrahita IV, Gómez DA. Cultura Punitiva en Seguridad del Paciente: Revisión Sistemática de la Literatura. Revista Científica Hallazgos 21. 2021; 6(2): 236-59.

61. Organización Mundial de la Salud. Marco conceptual de la clasificación internacional para la Seguridad del Paciente (versión 1.1). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
62. Cárave-López-Becerra A, Docobo-Durántez F, García-Durán A. ¿A qué nos referimos al hablar de Seguridad del Paciente? Cirugía Andaluza. 2008; 19: 102-3.
63. Nashef S. What is a near miss? The Lancet. 2003; 361(9352): 180-1.
64. Ramos Domínguez BN. Calidad de la atención de salud: Error médico y seguridad del paciente. Rev Cub Salud Publica [Revista en Internet]. 2005; 31(3): 239-44. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662005000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
65. Conceptos jurídicos [Sede Web]. Madrid: Conceptos jurídicos; s.f. [fecha de acceso: 6 de febrero de 2024]. Negligencia médica [6 pantallas]. Disponible en: <https://www.conceptosjuridicos.com/negligencia-medica/>
66. Losardo RJ, Binvignat-Gutiérrez O, Cruz-Gutiérrez R, Aja-Guardiola S. La anatomía y las prácticas adivinatorias en las antiguas civilizaciones. Rev Asoc Med Argent. 2016; 129(2): 13-22.
67. Mishra AK, Gupta A, Gupta V, Sannd R, Bansal P. Asava and aristha: An ayurvedic medicine - An overview. Int J Pharm Biol Arch. 2010; 1(1): 24-30.
68. Aranaz JM, Agra Y. La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. Med Clin (Barc). 2010; 135: 1-2.
69. Hammurabi. Código de Hammurabi. Instituto Técnico de Materiales y Construcciones; 1970.
70. World History Encyclopedia. [Sede Web]. Londres: World History Encyclopedia, 2023. [fecha de acceso: 3 de noviembre de 2023]. Mark JJ. Health care in Ancient Mesopotamia. [14 pantallas]. Disponible en:

[https://www.worldhistory.org/article/687/medicine-in-ancient-mesopotamia/#google\\_vignette](https://www.worldhistory.org/article/687/medicine-in-ancient-mesopotamia/#google_vignette)

71. Lu M, Busemeyer JR. Do traditional chinese theories of Yi Jing ('Yin-Yang'and Chinese medicine go beyond western concepts of mind and matter. *Mind and Matter*. 2014; 12(1): 37-59.
72. Emery JDC. La medicina griega antigua y sus más famosos protagonistas. *Revista Fronteras en Medicina*. 2009; IV(3): 38-46.
73. Barbosa MH, Neto JM, Oliveira KF, Nascimento K, dos Santos Felix MM, Barichello E. Seguridad del paciente: percepción de enfermeros brasileños. *Rev Cubana Enferm [Revista en Internet]*. 2019; 34(4): 11 pantallas. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1561/399>
74. Gracia Guillén DM, Laín Entralgo P. *Primum Non Nocere: el principio de no-maleficencia como funcionamiento de la ética médica*. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina; 1990.
75. Chirinos M, Quijada D, González M, García J. La seguridad del paciente, ante todo. En: Reyes LM, Aular de Durán J, Carruyo J, Chirinos M, Ortega S, Plata D, ed. *Haciendo Ciencia, construimos futuro*. Venezuela: Ediciones Astro Data S.A.; 2020. pp: 138-52.
76. Best M, Neuhauser D. Pierre Charles Alexandre Louis: Máster of the spirit of mathematical clinical science. *BMJ Quality & Safety*. 2005;14(6): 462-4. DOI: 10.1136/qshc.2005.016816
77. Morabia A. Pierre-Charles-Alexandre Louis and the evaluation of bloodletting. *J R Soc Med*. 2006; 99(3): 158-60. DOI: [10.1258/jrsm.99.3.158](https://doi.org/10.1258/jrsm.99.3.158)
78. Miranda M, Navarrete L. Semmelweis y su aporte científico a la medicina: Un lavado de manos salva vidas. *Revista Chilena de Infectología*. 2008; 25(1): 54-7.

79. Amaro Cano MC. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Rev Cubana Enferm. [Revista en Internet]. 2004; 20(3): 8 pantallas. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192004000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009)
80. Pitt D, Aubin JM. Joseph Lister: father of modern surgery. Canadian Journal of Surgery. 2012; 55(5): E8-9. DOI: [10.1503/cjs.007112](https://doi.org/10.1503/cjs.007112)
81. Lister J. On the Antiseptic Principle in the Practice of Surgery. Br Med J. 1867; 2(351): 246-8. DOI: [10.1136/bmj.2.351.246](https://doi.org/10.1136/bmj.2.351.246)
82. Evans JR, Lindsay WM. Administración y control de la calidad. 9ª ed. México DF: Cengage Learning; 2017.
83. García M, Quispe C, Ráez L. Mejora continua de la calidad en los procesos. Industrial Data. 2003; 6(1): 89-94.
84. Escobar-Aguilar G, Gómez-García T, Ignacio-García E, Rodríguez-Escobar J, Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, et al. Entorno laboral y seguridad del paciente: comparación de datos entre los estudios SENECA y RN4CAST. Enferm Clin. 2013; 23(3): 103-13.
85. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients. New England Journal of Medicine. 1991; 324(6): 377-84.
86. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients. New England Journal of Medicine. 1991; 324(6): 370-6.
87. Romero M, González R, Calvo MS, Fachado A. Seguridad del paciente, calidad asistencial y ética profesional. Revista Bioética. 2018; 26(3): 333-42.
88. García-Barbero M. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Monografías humanitas. 2004; 8: 209-20.

89. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria (borrador avanzado): resumen. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011.
90. Ceriani Cernadas JM. La OMS y su iniciativa «Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente». Arch Argent Pediatr. 2009; 107(5): 385-6.
91. Gutiérrez RS, Vázquez CAD. Modelos de gestión de la calidad. Formación activa en Pediatría de Atención Primaria. 2010; 3(3): 25-30.
92. Ulrich B, Kear T. Patient safety and patient safety culture: Foundations of excellent health care delivery. Nephrology Nursing Journal. 2014; 41(5): 447-56.
93. Thomas AN, Panchagnula U, Taylor RJ. Review of patient safety incidents submitted from critical care units in England & Wales to the UK National Patient Safety Agency. Anaesthesia. 2009; 64(11): 1178-85.
94. Torres Manrique B. Fundamentos de la Seguridad del Paciente. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2009.
95. Woodward S. Seven steps to patient safety. Revista de Calidad Asistencial. 2005; 20(2): 66-70.
96. National Patient Safety Agency. Siete pasos para la seguridad del paciente en atención primaria. Informe técnico. 2008.
97. National Patient Safety Agency. La seguridad del paciente en siete pasos Informe técnico. 2006.
98. European Commission [Sede Web]. Bruselas: European Commission; s.f. [fecha de acceso: 22 de febrero de 2024]. Health and Food Safety [7 pantallas]. Disponible en: [https://commission.europa.eu/about-european-commission/departments-and-executive-agencies/health-and-food-safety\\_en](https://commission.europa.eu/about-european-commission/departments-and-executive-agencies/health-and-food-safety_en)

99. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. La perspectiva de los ciudadanos por la seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
100. European Commission. Luxembourg Declaration on Patient Safety. Luxembourg: European Commission; 2005.
101. Villarroel X, Febré N. Características de documentos utilizados para estructurar las políticas internas relacionadas a las Metas Internacionales de Seguridad de Pacientes. *Ciencia y enfermería*. 2016; 22(2): 13-41.
102. European Union. Special Eurobarometer 241: Medical errors. Bruselas: European Union; 2006.
103. European Union. Special Eurobarometer 411: Patient Safety and Quality of Care. Bruselas: European Union; 2014.
104. Hanlon P. Continuous monitoring of non-critical care patients: led by patient safety organizations such as The Joint Commission, calls for continuous monitoring of non-critical care patients, especially those taking opioids, are consistently growing louder. *RT for Decision Makers in Respiratory Care*. 2016; 29(3): 22-5.
105. Patient Safety Movement Foundation [Sede Web]. California: Patient Safety Movement Foundation; 2012. [fecha de acceso: 12 de junio de 2024]. First, do not harm [8 pantallas]. Disponible en: <https://psmf.org/>
106. Bottaro S, Garel P, Agra Y. European Network for Patient Safety and Quality of Care: PaSQ. *Revista de Calidad Asistencial*. 2016; 31: 1-3.
107. Agra-Varela Y, Fernández-Maíllo M, Rivera-Ariza S, Sáiz-Martínez-Acitores I, Casal-Gómez J, Palanca-Sánchez I, et al. Red Europea de Seguridad del Paciente y Calidad (European Network for Patient Safety and Quality of Care). Desarrollo y resultados preliminares en Europa y en el Sistema Nacional de Salud. *Revista de Calidad Asistencial*. 2015; 30(2): 95-102.

108. Cucic C, Somekh D. The Simpatie project. Italian Journal of Public Health. 2005; 2(3-4): 47-51.
109. Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea. Estrategia de seguridad de pacientes 2014-2020. Navarra: Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea; 2014.
110. Zikos D, Liaskos J, Diomidous M, Mantas J. Utilizing educational and training activities in Europe on Patient Safety for the EuNetPaS Project. En: 7th International Conference on Information Communication Technologies in Health. Greece; 16-18 July; 2009. 145-51.
111. Sarabia González O. Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Informe técnico. México DF: Secretaría de Salud; 2018. Disponible en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/acciones\\_esenciales.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/acciones_esenciales.pdf)
112. Gurría A. La OCDE, a los 50 de su creación: logros, retos y decisiones futuras. Revista de Economía Mundial. 2011; (28): 29-38.
113. Organisation for Economic Co-operation and Development. [Sede Web]. París: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2021. [fecha de acceso: 18 de noviembre de 2023]. Organisation for Economic Co-operation and Development Indicators [6 pantallas]. Disponible en: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021\\_ae3016b9-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en)
114. Organisation for Economic Co-operation and Development. [Sede Web]. París: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2021. [fecha de acceso: 18 de noviembre de 2023]. Healthcare Quality and Outcomes Indicators [6 pantallas]. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/health-systems/health-care-quality-outcomes-indicators.htm>
115. Organización Mundial de la Salud. Acción mundial en pro de la Seguridad del Paciente. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.

116. Losardo DR, Piantoni G, Mercau C, Buzzi A, Falasco S, Reilly J. Día Mundial de la Seguridad del Paciente: 17 de septiembre. Asociación Médica Argentina. 2021; 134(4): 32.
117. Organización Mundial de la Salud. Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021.
118. Astier-Peña MP, Martínez-Bianchi V, Torijano-Casalengua ML, Ares-Blanco S, Bueno-Ortiz JM, Fernández-García M. El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: identificando acciones para una atención primaria más segura. Aten Primaria. 2021; 53(S1): 102224.
119. Sistema Español de Notificación de Seguridad en Anestesia y Reanimación [Sede Web]. Madrid: Sistema Español de Notificación de Seguridad en Anestesia y Reanimación; 1999. [fecha de acceso: 2 de mayo de 2024]. Mirando al futuro de la atención segura. [11 pantallas]. Disponible en: <https://sensar.org/>
120. Camacho T. ¿Cómo reducir los errores de medicación en unidades de anestesia/UCI? El proyecto SENSAR tiene la solución. Revista de Toxicología. 2015; 32(1): 38-79.
121. Ministerio de Sanidad y Política Social. Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Resultados de su medición en una muestra de hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
122. Saturno Hernández PJ, Da Silva Gama ZA, De Souza-Oliveira SL, Fonseca YA, De Souza-Oliveira AC. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Med Clin (Barc). 2008; 131(3): 18-25.
123. Ministerio de Sanidad y Consumo. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

124. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.
125. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Sede Web]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2014. [fecha de acceso: 2 de mayo de 2024]. Plan Nacional Resistencia Antibióticos [4 pantallas]. Disponible en: <https://resistenciaantibioticos.es/es>
126. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Prevención de complicaciones relacionadas con accesos vasculares de inserción periférica. Programa Flebitis Zero. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2019.
127. Cohen MR. Institute for safe medication practices. Medication Safety Alert. Informe técnico; 2002.
128. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos [Sede Web]. Salamanca: Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos; s.f. [fecha de acceso: 28 de febrero de 2024]. ¿Quiénes somos? [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/estaticos/view/1>
129. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos [Sede Web]. Salamanca: Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos; s.f. [fecha de acceso: 28 de febrero de 2024]. Recomendaciones para la prevención de errores de medicación [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/estaticos/view/19>
130. Gencat. Seguridad de los Pacientes [Sede Web]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2019. [fecha de actualización: 2019; fecha de acceso: 28 de febrero de 2024] ¿Se pueden reducir los errores de medicación por órdenes verbales? [3 pantallas]. Disponible en: <https://seguretatdelspacients.gencat.cat/es/detalls/noticia/Es-poden-reduir-els-errors-de-medicacio-per-ordres-verbals>

131. Arboleda RA, Ausenón AF, Ayala JA, Cabezas Dc, Calvache LG, Caicedo JP, et al. Barreras y limitaciones en la implementación de la lista de verificación de la seguridad quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Cauca. 2014; 16(1): 32-43.
132. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Programa de Cirugía Segura del Sistema Nacional de Salud: protocolo. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
133. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene [Sede Web]. Madrid: Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene; 2012. [fecha de acceso: 11 de abril de 2024]. El Proyecto Infección Quirúrgica Zero. [3 pantallas]. Disponible en: <https://infeccionquirurgicazero.es/es/>
134. Navarro Gracia JF, Herruzo Cabrera R, Lozano García FJ, García L, Gómez Romero FJ, Ortí Lucas R, Fernández Prada M, et al. Protocolo de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria para el proyecto Infección Quirúrgica Zero. Año 2023. Madrid: Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria; 2023.
135. Ministerio de Sanidad [Sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2018. [fecha de acceso: 11 de abril de 2024] Proyecto ITU-ZERO [2 pantallas]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/seguridadPacienteCritico/ituZero.htm>
136. Siles J. Prevención primaria de infecciones nosocomiales en la unidad de cuidados intensivos: cuidados de enfermería. NPunto. 2020; 3(30): 39-42.
137. Ministerio de Sanidad [Sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2016. [fecha de acceso: 11 de abril de 2024] Prevención de la Emergencia de Bacterias Multirresistentes en el Paciente Crítico: “PROYECTO RESISTENCIA ZERO”. [55 páginas]. Disponible en:

