

Aintzane Orkaizagirre Gómara

La cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias

Departamento
Fisiatría y Enfermería

Director/es
Germán Bes, Concha

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>

© Universidad de Zaragoza
Servicio de Publicaciones

ISSN 2254-7606



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LAS ENFERMERAS HOSPITALARIAS

Autor

Aintzane Orkaizagirre Gómara

Director/es

Germán Bes, Concha

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Fisiatría y Enfermería

2016



**Universidad
Zaragoza**

TESIS DOCTORAL

LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LAS ENFERMERAS HOSPITALARIAS

Autora: Aintzane Orkaizagirre Gómara

Directora: Prof. Dra. Concha Germán Bes

*Facultad de Ciencias de la Salud
Departamento de Fisiatría y Enfermería*

Zaragoza, Noviembre 2015



Universidad
Zaragoza

Autorización de la Directora de la tesis para su presentación

D^a. Concepción Germán Bes, Dra. por la Universidad de Zaragoza, profesora Titular de la misma (Facultad de Ciencias de la Salud) y perteneciente al Departamento de Fisiatría y Enfermería, hace constar:

Que la Tesis Doctoral titulada: “La cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias” presentada por D^a Aintzane Orkaizagirre Gómara reúne los requisitos necesarios para ser presentada y defendida por su autora y optar al Grado de Doctora por la Universidad de Zaragoza.

Normativa vigente establecida en los Artículo 21 y 22 del Real Decreto 1393/2007 (BOE de 30 Octubre), por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, y en el título II del acuerdo de 17/12/2008 del Consejo de Gobierno de la Universidad de Zaragoza relativo al “Reglamento sobre Tesis Doctorales”, el trabajo mencionado en el párrafo anterior se corresponde con el Proyecto de Tesis presentado por Aintzane Orkaizagirre Gómara y aprobado en su día por la Comisión de doctorado.

Zaragoza, 11 de Noviembre de 2015

Fdo. Concepción Germán Bes

*Dedicado a las grandes enfermeras y médicas
que tanto me han enseñado en mi camino como enfermera:
Txaro, Begoña, Patricia, Concha, Teresa y Juncal*

Agradecimientos

La realización de esta tesis doctoral no hubiera sido posible sin la dirección de la Prof. Dra. Concha Germán Bes, quien a lo largo de estos años ha compartido sus conocimientos y me ha guiado con su saber hacer, por lo que siempre estaré agradecida.

Quisiera agradecer también la colaboración e interés mostrado por las compañeras enfermeras del Hospital Universitario Donostia que desinteresadamente participaron en el estudio. Gracias a las supervisoras y Dirección de Enfermería por su acogida e interés en la realización de esta investigación en sus unidades hospitalarias. Asimismo, agradezco a todos los profesionales y expertos en la materia que han compartido sus experiencia y conocimientos conmigo.

Agradezco también el apoyo recibido por parte de mi familia, amigos y amigas que ha sido inconmensurable y necesario en muchos momentos.

ÍNDICE

Nº página

| | |
|--|-----------|
| Introducción..... | 19 |
| - Bibliografía..... | 24 |
| Capítulo I. Marco Teórico..... | 25 |
| - I. 1. La seguridad del paciente..... | 25 |
| - Bibliografía..... | 32 |
| - I. 2. Los errores en relación con la Enfermería..... | 36 |
| - Bibliografía..... | 45 |
| - I. 3. Las condiciones laborales de las enfermeras españolas..... | 48 |
| - Bibliografía..... | 57 |
| - I. 4. El proceso de transición de enfermera novel a experta | 62 |
| - Bibliografía..... | 67 |
| Capítulo II. Marco Conceptual..... | 69 |
| - II. 1. Marco Conceptual de los Cuidados Visibles e Invisibles..... | 69 |
| - II. 2. Triángulo de los Cuidados..... | 70 |
| - II. 3. Relación de Cuidado..... | 72 |
| - II. 4. La experiencia y las condiciones laborales..... | 74 |
| - II. 5. Mapa conceptual..... | 75 |
| - Bibliografía..... | 77 |
| Capítulo III. Hipótesis y objetivos..... | 79 |
| - Hipótesis..... | 79 |
| - Objetivos..... | 80 |
| Capítulo IV. Metodología..... | 81 |
| - IV. 1. Diseño..... | 81 |
| - IV. 2. Población y contexto..... | 82 |
| - IV. 3. Muestra..... | 84 |
| - IV. 4. Instrumento..... | 84 |
| - IV. 5. Estrategia de recogida de datos..... | 91 |

| | |
|---|------------|
| - IV. 6. Consideraciones éticas..... | 93 |
| - IV. 7. Análisis..... | 94 |
| - Bibliografía..... | 98 |
| Capítulo V. Resultados..... | 100 |
| - V. 1. Datos básicos: tasa de respuesta y datos sociodemográficos..... | 100 |
| - V. 2. Eventos adversos y clima de seguridad..... | 103 |
| - V. 3. Cultura de la seguridad de la unidad/área..... | 111 |
| - V. 3. 1. Supervisora..... | 111 |
| - V. 3. 2. Aprendizaje..... | 112 |
| - V. 3. 3. Trabajo en equipo..... | 115 |
| - V. 3. 4. Comunicación..... | 116 |
| - V. 3. 5. Respuesta no punitiva..... | 118 |
| - V. 3. 6. Dotación de personal..... | 119 |
| - V. 3. 7. Apoyo de la gerencia..... | 120 |
| - V. 3. 8. Calidad de cuidados percibidos..... | 121 |
| - V. 3. 9. Apoyo de compañeros..... | 122 |
| - V. 4. Cultura organizacional..... | 126 |
| - V. 4. 1. Antigüedad laboral | 126 |
| - V. 4. 2. Condiciones laborales..... | 127 |
| - V. 5. Cultura profesional..... | 134 |
| - V. 5. 1. Experiencia según la clasificación de Benner..... | 134 |
| - V. 5. 2. Formación..... | 135 |
| - V. 6. Fortalezas y debilidades..... | 138 |
| - V. 7. Las dimensiones y el clima de seguridad..... | 140 |
| Capítulo VI. Discusión..... | 142 |
| Capítulo VII. Recomendaciones/sugerencias..... | 157 |
| - Bibliografía..... | 158 |
| Capítulo VIII. Limitaciones del estudio..... | 159 |
| Capítulo IX. Conclusiones..... | 160 |

Anexos:

- **Anexo 1. Cuestionario CEHSP**
- **Anexo 2. Carta de presentación dirigida a las supervisoras**
- **Anexo 3. Carta de presentación dirigida a las enfermeras**
- **Anexo 4. Autorización de la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Donostia**
- **Anexo 5. Tablas del Capítulo V. Resultados**
- **Anexo 6. Cultura de seguridad a nivel del hospital**
- **Anexo 7. Otros resultados**
- **Anexo 8. Publicaciones**

ÍNDICE DE TABLAS

Capítulo I. Marco teórico

Tabla 1. Porcentaje de eventos adversos (EAs) en unidades médicas y quirúrgicas de los hospitales públicos españoles, porcentaje de EAs evitables y sus principales causas. p. 31

Tabla 2. Tabla 2. Relación de camas por profesionales sanitarios en la década de los 70 p.52

Tabla 3. Porcentaje del PIB dedicado a gasto sanitario en países de la UE. p. 55

Tabla 4. Porcentaje de enfermeras colegiadas por edad en España en 2014. p. 58

Capítulo IV. Metodología

Tabla 5. Dimensiones que se miden dentro de la categoría “Cultura de Seguridad” y las preguntas que se incluyen en cada dimensión. p. 88

Tabla 6. Dimensiones que se miden dentro de la categoría “Cultura de Seguridad relacionada con la unidad/servicio” y las preguntas que se incluyen en cada dimensión. p. 89

Tabla 7. Dimensiones que se miden dentro de la categoría “Cultura de Seguridad relacionada con el hospital” y las preguntas que se incluyen en cada dimensión. p. 91

Tabla 8. Resultados del alfa de Cronbach para la medición de la consistencia interna de las dimensiones. p. 92

Tabla 9. Recodificación de las respuestas del cuestionario en tres categorías. p. 97

Tabla 10. Recodificación de la experiencia de las enfermeras siguiendo la clasificación de Benner. p. 98

Capítulo V. Resultados

Tabla 11. Tasa de respuestas en las unidades médicas y quirúrgicas. p.102

Tabla 12. Edad de las participantes. p.102

- Tabla 13. Sexo de las participantes. p.103
- Tabla 14. Media de respuestas para las dimensiones según el tipo de servicio (t-student) ($p < 0,005$). p. 103
- Tabla 15. Correlación de % de respuestas positivas y la edad (preg. 44) (Correlación de Pearson). p. 104
- Tabla 16. Correlación de % de respuestas negativas y la edad (preg. 44) (Correlación de Pearson). p. 104
- Tabla 17. Media de % de respuestas negativas según el sexo (preg.45) (t-Student, U de Mann-Whitney). p.105
- Tabla 18. Calificación del clima de seguridad en la unidad. p. 106
- Tabla 19. Frecuencia de calificaciones globales del clima de seguridad en la unidad. p.106
- Tabla 20. Frecuencia de notificación entre las enfermeras, n° total de notificaciones realizadas y rango y media del n° de notificaciones realizadas en el último año. p. 107
- Tabla 21. N° de notificaciones de incidentes realizados. p. 107
- Tabla 22. Porcentajes de las respuestas de las preguntas de la dimensión “Frecuencia de eventos notificados”. p. 108
- Tabla 23. Media de porcentajes de las respuestas de la dimensión “Frecuencia de eventos notificados”. p. 108
- Tabla 24. Porcentajes de las respuestas de las preguntas de la dimensión “Percepción de seguridad”. p. 109
- Tabla 25. Media de porcentajes de las respuestas de la dimensión “Percepción de seguridad”. p. 109
- Tabla 26. Media de % de respuestas positivas según la comisión de errores de medicación (preg.61) (prueba t-Student). p. 110
- Tabla 27. Media de % de respuestas negativas según la comisión de errores de medicación (preg.61) (prueba t-Student). p. 111
- Tabla 28. Media de % de respuestas positivas según caídas (preg.63) (t-Student). p. 112
- Tabla 29. Media de % de respuestas negativas según caídas (preg.63) (t-Student). p. 112
- Tabla 30. Porcentajes de las respuestas de las preguntas de la dimensión “Expectativas y acciones de la supervisión que favorecen la seguridad”. p. 114
- Tabla 31. Media de porcentajes de las respuestas de la dimensión “Expectativas y acciones de la supervisión que favorecen la seguridad”. p. 114
- Tabla 32. Porcentajes de las respuestas de las preguntas de la dimensión “Aprendizaje organizacional/Mejora continua”. p.115

- Tabla 33. Media de porcentajes de las respuestas de la dimensión “Aprendizaje organizacional/Mejora continua”. p.115
- Tabla 34. Enfermeras que recibieron formación previa diversa a su incorporación en la unidad. p. 116
- Tabla 35. Relación del tipo de formación recibida. p. 116
- Tabla 36. Duración de la formación previa a la incorporación”. p. 117
- Tabla 37. Porcentajes de las respuestas de las preguntas de la dimensión “Trabajo en equipo dentro de la unidad”. p. 118
- Tabla 38. Media de porcentajes de las respuestas de la dimensión “Trabajo en equipo dentro de la unidad”. p. 118
- Tabla 39. Porcentajes de las respuestas de las preguntas de la dimensión “Franqueza en la comunicación”. p. 119
- Tabla 40. Media de porcentajes de las respuestas de la dimensión “Franqueza en la comunicación”. p. 119
- Tabla 41. Porcentajes de las respuestas de las preguntas de la dimensión “Feed-back y comunicación sobre errores”. p. 120
- Tabla 42. Media de porcentajes de las respuestas de la dimensión “Feed-back y comunicación sobre errores”. p. 120
- Tabla 43. Porcentajes de las respuestas de las preguntas de la dimensión “Respuesta no punitiva a los errores”. p. 121
- Tabla 44. Media de porcentajes de las respuestas de la dimensión “Respuesta no punitiva a los errores”. p. 121
- Tabla 45. Porcentajes de las respuestas de las preguntas de la dimensión “Dotación de personal”. p. 122
- Tabla 45. Media de porcentajes de las respuestas de la dimensión “Dotación de personal”. p. 122
- Tabla 46. Porcentajes de las respuestas de las preguntas de la dimensión “Apoyo de la gerencia del hospital en la SP”. p. 123
- Tabla 47. Media de porcentajes de las respuestas de la dimensión “Apoyo de la gerencia del hospital en la SP”. p. 123
- Tabla 48. Percepción de la calidad de los cuidados enfermeros en la unidad. p. 124
- Tabla 49. Relación del nº de días de apoyo recibido previo a la incorporación en la unidad. p. 125
- Tabla 50. Media de % de respuestas positivas según formación previa (preg.53) (t-Student). p. 126