[https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicaseguras/seguridadPacienteCritico/docs/PROYECTO\\_RZ -  
\\_VERSION\\_FINAL\\_26MARZO\\_2014.pdf](https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicaseguras/seguridadPacienteCritico/docs/PROYECTO_RZ_-_VERSION_FINAL_26MARZO_2014.pdf)

138. Consejería de Sanidad y Política Social. Plan de acción para la mejora de la seguridad del paciente de la Región de Murcia 2012-2016. Murcia: Dirección General de Atención al Ciudadano y Drogodependencias. Consejería de Sanidad y Política Social; 2012.
139. Conserjería de Salud de la Región de Murcia [Sede Web]. Murcia: Conserjería de Salud; 2013. [fecha de actualización: abril de 2013; fecha de acceso: 13 de mayo de 2024]. Programa de seguridad del paciente en la Región de Murcia [2 pantallas]. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/programa-de-seguridad-del-paciente>
140. Conserjería de Salud de la Región de Murcia [Sede Web]. Murcia: Conserjería de Salud; s.f. [fecha de acceso: 13 de mayo de 2024]. Cirugía segura [3 pantallas]. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/cirugia-segura>
141. Conserjería de Salud de la Región de Murcia [Sede Web]. Murcia: Conserjería de Salud; s.f. [fecha de acceso: 13 de mayo de 2024]. Identificación inequívoca [3 pantallas]. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/identificacion-inequivoca>
142. Conserjería de Salud de la Región de Murcia [Sede Web]. Murcia: Conserjería de Salud; 2011. [fecha de actualización: noviembre de 2011; fecha de acceso: 13 de mayo de 2024]. Sistemas de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente [3 pantallas]. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/sistemas-de-notificacion-y-aprendizaje-para-la-seguridad-del-paciente>
143. Gerencia de Salud Mental - Hospital Román Alberca. Acuerdo de Gestión 2023-2024. Murcia: Conserjería de Salud; 2023.

144. Gerencia del Área I – Murcia Oeste. Salud Segura. Núcleo de Seguridad del Área I – Murcia Oeste [Revista en Internet]. 2013; 1(1): 1-4. Disponible en: <https://sms.carm.es/ricsmur/bitstream/handle/123456789/11621/266154-Salud-Segura-Nucleo-de-Seguridad-del-area-I-Murcia-Oeste-2013-1-1-Mayo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
145. Ronda-Pérez E, Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Álvarez-Dardet C. El sistema sanitario y la salud: organización de los sistemas sanitarios. En: Aranaz-Andrés JM (director). La gestión sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes. Madrid: Fundación Mapfre; 2017. pp 41-8.
146. González OV, Guardado SM. Descentralización sanitaria, triunfo del nacionalismo y gestión de la COVID-19 en España. Enfoques Jurídicos. 2022; (06): 9-41.
147. García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain: Health system review. Health Systems in Transition. 2010; 12(4): 1-295.
148. Monereo Pérez JL. William Henry Beveridge (1879-1963): La construcción de los modernos sistemas de seguridad social. Revista de Derecho de la Seguridad Social. Laborum. 2015; (4): 279-305.
149. Maciá Soler ML, Moncho Vasallo J. Sistema Nacional de Salud Español. Características y análisis. Enfermería global [Revista en Internet] 2007; 6(1): 14 páginas. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/256/260>
150. Pérez-Cantó V, Maciá-Soler L, González-Chordá VM. Satisfacción de los usuarios en el sistema de salud español: análisis de tendencias. Rev Saude Publica. 2019; 53: 87. DOI: 10.11606/S1518-8787.2019053001506
151. General de Sanidad. Ley 14/1986, de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado, nº 102 (29-04-1986).

152. Costa-Font J, Pons-Novell J. Public health expenditure and spatial interactions in a decentralized national health system. *Health Econ.* 2007; 16(3): 291-306. DOI: 10.1002/hec.1154
153. Ugalde A, Homedes N. La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica. *Salud Colect.* 2008; 4: 31-56.
154. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Guía de Práctica Clínica sobre Prevención y Promoción de la Salud en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018.
155. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
156. Castañeda-Hernández MA. Atención centrada en el paciente y práctica interprofesional colaborativa. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social.* 2019; 27(1): 1-3.
157. Ojeda Feo JJ, Freire Campo JM, Gérvas Camacho J. La coordinación entre atención primaria y especializada: reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional. *Rev Adm Sanit.* 2006; 4(2): 357-82.
158. Martínez-González NA, Berchtold P, Ullman K, Busato A, Egger M. Atención primaria y especializada: modelos y retos en la coordinación de la atención sanitaria. *An Sist Sanit Navar.* 2015; 38(1): 7-18.
159. Navarro JJ, Blanco-Rojo R. La importancia de la atención especializada en el sistema sanitario: un análisis comparativo. *Rev Clin Esp.* 2019; 219(5): 273-9.
160. García-Pérez L, Amaya C, Otero A. Las competencias de los médicos especialistas en el contexto actual de la atención sanitaria. *Rev Esp Salud Publica.* 2016; 90.

161. Portela M, Bugarín R, Rodríguez MS. Error humano, seguridad del paciente y formación en medicina. *Educación Médica*. marzo de 2019; 20: 169-74. DOI: 10.1016/j.edumed.2017.07.027
162. Blanco Quintana RM, Mora Pérez Y, Bosi de Souza Magnago TS, Navarro Martiatu LM, Sánchez García ZT, Iglesias Armenteros AL. Modelo del queso suizo para el sustento de la cultura de seguridad del paciente en un hospital. *MediSur*. 2023; 21(4): 858-64.
163. The New York Times en Español [Sede Web]. Nueva York: The New York Times; 2020. [fecha de actualización: 2020; fecha de acceso: 9 de julio de 2024] El modelo del queso suizo contra la pandemia [12 pantallas]. Disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2020/12/08/espanol/ciencia-y-tecnologia/estrategia-queso-suizo-covid.html>
164. Calero Vivas VD. Factores de riesgo asociados a complicaciones quirúrgicas en pacientes atendidos por el servicio de cirugía general del hospital Dr. Fernando Vélez Paíz desde marzo hasta septiembre 2018 [Tesis Doctoral]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2018.
165. Van Vuuren W, Shea CE, Van der Schaaf TJ. The development of an incident analysis tool for the medical field. Eindhoven: Technische Universiteit Eindhoven; 1997.
166. Organización Panamericana de la Salud. Sistema de notificación de incidentes de América Latina. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2013.
167. Habraken M, van der Schaaf TJ. Biases in a medical incident causation database: a quantitative evaluation using PRISMA-Medical. En: Marmaras N, Kontogiannis T. Proceedings of the 2005 Annual Conference on European Association of Cognitive Ergonomics. Chania Greece: University of Athens; 2005. pp 175-81.