- Tabla 51. Media de % de respuestas negativas según formación previa (preg.53) (t-Student). p. 126
- Tabla 52. Media de % de respuestas positivas según apoyo a la adaptación (preg.55) (t-Student). p. 127
- Tabla 53. Media de % de respuestas negativas según apoyo a la adaptación (preg.55) (t-Student) p. 127
- Tabla 54. Media de % de respuestas positivas según último turno (Preg. 57) (ANOVA). p. 128
- Tabla 55. Post-hoc de Bonferroni para las variables con $p < 0,05$ para las respuestas positivas. p. 128
- Tabla 56. Tiempo ejerciendo como enfermera. p. 129
- Tabla 57. Situación contractual. p. 129
- Tabla 58. Turnicidad. p. 129
- Tabla 59. Horas semanales trabajadas. p. 130
- Tabla 60. Rango y media del número de pacientes asignados. p. 130
- Tabla 61. Relación de enfermeras por turno y asignación de pacientes por turno. p. 131
- Tabla 62. Correlación entre las respuestas positivas y el tiempo en el hospital (preg.47) (Correlación de Pearson). p. 131
- Tabla 63. Correlación entre las respuestas negativas y el tiempo en el hospital (preg.47) (Correlación de Pearson). p. 132
- Tabla 64. Correlación entre las respuestas positivas y el tiempo en la unidad (preg.48) (Correlación de Pearson). p.132
- Tabla 65. Media de % de respuestas positivas según contrato (Preg. 49) (ANOVA). p. 133
- Tabla 66. Media de % de respuestas negativas según contrato (Preg. 49) (ANOVA). p. 133
- Tabla 67. Post-hoc de Bonferroni para las variables con $p < 0,05$ en las respuestas positivas. p. 134
- Tabla 68. Post-hoc de Bonferroni para las variables con $p < 0,05$ en las respuestas negativas. p. 134
- Tabla 69. Media de % de respuestas positivas según turnicidad (preg.52) (U de Mann-Whitney). p. 135
- Tabla 70. Media de % de respuestas negativas según turnicidad (preg.52) (U de Mann-Whitney) p. 135
- Tabla 71. Niveles de experiencia de las enfermeras según el criterio de Benner. p. 136

Tabla 72. Estudios de postgrado dentro de la Enfermería. p. 137

Tabla 73. Otras titulaciones no enfermeras. p. 137

Tabla 74. Correlación entre las respuestas positivas y el tiempo de ejercicio (preg.46)
(Correlación de Pearson). p. 138

Tabla 75. Correlación entre las respuestas negativas y el tiempo de ejercicio (preg.46)
(Correlación de Pearson). p. 138

Tabla 76. Dimensiones con mayores respuestas positivas. p. 141

Tabla 77. Preguntas consideradas fortalezas. p. 141

Tabla 78. Dimensiones consideradas debilidades. p. 142

Tabla 79. Preguntas consideradas debilidades. p. 143

ÍNDICE DE FIGURAS

Capítulo I. Marco teórico

Figura 1. Proceso de generación de un evento adverso según la explicación del “queso suizo”. p. 39

Figura 2. Proceso de generación de un evento adverso a través de los fallos latentes organizacionales. p. 40

Figura 3. Evolución del mercado laboral en Enfermería y Medicina en España en los años 2010-2013. p. 54

Capítulo II. Marco Conceptual

Figura 4. Marco Conceptual de los Cuidados Visibles e Invisibles. p. 72

Figura 5. Triángulo de los cuidados del bienestar, seguridad clínica y autonomía. p. 73

Figura 6. Mapa conceptual de los factores influyentes en la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias. p. 78

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Capítulo V. Resultados

Gráfica 1. Relación de la enfermera que brinda apoyo durante la adaptación a la unidad
p. 125

ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS

- AHRQ: Agency for Health Care Research and Quality
- AMPS: Alianza Mundial de Profesiones de Salud
- APEAS: Estudio sobre la seguridad del paciente en Atención Primaria de Salud
- CCAA: Comunidades Autónomas
- CE: Comisión Europea
- CGE: Consejo General de Enfermería
- CIE: Consejo Internacional de Enfermería
- Dim: Dimensión
- EA: Evento o efecto adverso
- EEUU: Estados Unidos
- ENEAS: Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización
- EUNetPaS: European Network for Patient Safety and Quality
- HUD: Hospital Universitario Donostia
- INE: Instituto Nacional de Estadística
- MSC: Ministerio de Sanidad y Consumo
- MSSSI: Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad
- NHS: National Health Service (Servicio Nacional de Salud británico)
- NQF: National Quality Forum
- OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
- OECD: Organisation for Economic Cooperation and Development
(Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, OCDE)
- OIT: Organización Internacional del Trabajo
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- PIB: Producto Interior Bruto
- Plan INOZ: Infekzio Nosokomialak Zaintzeko eta Kontrolatzeko Plana (Plan de Vigilancia de Control de las Infecciones Nosocomiales)
- Preg.: Pregunta
- RRHH: Recursos Humanos
- RTVE: Radio y Televisión Española
- SATSE: Sindicato de Enfermería
- SEPE: Servicio Público de Empleo Estatal

- SP: Seguridad del paciente
- SNS: Sistema Nacional de la Salud
- UE: Unión Europea
- WHO: World Health Organization (Organización Mundial de la Salud, OMS)

INTRODUCCIÓN

Errare humanum est, sed perseverare diabolicum

Séneca

Este aforismo tan recurrente en su primera parte para justificar los errores humanos, y tan olvidada en su segunda, nos recuerda que lo realmente terrible de los errores es repetirlos sin aprender de ellos.

La naturaleza humana nos lleva a cometer errores en todos los ámbitos en los que realizamos acciones, pero esa misma naturaleza también nos empuja a superarnos, estudiarlos y evitarlos. Existen áreas donde las acciones fallidas pueden tener consecuencias fatales, como es la que nos concierne, la sanitaria. Por ello mismo, todas las personas involucradas estamos especialmente sensibilizadas, ya seamos profesionales sanitarios o clientes.

Esto ha supuesto que la seguridad de los pacientes y los errores cometidos por los profesionales de la salud sean objetivos continuos sobre los que se desarrollan estrategias en los sistemas sanitarios para alcanzar una atención de calidad y a los que se les da cobertura tanto en la bibliografía científica como en la prensa escrita. Aunque los eventos adversos que trascienden a la sociedad son escasos y predominan aquellos que la conmocionan¹.

Mis estancias internacionales me habían permitido observar las diferencias de las formas de tratar a las enfermeras noveles entre varios países como luego explicaré. Pero lo que fue determinante para elegir la investigación de esta tesis fue el suceso acontecido en España en el verano de 2009 conocido como “el caso del bebé Ryan”. Caso ampliamente recogido por los medios de información que conmocionó a la población española y que generó un intenso debate a nivel político, profesional y social. El caso se ha estudiado como paradigmático de todos los dilemas relacionados con la falta de contratación de enfermeras especializadas, falta de tutorización durante el inicio en la unidad, precariedad de contratos y movilidad de una unidad a otra, escasez de plantillas enfermeras crónica en el sistema sanitario español y falta de identificación de los instrumentos técnicos como son los sondajes respiratorios y gástricos.

Nos permitimos desarrollar un resumen del caso para contextualizar la complejidad de variables que convergen en este suceso y que nos sirven para describir las que han de tenerse en cuenta en los procesos del trabajo sanitario y particularmente en el ámbito enfermero. El caso en cuestión sucedió en el 2009 en el hospital madrileño Gregorio Marañón de Madrid en el área pediátrica, UCI de Neonatología². La enfermera principiante fue a trabajar a esta unidad, sin tener ninguna experiencia previa ni formación especialista en Pediatría ni Neonatología. En principio no tenía pacientes asignados, la supervisora le había indicado que su objetivo era aprender y familiarizarse con la unidad, sin embargo, una urgencia requirió la atención de sus compañeras por lo

que ella continuó con la administración de la alimentación a petición de las mismas³. Cometió entonces un error en el procedimiento de la administración de la alimentación enteral confundiendo la vía periférica con la nasogástrica que produjeron complicaciones que causaron la muerte del bebé Ryan, un recién nacido prematuro hijo de la primera víctima mortal de Gripe A en España⁴.

Este hecho generó una discusión en la que tomaron parte distintos agentes. Por un lado, el Consejo Nacional de Enfermería denunció que el hospital adjudicara un puesto de trabajo a una enfermera que no estaba suficientemente preparada, mientras que la Dirección del mismo aseguraba que la enfermera no tenía asignados pacientes y que su cometido era formativo⁵. Por otro lado, el Ministerio de Sanidad en su informe “Unidades de Neonatología. Estándares y recomendaciones de calidad”⁶ –vigente cuando ocurrió el suceso- indica que las enfermeras que se incorporen a estas unidades deben ser especialistas en Enfermería pediátrica, con formación y experiencia específica en Neonatología y que su incorporación será bajo supervisión garantizando que pueden realizar los cuidados de forma autónoma una vez disponen de información y formación sobre el funcionamiento de la unidad. Al respecto, el presidente del Consejo General de Enfermería, Máximo González Jurado, indicó que el mismo año del suceso se había implantado en ese hospital un curso de cinco días para las enfermeras que iban a desarrollar su labor en Neonatología, a pesar de que ser especialista requiere un proceso de internado y residencia de duración mínima de dos años⁵. También recordó que el Código Deontológico enfermero obliga a las enfermeras a no “aceptar en ningún caso el ejercicio de una responsabilidad para la que no tienen competencia ejerciendo el derecho a esa renuncia y a no ser penalizado por ello”, con lo que el Consejo General de Enfermería concluyó que la enfermera “nunca debería haber aceptado acudir a la unidad porque no disponía de competencia profesional suficiente”⁷. Mientras que el Director Gerente del Gregorio Marañón, Antonio Barba, consideraba que “cualquier enfermera diplomada está capacitada para administrar una alimentación enteral, que es una cosa muy sencilla y no hace falta ninguna especialidad para ello”⁷.

Como suele ser habitual, en el caso planteado sucedieron distintos fallos en cadena. Por un lado, las jeringas con el preparado de nutrición enteral en la UCI de Neonatología del hospital Gregorio Marañón no se identificaron de ninguna manera como era habitual en esa unidad porque “su color blanco no induce a errores de medicación”⁷. La administración de la nutrición enteral se realizó a través de una bomba de infusión sin sensor, por lo que no hubo llamadas de alarma durante el mismo¹. La llave de las vías venosa central y la nasogástrica eran iguales, no tenían distintivos de color o de forma⁷, por lo que era sencillo confundirlas.

A pesar de todos los fallos acontecidos, entre los que el único de la enfermera pudo ser el haber aceptado ir a una unidad para la que no estaba formada, ella fue la única penalizada. En primer lugar, fue condenada a 6 meses de cárcel, considerándola como única autora de un delito de homicidio por imprudencia grave y, en segundo lugar, se la inhabilitó para el ejercicio de su profesión durante un año y seis meses⁷. A partir de allí se generalizó el uso de distintos colores de las vías central y nasogástrica⁷.

No hubo condena ni para mandos, ni para el Hospital Gregorio Marañón. Con lo que podemos concluir que la culpa recayó sobre el eslabón más débil de la cadena: la enfermera joven inexperta y con contrato eventual. Además, tal como refleja la Dra. Concha Germán Bes, este caso puso de relieve la falta de una política idónea para el personal enfermero especialista y el frecuente contexto de desamparo en el que trabajan las enfermeras españolas⁸.