168. Saturno Hernández PJ, Gascón JJ, Parra P. Modelos para la evaluación de la calidad y seguridad de los pacientes. Rev Calidad Asistencial. 2011; 26(6): 320-7.
169. Saturno Hernández PJ. Seguridad del paciente: Marco conceptual y práctico. Madrid: Elsevier; 2012.
170. Saturno Hernández PJ. Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud. México DF: Instituto Nacional de Salud Pública; 2015.
171. Ishikawa K. Guide to quality control. Tokio: Asian productivity organization Tokyo; 1982.
172. Universidad Internacional de La Rioja [Sede Web]. La Rioja: Universidad Internacional de La Rioja; 2023. [fecha de actualización: 16 de noviembre de 2023; fecha de acceso: 28 de mayo de 2024]. Diagrama de Ishikawa en Salud. 8 pantallas. Disponible en: <https://mexico.unir.net/noticias/salud/diagrama-ishikawa-salud/>
173. Saturno Hernández PJ. Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. Revista de Calidad Asistencial. 2009; 24(3): 124-30. DOI: 10.1016/S1134-282X(09)71141-8
174. Gnoni MG, Tornese F, Guglielmi A, Pellicci M, Campo G, De Merich D. Near miss management systems in the industrial sector: A literature review. Saf Sci. 2022; 150: 105704. DOI: 10.1016/j.ssci.2022.105704
175. Gnoni MG, Saleh JH. Near-miss management systems and observability-in-depth: Handling safety incidents and accident precursors in light of safety principles. Saf Sci. 2017; 91: 154-67. DOI: 10.1016/j.ssci.2016.08.012
176. Callum J, Kaplan S, Merkley L, Pinkerton P, Rabin B, Romans R, et al. Reporting of near-miss events for transfusion medicine: improving transfusion safety. Transfusion (Paris). 2001; 41(10): 1204-11. DOI: 10.1046/j.1537-2995.2001.41101204.x

177. Van der Schaaf TW, Lucas DA, Hale AR. Near miss reporting as a safety tool. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2013.
178. Ministerio de Sanidad [Sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024. [fecha de actualización: 2024; fecha de acceso: 12 de junio de 2024] Seguridad del Paciente: Formación. [2 pantallas]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/formacion/home.htm>
179. Ministerio de Sanidad [Sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024. [fecha de actualización: 2024; fecha de acceso: 12 de junio de 2024] Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) [4 pantallas] Disponible en: <https://sinasp.es/>
180. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio APEAS: Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
181. Ques AA, Montoro C, González M. Strengths and threats regarding the patient's safety: nursing professional's opinion. Rev Lat Am Enfermagem. 2010; 18(3): 339-45. DOI: [10.1590/S0104-11692010000300007](https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000300007)
182. Pozo Muñoz F, Padilla Marín V. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria. Revista de Calidad Asistencial. 2013; 28(6): 329-36. DOI: 10.1016/j.cali.2013.03.009
183. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Análisis de la cultura de la seguridad del paciente de los profesionales de la Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
184. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
185. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Traducción, validación y adaptación del cuestionario MOSPS para medir la cultura de seguridad del

- paciente en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
186. Rodríguez-Cogollo R, Paredes-Alvarado IR, Galicia-Flores T, Barrasa-Villar JI, Castán-Ruiz S. Cultura de seguridad del paciente en residentes de medicina familiar y comunitaria de Aragón. *Revista de Calidad Asistencial*. 2014; 29(3): 143-9. DOI: 10.1016/j.cali.2014.01.001
187. De Brito Paranaguá TT, Queiroz Bezerra AL, Camargo Tobias G, Itsuko Ciosak S. Support for learning in the perspective of patient safety in primary health care. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016; 24(0). DOI: 10.1590/1518-8345.0784.2771
188. Portela M, Bugarín R, Rodríguez MS. La cultura de seguridad del paciente en los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia. *Aten Primaria*. 2017; 49(6): 343-50. DOI:10.1016/j.aprim.2016.09.009
189. Camacho Rodríguez DE, Jaimes NE. Cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria. *Rev Cubana Enferm* [Revista en Internet]. 2018; 34(1). [10 pantallas]. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1245>
190. Camacho Rodríguez DE. Medición de la cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud de atención primaria. *Hacia la Promoción de la Salud* [Revista en Internet]. 2020; 25(1): 141-53. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75772020000100141&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75772020000100141&script=sci_arttext) DOI:10.17151/hpsal.2020.25.1.10
191. Vega-Ramírez FA, Giménez-Salazar J, López-Liria R. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria. *Psychology, Society & Education*. 2020; 12(2): 49-60. DOI: 10.25115/psye.v10i1.2811
192. Louzada Macedo L, Fernández Lourenço Haddad MC, Rigo Silva AM, Giroto E. Culture of Patient Safety in Primary Health Care in a large municipality in the perception of workers. *Texto & Contexto – Enfermagem* [Revista en

- Internet]. 2020; 29: [15 páginas]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/tce/a/hVBP89sYmg3ngcCyGsgwJDD/?format=pdf&lang=en> DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2018-0410
193. Castro B, Tizón-Bouza E, Pesado-Cartelle JA. Sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (SINASP): Situación actual en Atención Primaria de Ferrol. *Rev Esp Salud Pública*. 2021; 5: 1-11.
194. Dos Santos-Bezerril M, Gonçalves da Costa ME, De Araújo Lima Freire V, Belmiro Andrade F, Barreto Tavares Chiavone F, Pereira Santos VE. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria de Salud. *Enfermería Global* [Revista en Internet]. 2022; 21(3): 376-408. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/503031/325981> DOI: 10.6018/eglobal.503031
195. Escandell Rico FM, Pérez Fernández L. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de Atención Primaria. *Enfermería Comunitaria: Revista Internacional de Cuidados de Salud Familiar y Comunitaria* [Revista en Internet] 2022; 18: [7 páginas]. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/131119/1/Escandell\\_Perez\\_2022\\_EnfermeriaComunitaria.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/131119/1/Escandell_Perez_2022_EnfermeriaComunitaria.pdf)
196. Pinheiro MP, Junior OCS. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario. *Enfermería Global* [Revista en Internet] 2017; 16(1): 309-24. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/51715/1/238811-958011-1-PB.pdf> DOI: 10.6018/eglobal.16.1.238811
197. Mella Laborde M, Gea Velázquez MT, Aranaz Andrés JM, Ramos Forner G, Compañ Rosique AF. Análisis de la cultura de Seguridad del Paciente en un hospital universitario. *Gac Sanit*. 2020; 34(5): 500-13. DOI: 10.1016/j.gaceta.2018.10.004
198. Por la que se establece el Mapa Sanitario de la Región de Murcia. Orden de 24 de abril de 2009. *Boletín Oficial de la Región de Murcia*, nº 103 (07-05-2009).