Previo al suceso, durante 2005, como estudiante de Erasmus y posteriormente en 2008 como estudiante de la Licenciatura en Enfermería Europea en el Reino Unido, pude conocer el Servicio Nacional de Salud (National Health Service, NHS) británico donde comenzó mi interés por la formación de las enfermeras principiantes en las unidades hospitalarias. Allí las recién graduadas deben completar un ciclo formativo que acredite su competencia para desarrollar determinados procedimientos por lo que sus responsabilidades aumentan de manera progresiva. Para ello cuentan con el apoyo de los compañeros de equipo y superiores, realizan formación semanal dentro de la jornada laboral, la duración mínima de sus contratos laborales es de un año, entre otras. Una peculiaridad que se puede observar es que estas enfermeras noveles no trabajan solas, si no bajo la dirección de una enfermera veterana que hace de mentora. Esta labor tiene un periodo de tres meses que, si no es superado, se debe repetir. Además, las plantillas combinan enfermeras noveles o junior y veteranas o sénior. Se trata de un sistema que favorece la adaptación de las inexpertas y la adquisición de experiencia basándose en el modelo de Benner⁹ del cual hablaremos más adelante.

En el 2011 durante la realización del Máster Interuniversitario de Ciencias de la Enfermería en la Universidad de Zaragoza y por el convenio existente con distintas universidades europeas, pude realizar una estancia de investigación en la Universidad Católica de Lovaina. Ésta me permitió tomar contacto con el programa formativo que ofrece el Hospital de Lovaina a las enfermeras noveles y que está muy reconocido entre las enfermeras y que es considerado como un factor de satisfacción y aumento de la permanencia. En el hospital de Lovaina, las enfermeras noveles tienen un primer contrato de prueba que tras superarlo se formaliza como indefinido, durante el cual cuentan con el apoyo de un equipo formativo del hospital para favorecer su adaptación a la unidad hospitalaria y un/a tutor/a en la propia unidad que acompaña e instruye a la novel durante al menos un mes, pudiendo prolongarse según las necesidades que se detecten hasta asegurar una atención de calidad.

Nuestra realidad dista bastante de la narrada anteriormente. Por un lado, la enfermera recién graduada tiene las mismas responsabilidades que la enfermera veterana. En las unidades no existe una enfermera con rol de mentora o tutora y el apoyo de la supervisora y compañeras depende de su voluntad. Voluntad que, si bien es frecuentemente positiva, dado que tenemos con mucha frecuencia plantillas exiguas, supone un exceso de voluntariedad esperado. Además, los contratos de las recién graduadas en España siempre son temporales, habitualmente con duración de días, e incluso horas, cambiando indiscriminadamente de unidad hospitalaria o centro de salud, incluso pudiendo ser requeridos sus servicios en una unidad especializada como ocurrió

en el caso del bebé Ryan. Es decir, un claro ejemplo de precariedad laboral y menosprecio o *sobrevaloración* de las enfermeras que al parecer de las gerencias “sirven para todo” y en cualquier contexto.

Las circunstancias y condiciones narradas son factores que influyen sobre la seguridad del paciente. Los errores que ocasionan problemas a los usuarios son numerosos y objeto de diversos programas que más adelante detallamos. Se considera que casi el 10% de los pacientes sufre algún daño durante su ingreso en los hospitales occidentales¹⁰. Esta cifra también ha sido confirmada en los hospitales españoles, donde además se ha indicado que el 7,6% de eventos adversos se atribuyen a los cuidados enfermeros¹¹.

En este sentido, uno de los focos de atención en la investigación en la relación entre el ambiente laboral, los cuidados enfermeros y la seguridad del paciente, son los “Hospitales Magnéticos”. Se trata de hospitales donde se ofrecen cuidados enfermeros de alta calidad y se han demostrado resultados positivos en indicadores de seguridad del paciente. También se utilizan los términos “retención” y “permanencia” haciendo referencia a las estrategias para favorecer que las enfermeras continúen en estos hospitales y al propio deseo de permanecer en ellos. Parte de su interés también radica en su capacidad de atraer a nuevas enfermeras. Al respecto, en el Trabajo Final del Máster Interuniversitario en Ciencias de la Enfermería en la Universidad de Zaragoza (2008-2010) nos preguntamos si nuestros hospitales atraen a las enfermeras. Los resultados principales fueron: las enfermeras manifestaron que la carga de trabajo era alta y un condicionante negativo a la hora de realizar los cuidados y un sentimiento de infravaloración por la institución reflejo del tratamiento impersonal, falta de respeto a los profesionales y malas condiciones laborales a las que aludieron.

Por todo ellos nos planteamos esta tesis, con el objetivo de conocer la influencia de las enfermeras noveles en la seguridad del paciente y la cultura de la seguridad percibida por las enfermeras. Si bien la medición de la cultura de seguridad está siendo promovida por la Agencia de Calidad del SNS, hasta la fecha en nuestro medio y en el ámbito hospitalario ha sido estudiada de manera global a través de la percepción de distintos profesionales sanitarios¹². Por lo que nuestro estudio analiza “la cultura de la seguridad” de las enfermeras y aporta un análisis en el que se relaciona la influencia de la experiencia siguiendo el aceptado y extendido criterio de Patricia Benner⁹.

Nuestra aportación a la seguridad del sistema sanitario es, a la vista de los resultados encontrados, proponer medidas que sirvan para cambiar la política de contratación e inserción de las enfermeras españolas. Esperamos que los factores percibidos como debilidades en la seguridad del paciente sean considerados como oportunidades de mejora y que los identificados como fortalezas sean consolidados.

El estudio consta de distintos capítulos al final de cada cual se presentan las referencias bibliográficas utilizadas, esperando así facilitar su localización al lector. En el capítulo primero, se encuentra el Marco Teórico que aborda una profunda revisión del estado del tema. Se divide en cuatro partes en las que se realiza una revisión del tema de

la seguridad del paciente a nivel nacional e internacional y de la responsabilidad y papel central que ocupan las enfermeras hospitalarias en el mismo, así como el contexto laboral en el que trabajan. Una parte importante de este primer capítulo es el desarrollo de la clasificación de Benner de la que hemos tomado las 5 categorías según la experiencia y aprendizaje tutelado de las enfermeras: novel, principiante, competente, eficiente y experta.

En el segundo capítulo se expone el Marco Conceptual que guía el desarrollo e interpretación del trabajo y que se basa en el paradigma de la transformación y en el marco de los Cuidados Holísticos e Invisibles. Consta de cuatro partes comenzando por el Marco Teórico del grupo de investigación de Enfermería A.Mas en el que se fundamenta el mapa conceptual de este estudio.

El capítulo tres corresponde a las hipótesis y objetivos, mientras que el cuatro recoge la metodología que consta de siete partes: diseño, población y contexto, muestra, instrumento, estrategia de recogida de datos, consideraciones éticas y análisis.

Los capítulos quinto y sexto corresponden a los resultados y discusión, y se finalizan con las conclusiones, recomendaciones y sugerencias en los capítulos siete y ocho.

Dado que entre los profesionales de la Enfermería predomina el género femenino, a lo largo del desarrollo de esta tesis se usará el término “enfermera” en femenino para englobar a todo el colectivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Donaldson LJ, Philip P. Patient safety, a global priority. *Bulletin of the World Health Organization* [revista en Internet] 2004; 82: 892. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/82/12/892.pdf> [acceso 26/09/2015]
2. Morcillo C, Ramírez de Castro N. La enfermera del “caso Ryan” desmonta ante el juez la versión del hospital. *ABC*. 1 de agosto de 2009.
3. Sevillano EG. El primer día de la enfermera. *El País*. 14 de julio de 2009.
4. Sahuquillo MR, Hidalgo E. Una “gravísima” negligencia mata al bebé de la primera fallecida por gripe A. *El País*. 14 de julio de 2009.
5. Europa Press. La enfermera que cuidaba a Ryan no tenía la formación adecuada. *El País*. 29 de julio de 2009.
6. MSSSI. Unidades de Neonatología. Estándares y recomendaciones de calidad. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
7. Sevillano EG. Condenada a seis meses de cárcel la enfermera del bebé Ryan. *El País*. 3 de julio de 2012.
8. Germán Bes Concha. Enfermera sí, pero no así. *MYS*. 2010; 27-28: 23-26.
9. Benner Patricia. *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. New Jersey: Prentice-Hall; 2001.
10. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. [monografía en Internet]. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: http://who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf [acceso 17/07/2014].
11. Ministerio de Sanidad y Consumo. ENEAS 2005. [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Disponible en: <http://www.seguridadelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf> [acceso 18/04/2015]
12. Terol E, Agra Yolanda. Estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud. *Med Clín*. 2008; 131 (Supl 3):1-3.

Capítulo I. MARCO TEÓRICO

En este capítulo hemos realizado una amplia revisión bibliográfica sobre seguridad del paciente, proceso de generación de errores, eventos adversos, condiciones laborales y la clasificación de Benner sobre los distintos niveles de responsabilidad de las enfermeras. Es lo que otros autores llaman “el estado de la cuestión del problema de estudio”.

I. 1. La seguridad del paciente

Los errores cometidos por los profesionales de la salud suponen una amenaza para la seguridad de los pacientes. Estos errores pueden tener consecuencias leves que incluso pueden pasar inadvertidas, pero también pueden ser graves y derivar en lesiones, discapacidad o incluso pueden llegar a suponer la muerte de un paciente¹.

Desde organismos como la Organización para la Salud (OMS) y el Comité de Seguridad y Calidad en la Atención Sanitaria de la Comisión Europea han acordado una terminología común para la temática que tratamos en este estudio y que consideramos oportuno introducir desde un principio para facilitar su comprensión. Así, cuando hablamos de **seguridad del paciente (SP)** nos referimos a “la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable”². Un **incidente** es cualquier “evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente”², mientras que un **evento o efecto adverso (EA)** “es un incidente que llega a producir daño al paciente”³.

Todos estos conceptos los enmarcamos y estudiamos dentro de la **cultura de seguridad** que definimos como “el comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente”⁴. Este último concepto reconoce la importancia de las actitudes y creencias de las personas y de las organizaciones para garantizar la seguridad del paciente y es una de las metas que se suelen marcar las instituciones sanitarias. De hecho, la promoción y el desarrollo de la cultura de seguridad entre los profesionales es uno de los objetivos a lograr dentro de la estrategia elaborada por el Ministerio de Sanidad para mejorar la seguridad de los pacientes⁵.

Dentro de la cultura de seguridad un aspecto a destacar es el uso posterior que se da a los errores detectados en las organizaciones. En este sentido, Sir Liam Donaldson^{6,7}, Presidente de la Alianza Mundial para la seguridad del paciente, considera que para disminuir los eventos adversos éstos deben ser sacados a la luz para estudiarlos, aprender de ellos y transmitir los hallazgos en materia de seguridad; Para ello, los sistemas sanitarios deberían potenciar la coordinación de información de tal

forma que el estudio de un evento adverso sucedido en un hospital determinado, pudiera evitar que éste volviera a repetirse en cualquier otro centro sanitario.

Siguiendo esta línea, la comunidad científica y distintas organizaciones e instituciones sanitarias internacionales y nacionales llevan años desarrollando estudios, planes y estrategias para prevenir la aparición de eventos adversos en la atención sanitaria. Este movimiento tuvo comienzo con la aparición del estudio “Error humano: construyendo un sistema de salud más seguro” en 1999 publicado por el Instituto de Medicina de Estados Unidos (EEUU) en el que se indicaba que entre 44.000 y 98.000 muertes anuales eran resultado de eventos adversos que podrían haberse evitado y que esos errores suponían un elevado coste económico⁸.

Desde entonces se ha avanzado en el estudio de los eventos adversos y en las numerosas y costosas consecuencias que generan. En el caso de los pacientes que los sufren pueden suponer complicaciones en su salud y un aumento de su morbilidad y mortalidad. En cuanto a los servicios de salud en los que suceden, provocan un aumento del gasto ya que pueden generar un ingreso hospitalario, un aumento de la estancia hospitalaria, la realización de pruebas y la administración de tratamientos que podrían haberse impedido.

En un principio la OMS⁹ instaba a observar la seguridad del paciente y a desarrollar estrategias que mejoraran tanto la seguridad como la calidad de la atención sanitaria. Sin embargo, el interés mostrado de los países miembros al comenzar a desarrollar estrategias o a solicitar información y apoyo para desarrollarlas impulsó la formación de la Alianza Mundial para la seguridad del paciente de la OMS en 2004⁹. Desde entonces la seguridad del paciente es una iniciativa global que invita a los países a tomar medidas dirigidas a mejorar la seguridad, fortalecer los sistemas de registro y monitoreo de los eventos adversos, reconocer la excelencia en la seguridad del paciente a nivel internacional, desarrollar investigaciones en este ámbito y ofrecer apoyo en las áreas estratégicas⁹.