199. Instituto Nacional de Estadística [Sede Web]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2024. [fecha de actualización: 1 de enero de 2024; fecha de acceso: 11 de abril de 2024] Distribución de los municipios por provincias y tamaño de los municipios [2 pantallas]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=2913&L=0>
200. Consejería de Salud de la Región de Murcia [Sede Web]. Murcia: Consejería de Salud de la Región de Murcia; s.f. [fecha de acceso: 11 de abril de 2024] Área de Salud IX (Vega Alta del Segura) [1 pantalla]. Disponible en: [https://www.murciasalud.es/caps.php?op=mostrar\\_area&id\\_area=9&idsec=4316](https://www.murciasalud.es/caps.php?op=mostrar_area&id_area=9&idsec=4316)
201. Consejería de Salud de la Región de Murcia [Sede Web]. Murcia: Consejería de Salud de la Región de Murcia; s.f. [fecha de acceso: 11 de abril de 2024] Hospital de la Vega Lorenzo Guirao: inicios [2 pantallas]. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=5597&idsec=993>
202. Portal Estadístico de la Región de Murcia [Sede Web]. Murcia: Centro Estadístico de la Región de Murcia; 2023 [fecha de actualización: 21 de febrero de 2023; fecha de acceso: 20 de marzo de 2024] Evolución de la población según zonas básicas de salud, municipio y área de salud, por sexo [7 pantallas] Disponible en: [https://econet.carm.es/inicio/-/crem/sicrem/PU\\_padron/series/sec12\\_sec10.html](https://econet.carm.es/inicio/-/crem/sicrem/PU_padron/series/sec12_sec10.html)
203. Creswell JW. Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. California: Sage publications; 2017.
204. Abreu JL. Hipótesis, método & diseño de investigación. Daena: International Journal of Good Conscience. 2012; 7(2): 187-97.
205. Mousalli-Kayat G. Métodos y diseños de investigación cuantitativa. Mérida: Creative Commons; 2015.
206. Sousa VD, Driessnack M, Costa Mendes IA. Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: diseños de investigación cuantitativa. Rev Lat Am Enfermagem. 2007; 15(3): 502-7.

207. Babativa CA. Investigación cuantitativa. Bogotá: Fundación Universitaria del Área Andina; 2017.
208. Arias-Gómez J, Villasís-Keever MA, Miranda Novales MG. El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Rev Alerg Mex.* 2016; 63(2): 201-6.
209. 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(1): 21-37. DOI: [10.1016/j.aprim.2012.07.003](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.07.003)
210. Gómez Sánchez PI. Principios básicos de bioética. *Revista peruana de ginecología y obstetricia.* 2009; 55: 230-3.
211. Colegio Médico de Honduras. Principios de la ética de la investigación y su aplicación. *Rev Med Hondur.* 2012; 80(2): 75-6.
212. Inguillay Gagñay LK, Tercero Chicaiza SL, López Aguirre J. Ética en la investigación científica. *Imaginario Social.* 2020; 3(1): 42-51.
213. Asociación Médica Mundial [Sede Web]. Helsinki: Asociación Médica Mundial [fecha de actualización: 23 de mayo de 2024; fecha de acceso: 1 de junio de 2024] Declaración de Helsinki de la AMM- Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [10 pantallas]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
214. Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre. *Boletín Oficial del Estado*, nº 294 (06-12-2018).
215. Cabero Moran MT, De Paz Santana YR, Martín Martín Q. Tratamiento estadístico de datos con SPSS. Prácticas resueltas y comentadas. Madrid: Ediciones Paraninfo, SA; 2007.







## BLOQUE VII: ANEXOS



## ANEXOS

### Anexo 1

#### Encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture (59).

### Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales (Versión 2.0)

#### Instrucciones

Este cuestionario solicita sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos y los incidentes que se reportan en su hospital, y le llevará entre 10 y 15 minutos completarlo. Si alguna pregunta no corresponde a su situación, o a su hospital o si no sabe la respuesta, por favor, marque la casilla "No aplica o No sabe."

- **"Seguridad del paciente"** se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado del proceso de prestar atención médica.
- Un **"evento de seguridad del paciente"** se define como cualquier tipo de error, equivocación, o incidente relacionado con el cuidado de salud, sin importar si causa daño al paciente.

#### Su Cargo

#### 1. ¿Cuál es su cargo en este hospital?

Marque solo UNA respuesta.

##### Enfermería

- 1 Enfermera de práctica avanzada (NP, CRNA, CNS, CNM)
- 2 Enfermera vocacional con licencia (LVN, por sus siglas in inglés), Auxiliar de enfermería con licencia (LPN, por sus siglas en inglés)
- 3 Ayudante de cuidado de pacientes, Ayudante hospitalario, Ayudante de enfermería
- 4 Enfermera registrada (RN, por sus siglas en inglés)

##### Médico

- 5 Asistente médico
- 6 Residente, Interno
- 7 Médico

##### Otro cargo clínico

- 8 Dietista
- 9 Farmacéutico, Técnico farmacéutico
- 10 Terapeuta Físico, Ocupacional o del Habla
- 11 Psicólogo
- 12 Terapeuta Respiratorio
- 13 Trabajador social
- 14 Tecnólogo, Técnico (por ejemplo, EKG, Laboratorio, Radiología)

##### Supervisor, director, jefe clínico, directivo de alto cargo

- 15 Supervisor, Director, Director de departamento, Jefe clínico, Administrador, Director general
- 16 Directivo de alto cargo, Ejecutivo, Ejecutivos de primer nivel

##### Apoyo

- 17 Mantenimiento de instalaciones
- 18 Personal de alimentación
- 19 Personal de limpieza, Servicios ambientales
- 20 Informática, Administración de información de salud, Informática clínica
- 21 Seguridad
- 22 Transporte
- 23 Dependiente departamental, Secretaria, Recepcionista, Personal de oficina

##### Otro

- 24 Otro, por favor, especifique:

**Su unidad/área de trabajo**

2. Piense en su "unidad" como el área de trabajo, departamento o área clínica del hospital donde pasa la mayor parte de su tiempo de trabajo. ¿Cuál es su unidad o área de trabajo principal en este hospital?

Marque UNA respuesta.

**Varias unidades, ninguna unidad específica**

- 1 Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica

**Unidades médicas/quirúrgicas**

- 2 Unidad médica/quirúrgica combinada
- 3 Unidad médica (no quirúrgica)
- 4 Unidad quirúrgica

**Unidades de cuidado de pacientes**

- 5 Cardiología
- 6 Departamento de emergencias, Observación, Estadía breve
- 7 Gastroenterología
- 8 Unidad de cuidados intensivos (todo tipo de adultos)
- 9 Partos, Obstetricia y Ginecología
- 10 Oncología, Hematología
- 11 Pediatría (incluyendo Unidad de cuidados intensivos para recién nacidos (NICU)/Unidad pediátrica de cuidados intensivos (PICU))
- 12 Psiquiatría, Salud conductual
- 13 Neumología
- 14 Rehabilitación/Medicina física
- 15 Telemetría

**Servicios quirúrgicos**

- 16 Anestesiología
- 17 Endoscopia, Colonoscopia
- 18 Pre Op, quirófano, PACU/Post Op, Peri Op

**Servicios clínicos**

- 19 Patología/Laboratorio
- 20 Farmacia
- 21 Radiología/Imágenes
- 22 Terapia respiratoria
- 23 Servicios sociales, Manejo de casos, Planeación de alta

**Administración/Dirección**

- 24 Administración, Dirección
- 25 Servicios financieros, Facturación
- 26 Recursos humanos, Capacitación
- 27 Informática, Administración de información de salud, Informática clínica
- 28 Calidad, Gestión de riesgos, Seguridad de los pacientes

**Servicios de apoyo**

- 29 Admisiones/Registro
- 30 Personal de alimentación
- 31 Servicios de limpieza, Servicios ambientales, Mantenimiento de instalaciones
- 32 Servicios de seguridad
- 33 Transporte

**Otro**

- 34 Otro, por favor, especifique:

**SECCIÓN A: Su unidad/área de trabajo**

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo?