En cuanto al alcance y distribución de los eventos adversos la Alianza Mundial indica que casi el 10% de los pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria hospitalaria en países desarrollados¹⁰. Estos resultados vienen repitiéndose en los distintos estudios internacionales realizados en las últimas dos décadas, al igual que sucede con las principales causas de los eventos adversos que coinciden en ser las siguientes: el uso de medicamentos, las infecciones adquiridas en el hospital y las relacionadas con procedimientos quirúrgicos y médicos¹¹⁻¹³. También existe concordancia en la estimación de los eventos adversos prevenibles, ascendiendo a unas cifras que oscilan entre el 40 y el 50%^{11,13-15}, lo cual supone un elevado gasto para los sistemas sanitarios y daños a los pacientes que podrían haberse evitado¹¹.

La magnitud de este problema es tal, que como indicábamos anteriormente, las más relevantes organizaciones de la salud acompañan a la OMS en el desarrollo de estrategias para estudiar, legislar y controlar los eventos adversos. Entre las cuales

destacan dos organizaciones en EEUU creadas para estudiar la seguridad del paciente y valorar, evaluar y evitar los eventos adversos.

Una de ellas es la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)¹⁶ que tiene como misión crear evidencia para favorecer un sistema sanitario más seguro, con mejor calidad, más accesible, equitativo y asequible, asegurándose de que esta evidencia es comprendida y puesta en práctica por el Departamento de Salud y de Recursos Humanos (RRHH) de los EEUU. Entre sus múltiples estudios subrayan que actualmente los daños prevenibles están aumentando un 1% cada año¹⁷. A lo que hay que añadir que las infecciones relacionadas con la atención sanitaria llegan a un total de 1,7 millones y que causan 99.000 muertes relacionadas anualmente¹⁸. Además, se han identificado 18 tipos de eventos adversos que suponen 2,4 millones de días extra de ingreso hospitalario y 9,3 billones de dólares extra anuales¹⁹. Esta agencia es pionera y referente en el desarrollo de estudios en materia de seguridad y cuestionarios para medir la cultura de seguridad. Cabe indicar que el cuestionario que ha sido utilizado en el presente estudio está basado en uno que fue adaptado y validado al contexto español por el Ministerio de Sanidad²⁰ partiendo del original desarrollado por esta agencia que mide la cultura de las organizaciones, identifica los aspectos sobre los que incidir para mejorarla e incluso permite monitorizar su evolución²¹.

La otra organización es la National Quality Forum (NQF)²² que tiene como objetivo principal la mejora de la atención sanitaria y que para conseguirlo se plantea entre otras metas el incremento de la cultura en seguridad. Esta organización también es un referente y como se expondrá más adelante, las recomendaciones que realiza son tenidas en consideración por el Ministerio de Sanidad a la hora de establecer estrategias para la seguridad del paciente.

La NQF considera que alcanzar una adecuada cultura de seguridad es el primer paso dentro de la seguridad del paciente²². Para ello, ha elaborado la guía “Prácticas seguras para una mejor atención sanitaria” donde se explican herramientas y estrategias de implementación de prácticas seguras y la participación de los pacientes y sus familias en la atención sanitaria. La guía es revisada y actualizada de forma regular basándose en la evidencia. Actualmente incluye 34 prácticas que han demostrado ser efectivas en la reducción de los eventos adversos que se dividen en las siguientes áreas²³: 1) La creación y el mantenimiento de la cultura de la seguridad, 2) Consentimiento informado, tratamiento para la prolongación de la vida, revelación de eventos adversos y cuidado al cuidador, 3) Cuidar de las necesidades humanas con servicios competentes, 4) Facilitar la transmisión de información y de comunicación clara, 5) Manejo de la medicación, 6) Prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, 7) Prácticas específicas relacionadas con servicios determinados.

La NQF recomienda desde 2003 en sus primeras publicaciones sobre prácticas seguras que las instituciones sanitarias inculquen una cultura correcta sobre seguridad del paciente, donde se establezcan estrategias para medir, identificar y valorar los eventos adversos para proponer soluciones para que no se vuelvan a producir²³.

Dentro de estas guías existe una práctica relacionada directamente con el personal de Enfermería y que requiere la implementación de los siguientes componentes para favorecer la seguridad tanto de las enfermeras como de los pacientes²³: a) Un plan de personal que cuente con los recursos suficientes, se gestione de forma adecuada y su efectividad sea regularmente evaluada; b) Líderes de Enfermería que ocupen cargos directivos y de gestión dentro del hospital; c) Equipos directivos y gestores que se responsabilicen de la reducción de riesgos en la seguridad del paciente relacionados con la gestión del personal de Enfermería y la provisión de recursos financieros para los servicios enfermeros; d) Provisión de recursos económicos para apoyar el incremento y mantenimiento de las competencias, conocimientos y habilidades de las enfermeras.

Otra organización que destaca en el estudio de la seguridad del paciente es la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) que cuenta con 34 países miembros, prácticamente todos ellos occidentales y de economías desarrolladas. Esta organización además de realizar estudios de revisión entre los países que la componen, ha establecido unos indicadores comunes que favorecen la comparación de resultados entre ellos^{13,14}. El Ministerio de Sanidad español forma parte de los grupos de trabajo sobre seguridad del paciente que ha constituido la OCDE.

En cuanto a la Unión Europea (UE), tampoco sus estados miembros están exentos de los eventos adversos de hecho, se ha estimado que entre un 8% y un 12% de sus pacientes sufre eventos adversos durante el ingreso hospitalario, tal como se indica en el informe “Mejorar la seguridad de los pacientes en la UE”²⁵. Concretando, en España se ha estimado que el 9,3% de los pacientes sufre un evento adverso¹⁵, en Reino Unido el 10,8%²⁶, en Portugal el 11,1%²⁷, y en Francia y Dinamarca los resultados también son similares²⁸.