Piense en su unidad/área de trabajo:	Muy en desacuerdo ▼	En Desacuerdo ▼	Ni de acuerdo ni en desacuerdo ▼	De acuerdo ▼	Muy de acuerdo ▼	No aplica o no sabe ▼
1. En esta unidad, trabajamos en equipo de manera eficiente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. En esta unidad, tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Esta unidad revisa periódicamente los procesos de trabajo para determinar si se necesita hacer cambios para mejorar la seguridad del paciente .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Esta unidad depende demasiado de personal temporal, flotante o PRN .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. En esta unidad, el personal siente que sus errores son considerados en su contra.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. Cuando se reporta un incidente en esta unidad, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. Cuando hay mucho trabajo, el personal en esta unidad se ayuda mutuamente....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. Hay problemas con el comportamiento irrespetuoso de quienes trabajan en esta unidad.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10. Cuando el personal comete errores, esta unidad se enfoca en aprender en vez de buscar quién tiene la culpa.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. El ritmo de trabajo en esta unidad es tan acelerado que impacta negativamente en la seguridad del paciente .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

**SECCIÓN A: Su unidad/área de trabajo (continuación)**

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo?

Piense en su unidad/área de trabajo:	Muy en desacuerdo ▼	En Desacuerdo ▼	Ni de acuerdo ni en desacuerdo ▼	De acuerdo ▼	Muy de acuerdo ▼	No aplica o no sabe ▼
12. En esta unidad, los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes se evalúan para ver qué tan efectivos fueron.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
13. En esta unidad, falta apoyo para el personal involucrado en los errores de seguridad del paciente. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
14. Esta unidad permite que los mismos problemas de seguridad del paciente sigan ocurriendo.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

**SECCIÓN B: Su supervisor, director o jefe clínico**

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su supervisor inmediato, director o jefe clínico?

	Muy en desacuerdo ▼	En Desacuerdo ▼	Ni de acuerdo ni en desacuerdo ▼	De acuerdo ▼	Muy de acuerdo ▼	No aplica o no sabe ▼
1. Mi supervisor, director o jefe clínico considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Mi supervisor, director o jefe clínico quiere que trabajemos más rápido durante las horas de más trabajo, incluso si esto significa no seguir los procedimientos adecuadamente, lo cual podría poner en riesgo la seguridad del paciente. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Mi supervisor, director o jefe clínico toma medidas para solucionar problemas que le han sido comunicados respecto a la seguridad del paciente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

**SECCIÓN C: Comunicación**

¿Con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones en su unidad/área de trabajo?

Piense en su unidad/área de trabajo:	Nunca ▼	Rara vez ▼	Algunas veces ▼	La mayoría del tiempo ▼	Siempre ▼	No aplica o no sabe ▼
1. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Cuando se cometen errores en esta unidad, hablamos sobre las maneras para evitar que vuelvan a ocurrir .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. En esta unidad, se nos informa sobre los cambios que se hacen basados en reportes de eventos .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. En esta unidad, el personal dice si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Cuando el personal en esta unidad ve a alguien con mayor autoridad haciendo algo que no es seguro para los pacientes, lo dice..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Cuando el personal de esta unidad habla, las personas que tienen más autoridad escuchan sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. En esta unidad, el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

**SECCIÓN D: Reportar eventos de seguridad del paciente**

Piense en su unidad/área de trabajo:	Nunca ▼	Rara vez ▼	Algunas veces ▼	La mayoría del tiempo ▼	Siempre ▼	No aplica o no sabe ▼
1. Cuando <u>se descubre un error y se corrige antes de que afecte al paciente</u> , ¿con qué frecuencia se reporta?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Cuando un error afecta al paciente y <u>pudo haberle causado daño, pero no fue así</u> , ¿con qué frecuencia se reporta?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

**SECCIÓN D: Reportar eventos de seguridad del paciente (continuación)**

3. En los últimos 12 meses, ¿cuántos eventos relacionados con la seguridad del paciente ha reportado usted?

- a. Ninguno
- b. 1 a 2
- c. 3 a 5
- d. 6 a 10
- e. 11 o más

**SECCIÓN E: Calificación de la seguridad del paciente**

1. ¿Cómo calificaría usted la seguridad del paciente en su unidad/área de trabajo?

- |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Mala                       | Regular                    | Buena                      | Muy Buena                  | Excelente                  |
| ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

**SECCIÓN F: Su hospital**

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su hospital?

Piense en su hospital:	Muy en desacuerdo ▼	En Desacuerdo ▼	Ni de acuerdo ni en desacuerdo ▼	De acuerdo ▼	Muy de acuerdo ▼	No aplica o no sabe ▼
1. Las acciones de la administración de este hospital muestran que la seguridad del paciente es la prioridad principal.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. La administración del hospital proporciona recursos adecuados para mejorar la seguridad del paciente .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. La administración del hospital parece interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un evento adverso .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Al transferir a pacientes de una unidad a otra, con frecuencia se omite información importante.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Durante los cambios de turno, con frecuencia se pierde información importante sobre el cuidado del paciente .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Durante los cambios de turno, hay tiempo suficiente para intercambiar toda la información clave sobre el cuidado del paciente .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

### Preguntas generales

1. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital?

- a. Menos de 1 año
- b. De 1 a 5 años
- c. De 6 a 10 años
- d. 11 o más años

2. En este hospital, ¿cuánto tiempo lleva usted trabajando en su unidad/área de trabajo actual?

- a. Menos de 1 año
- b. De 1 a 5 años
- c. De 6 a 10 años
- d. 11 o más años

3. Típicamente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital?

- a. Menos de 30 horas a la semana
- b. De 30 a 40 horas a la semana
- c. Más de 40 horas a la semana

4. En su cargo, ¿típicamente tiene usted interacción o contacto directo con los pacientes?

- a. Sí, típicamente tengo interacción o contacto directo con los pacientes.
- b. NO, típicamente NO tengo interacción ni contacto directo con los pacientes.

### Sus comentarios

Por favor no dude en anotar cualquier comentario que tenga sobre cómo se hace o podría hacer el trabajo en su hospital que podría influir en la seguridad del paciente.

Gracias por completar este cuestionario.

## Anexo 2

### Autorización del Sr. Director Gerente del Área IX para la recogida de datos.

<p>07/10/2019 09:38:38</p>		<p><b>Región de Murcia</b> Consejería de Salud</p>		
<p style="text-align: right;"><b>CESAR CARRILLO GARCÍA</b> Doctor en Enfermería Director de Tesis Doctoral. Jefe de Sección Formación Sanitaria Especializada Coordinador de Desarrollo Profesional</p>				
<p>En referencia a la solicitud de <b>D. Mario Aroca Lucas</b> para la realización la Tesis Doctoral titulada: Evaluación sobre la cultura de seguridad del paciente en los profesionales pertenecientes al Área IX del Servicio Murciano de Salud, se autoriza al solicitante a la recogida de datos en el Hospital de la Vega Lorenzo Guirao de Cieza.</p>				
<p>Atentamente,</p>				
<p style="text-align: right;">Fdo: Carlos Peña Laguna Director de Enfermería Área IX</p>				

### Anexo 3

## Cuestionario sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria (185).

# CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA.

VERSIÓN ESPAÑOLA MODIFICADA DEL MEDICAL OFFICE SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE (MOSPS-AHRQ)



#### **INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA ENCUESTA**

Por favor, piense en cómo se hacen las cosas en su centro de salud/consultorio.

El término profesional sanitario hace referencia a los médicos, enfermeras, residentes y otros: fisioterapeutas, auxiliares de enfermería, odontólogos, etc.

El término personal no sanitario hace referencia al resto de trabajadores del centro (administrativos, trabajadores sociales...). El término personal o equipo hace referencia al conjunto de las personas que trabajan en el centro de salud.

Si alguna pregunta no le afecta o no sabe responder, por favor, marque "No lo sé/ No procede".

Si usted trabaja en más de una consulta, responda atendiendo únicamente a los hechos del lugar donde pasa la consulta la mayor parte del tiempo.

El fin de este cuestionario es averiguar los conocimientos sobre Seguridad del paciente de los profesionales del Área IX del Servicio Murciano de Salud para la elaboración de la Tesis para optar al Título de Doctor en Ciencias de la Salud de Mario Aroca Lucas.

El cuestionario es anónimo y el tratamiento de datos se realizará mediante la realización de una base de datos y su posterior tratamiento estadístico.

CÓDIGO DE CENTRO	CÓDIGO DE CATEGORÍA	Nº CUESTIONARIO
<i>A cumplimentar por el investigador</i>		

**SECCIÓN A: LISTADO DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA CALIDAD**

Los siguientes enunciados describen hechos que pueden ocurrir en el día a día del centro de salud/consultorio y que afectan a la seguridad de los pacientes y a la calidad asistencial. En su opinión, ¿con qué frecuencia han ocurrido los siguientes hechos en su centro de salud/consultorio en los últimos doce meses?

	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ No procede
<b>Acceso a la atención sanitaria</b>							
1. El paciente no consiguió una cita para consultar un problema de salud agudo en las siguientes 48h.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Identificación del paciente</b>							
2. Se utilizó la historia clínica de otro paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Historias clínicas</b>							
3. La historia clínica del paciente no estaba disponible cuando se precisó.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La información clínica se archivó en la historia clínica de otro paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Equipamiento médico</b>							
5. El equipamiento médico no funcionó adecuadamente, precisaba reparación o sustitución.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Medicación</b>							
6. Una oficina de farmacia contactó con el centro o la consulta para clarificar o corregir una prescripción.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diagnósticos y pruebas complementarias</b>							
8. Los resultados de algunas pruebas de laboratorio o de imagen no estaban disponibles cuando se precisaron.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECCIÓN B: INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CON OTROS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES**

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas en su centro para intercambiar información precisa, completa, adecuada y oportuna, con cada uno de los siguientes dispositivos asistenciales?

	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ No procede
1. Problemas con servicios externos de pruebas complementarias (laboratorio, diagnóstico por imagen...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Problemas con otras consultas médicas fuera del centro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Problemas con oficinas de farmacia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Problemas con hospitales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECCIÓN C: TRABAJANDO EN EL CENTRO DE SALUD**

¿Cuál es su grado de acuerdo con los siguientes enunciados?:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ No procede
1. Cuando alguien tiene excesivo trabajo los compañeros le ayudan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En este centro hay un buen ambiente de trabajo entre los componentes del equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. En este centro, sentimos que atendemos con prisas a los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Este centro forma a su personal <b>no</b> sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En este centro, nos tratamos mutuamente con respeto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tenemos demasiados pacientes asignados para el número de profesionales sanitarios que tiene el centro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. En este centro se asegura que el personal <b>no</b> sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Este centro está más desorganizado de lo que debiera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tenemos procedimientos adecuados para evaluar que el trabajo en el centro se ha realizado correctamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Al personal <b>no</b> sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tenemos suficiente personal <b>no</b> sanitario para manejar la carga de trabajo de los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. En este centro tenemos problemas con la organización y distribución del trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Este centro promueve el trabajo en equipo para el cuidado de los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Este centro tiene demasiados pacientes para hacer frente a todo de forma eficiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. El personal <b>no</b> sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Este centro forma a su personal sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. En este centro se asegura que el personal sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Al personal sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. El personal sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECCIÓN D: COMUNICACIÓN Y SEGUIMIENTO**

¿Con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones en tu Centro de Salud?

	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ No procede
1. Los profesionales sanitarios del centro son receptivos a las propuestas de mejora de los <b>no</b> sanitarios.	<input type="checkbox"/>					
2. En este centro, se anima al personal <b>no</b> sanitario a expresar puntos de vista alternativos.	<input type="checkbox"/>					
3. El centro recuerda a sus pacientes cuándo deben citarse para revisiones o para actividades preventivas.	<input type="checkbox"/>					
4. El personal <b>no</b> sanitario teme hacer preguntas cuando algo parece que no está bien.	<input type="checkbox"/>					
5. En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento.	<input type="checkbox"/>					

	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ No procede
6. 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.	<input type="checkbox"/>					
7. El personal no sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	<input type="checkbox"/>					
8. Todo el equipo habla abiertamente de los problemas del centro.	<input type="checkbox"/>					
9. En este centro se hacen revisiones a los pacientes que precisan un seguimiento.	<input type="checkbox"/>					
10. Es difícil expresar libremente cualquier desacuerdo en este centro.	<input type="checkbox"/>					
11. En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.	<input type="checkbox"/>					
12. El personal no sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	<input type="checkbox"/>					
13. El personal sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	<input type="checkbox"/>					
14. El personal sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	<input type="checkbox"/>					

**SECCIÓN E: APOYO DE LOS LIDERES**

1. ¿Está usted en una posición de liderazgo con responsabilidad para tomar decisiones en la gestión de los recursos de su centro de salud? (coordinador médico, responsable de enfermería, responsable administrativo).

- SÍ** (continúe en la sección F)       **NO** (responda a las preguntas de la 1 a la 4 que se muestran a continuación y luego prosiga el cuestionario en la sección F)

¿Cuál es su grado de acuerdo con los siguientes enunciados?:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ No procede
1. Los responsables de su centro no están invirtiendo suficientes recursos para mejorar la calidad asistencial en este centro de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Los responsables de su centro pasan por alto los fallos relacionados con la asistencia que ocurren una y otra vez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Los responsables de su centro dan prioridad a los procesos relacionados con la mejora de la atención a los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Los responsables de su centro a menudo toman decisiones basadas en lo que es mejor para el centro en lugar de lo que es mejor para los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECCIÓN F: EN EL CENTRO**

¿Cuál es su grado de acuerdo con los siguientes enunciados?:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ No procede
1. Cuando hay un problema en nuestro centro, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Los procesos de nuestro centro son buenos para prevenir fallos que pueden afectar a los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. En este centro se producen fallos con más frecuencia de lo que debieran.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Si no cometemos más fallos que afecten a nuestros pacientes, es por casualidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Este centro modifica sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelvan a ocurrir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. En este centro, es más importante realizar más trabajo que la calidad de la atención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Después de introducir cambios para mejorar la asistencia, comprobamos si funcionan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECCIÓN G: PUNTUACIONES GLOBALES**

**PUNTUACIONES GLOBALES SOBRE LA CALIDAD**

1. En general, ¿cómo puntuaría a su centro de salud en cada una de las siguientes dimensiones de la calidad asistencial?

		Pobre	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
<b>Centrado en el paciente</b>	Responde a las preferencias individuales de los pacientes, a sus necesidades y valores.	<input type="checkbox"/>				
<b>Efectivo</b>	Se basa en el conocimiento científico.	<input type="checkbox"/>				
<b>A tiempo</b>	Minimiza esperas y demoras potencialmente perjudiciales.	<input type="checkbox"/>				
<b>Eficiente</b>	Garantiza unos cuidados coste-efectivos (evita el despilfarro, la sobreutilización, o el mal uso de los servicios).	<input type="checkbox"/>				
<b>Equitativo</b>	Ofrece la misma calidad asistencial a todos los individuos con independencia de su sexo, raza, etnia, nivel socioeconómico, idioma, etc.	<input type="checkbox"/>				

**PUNTUACIÓN GLOBAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE**

2. Globalmente, cómo puntúa el sistema y los procedimientos clínicos que su centro de salud ha puesto en marcha para prevenir, detectar, y corregir problemas que potencialmente pueden afectar a los pacientes:

	Pobre	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
	<input type="checkbox"/>				

**SECCIÓN H: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

1. Sexo:

Hombre  Mujer

2. Edad:

3. Estado civil:  Soltero/a  Viudo/a  Separado/a  
 Casado/a  Divorciado/a  Otros

4. Categoría profesional:  Médico  Enfermera  Técnico grado superior  TCAE  
 Residente MIR  Residente EIR  Administrativo  Matrona  
 Celadores  Fisioterapeuta  Otros

5. Nivel de estudios:  Estudios básicos  Técnico medio  Técnico superior  Graduado  
 Licenciado  Diplomado  Máster  Doctorado

6. Situación laboral:  Plantilla-fijo  Eventual  
 Interino-vacante  Refuerzo

7. Turno de trabajo:  Mañanas fijas  17 h (15:00 h – 8:00 h)  
 Tardes fijas  24 h

8. Año en que empezó a trabajar:  9. Antigüedad en este centro:  años  meses  
 Centro de salud

10. Antigüedad en el servicio:  años  meses 11. Lugar de trabajo:  SUAP  
 PAC

12. Tipo de jornada:  Completa  
 Parcial

13. ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito? (SiNASP)

## Anexo 4

Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes (184).

# CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Le pedimos su opinión sobre cuestiones relacionadas con la **seguridad del paciente** y posibles **incidentes**. Contestarla, apenas, le llevará unos 15 minutos.

► Un **incidente** es cualquier tipo de error, equivocación, accidente o desviación de las normas/procedimientos, produzca o no daño en el paciente.

► La **seguridad del paciente** son las actividades dirigidas a prevenir las posibles lesiones o los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria.

El fin de este cuestionario es averiguar los conocimientos sobre Seguridad del paciente de los profesionales del Área IX del Servicio Murciano de Salud para la elaboración de la Tesis para optar al Título de Doctor en Ciencias de la Salud de Mario Aroca Lucas.

Este cuestionario es **estrictamente confidencial**; todos los datos se gestionarán respetando de manera rigurosa el **secreto estadístico**.



CÓDIGO DE CENTRO	CÓDIGO DE CATEGORIA	Nº CUESTIONARIO
<i>A cumplimentar por el investigador</i>		

**Por favor, señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente**

**Sección A: Su Servicio/Unidad**

**Por favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo**

1. El personal se apoya mutuamente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
10. No se producen más fallos por casualidad.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo

19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

### Sección B: Su Hospital

Indique, por favor, su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a su hospital

23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

### Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad

Con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/unidad de trabajo

34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE

### Sección D: Información complementaria

43. Sexo:		44. Edad:	45. Estado civil:		
<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	.....	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Separado/a
			<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Otros
46. Categoría profesional:					
<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Enfermera	<input type="checkbox"/> Técnico grado superior	<input type="checkbox"/> TCAE		
<input type="checkbox"/> Residente MIR	<input type="checkbox"/> Residente EIR	<input type="checkbox"/> Administrativo	<input type="checkbox"/> Matrona		
<input type="checkbox"/> Celadores	<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/> Otros			
47. Nivel de estudios:					
<input type="checkbox"/> Estudios básicos	<input type="checkbox"/> Técnico medio	<input type="checkbox"/> Técnico superior	<input type="checkbox"/> Graduado		
<input type="checkbox"/> Licenciado	<input type="checkbox"/> Diplomado	<input type="checkbox"/> Máster	<input type="checkbox"/> Doctorado		
48. Situación laboral:			49. Turno de trabajo:		
<input type="checkbox"/> Plantilla-fijo	<input type="checkbox"/> Eventual	<input type="checkbox"/> Mañanas fijas	<input type="checkbox"/> 12 h diurno	<input type="checkbox"/> 12 h rodado	
<input type="checkbox"/> Interino-vacante	<input type="checkbox"/> Refuerzo	<input type="checkbox"/> Tardes fijas	<input type="checkbox"/> 12 h nocturno	<input type="checkbox"/> Rodado otros	
50. ¿Realiza guardias?		51. Año en que empezó a trabajar:	52. Antigüedad en este centro:		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	.....	..... años ..... meses		
53. Antigüedad en el servicio:			54. Tipo de jornada:		
..... años ..... meses			<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Parcial		
55. Lugar de trabajo:					
<input type="checkbox"/> Hospitalización médica	<input type="checkbox"/> Hospitalización quirúrgica		<input type="checkbox"/> Quirófano y reanimación		
<input type="checkbox"/> Urgencias	<input type="checkbox"/> Consultas externas		<input type="checkbox"/> Hospital de día		
<input type="checkbox"/> Radiología y pruebas especiales	<input type="checkbox"/> Laboratorio y farmacia		<input type="checkbox"/> Endoscopias		
<input type="checkbox"/> Diálisis	<input type="checkbox"/> Rehabilitación	<input type="checkbox"/> Dirección, gestión y administración del hospital			
56. ¿Está en contacto directo con pacientes?			57. ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito? (SiNASP)		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		.....		

Muchas gracias por su colaboración.





PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS  
SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE  
EN EL ÁREA IX – VEGA ALTA DEL SEGURA DEL  
SERVICIO MURCIANO DE SALUD



**D. Mario Aroca Lucas**

2024