La seguridad del paciente es una prioridad en las políticas sanitarias de la Comisión Europea (CE) para alcanzar la calidad asistencial, que además se ve reflejada en las distintas estrategias que se vienen desarrollando en los últimos años²⁹ y que queda reflejada como una de las metas dentro de la línea estratégica de la salud del Libro Blanco «Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)³⁰. Asimismo, en 2004 creó el Grupo de Trabajo por la seguridad del paciente para favorecer la cooperación entre los estados miembros para desarrollar y alcanzar los objetivos marcados³¹. Actualmente es conocido como Grupo de Trabajo por la seguridad del paciente y la Calidad Asistencial³¹, se ocupa de estudiar, difundir y establecer estrategias en torno a la seguridad del paciente y la calidad asistencial, y cuenta con representantes de los 27 estados miembros, los países de la Asociación de Europa de Libre Comercio, organizaciones internacionales y organismos de la UE³².

Seis son las recomendaciones principales marcadas por la CE en cuanto a la seguridad del paciente³³: 1. Desarrollar políticas y programas nacionales, 2. Fomentar la comunicación de los eventos adversos, 3. Favorecer la participación de los pacientes y asociaciones en el desarrollo de políticas y estrategias, 4) Formar a los profesionales sanitarios, 5) Desarrollar actividades transfronterizas, 6) Promover la investigación.

La CE ha promovido una red de colaboración en seguridad del paciente y calidad entre los estados miembros, conocida como EUNetPaS (European Network for Patient Safety and Quality), en la que se establecen colaboraciones con otras organizaciones internacionales y organizaciones sanitarias no gubernamentales de la UE para facilitar alcanzar las metas fijadas a través del intercambio de información y experiencias y el desarrollo de estrategias nacionales en torno a la seguridad del paciente, la implicación del paciente y la calidad asistencial²⁹.

A nivel nacional, la seguridad del paciente es uno de los principios generales de la calidad asistencial del Sistema Nacional de Salud (SNS), tal como recoge la ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS³⁴. España lleva desarrollando la Estrategia en seguridad del paciente dentro del Plan de Calidad para el SNS a través de la Agencia de Calidad del SNS en coordinación con las Comunidades Autónomas (CCAA) desde 2005. Se trata de la 8ª Estrategia planteada por el Ministerio de Sanidad con el objetivo de mejorar la seguridad de los pacientes y que para alcanzarlo propone unos objetivos en la línea de los propuestos por la CE: a) Promover la cultura de la seguridad; b) Diseñar sistemas para la comunicación de incidentes; c) Implantar prácticas seguras; d) Promover la investigación en SP; e) Promover la participación de pacientes y ciudadanos en las políticas relacionadas con la seguridad del paciente; f) Participar en foros internacionales.

Dentro del marco de esta estrategia también se han realizado distintos estudios con el fin de conocer la frecuencia de los eventos adversos en el Estado español³⁵. Uno de los más destacados es el estudio ENEAS 2005¹⁵ en el que se halló una incidencia de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en los hospitales españoles del 9,3%, de los cuales casi el 43% serían evitables. En la siguiente tabla se muestran los eventos adversos detectados por unidad médica y quirúrgica, los totales y su estimación como prevenibles¹⁵:

Tabla 1. Porcentaje de eventos adversos (EAs) en unidades médicas y quirúrgicas de los hospitales públicos españoles, porcentaje de eventos adversos evitables y sus principales causas

| Causa del EA | % de EAs en unidades médicas | % de EAs en unidades quirúrgicas | % total de EAs | % total de EAs evitables |
|----------------------|------------------------------|----------------------------------|----------------|--------------------------|
| Procedimiento médico | 11,2 | 37,6 | 25 | 31,7 |
| Infección nosocomial | 21,2 | 29,2 | 25,3 | 56,6 |
| Uso de medicación | 53,8 | 22,2 | 37,4 | 34,8 |
| Cuidados enfermeros | 8,7 | 6,7 | 7,6 | 56 |
| Diagnósticos médicos | 2,9 | 2,9 | 2,7 | 84,2 |
| Otros | 2,2 | 1,5 | 1,8 | 33,4 |
| Total | 100 | 100 | 99,8 | 42,6 |

Fuente: Ministerio de Sanidad¹⁵. Estudio ENEAS 2005

Siguiendo esta línea, el estudio APEAS³⁶ constató que el 80% de los eventos adversos ocurridos en Atención Primaria son prevenibles, donde además existe una prevalencia de los eventos adversos del 10,1%. Los resultados obtenidos en estos estudios son similares a los recogidos por otros países occidentales.

La cultura de seguridad también ha sido objeto de estudio mediante una investigación en los hospitales españoles en la que se utilizó la encuesta adaptada y validada al contexto español por el Ministerio de Sanidad²⁰ que parte de la original de la AHRQ²¹ a la que hacíamos mención previamente. En este estudio se destacó el trabajo en equipo como un elemento positivo dentro del clima de seguridad frente a la dotación de personal, el ritmo de trabajo, la actitud de la gerencia y la coordinación entre las unidades y servicios que se percibieron como debilidades³⁷.

Además, el Ministerio de Sanidad ha establecido convenios con las CCAA para favorecer las buenas prácticas sanitarias y las prácticas seguras recomendadas por la OMS³⁸ y otras asociaciones estadounidenses relacionadas con la seguridad del paciente entre las que se encuentran las mencionadas anteriormente NQF²³ y AHRQ¹⁶, también la Joint Commission³⁹ a la que haremos alusión posteriormente, basándose en la eficacia demostrada al prevenir eventos adversos. Las prácticas recomendadas son un compendio de las indicadas por éstas³⁵: a) Impulsar la creación y/o desarrollo de unidades de gestión en seguridad de pacientes; b) Mejorar la identificación de los pacientes ingresados; c) Promover la práctica de manos limpias como el mejor método para prevenir las infecciones nosocomiales; d) Promover buenas prácticas clínicas relacionadas con la prevención de eventos adversos relacionados con ciertos procedimientos (anestesia, cirugía, cuidados de Enfermería) y la administración de medicamentos.

En el contexto sanitario vasco también se han desarrollado programas de prevención de eventos adversos en la red de hospitales y centros de Osakidetza (Servicio Vasco de Salud), comenzando por el Plan INOZ (Infekzio Nosokomialak Zaintzeko eta Kontrolatzeko Plana/Plan de Vigilancia de Control de las Infecciones Nosocomiales) que surgió en 1990 con el objetivo de prevenir la infección nosocomial y que dio lugar al actual plan en el que también se incluyen las actividades de prevención⁴⁰. Desde entonces, todas las líneas estratégicas desarrolladas en Osakidetza han tenido en cuenta la seguridad del paciente como un elemento importante a mejorar y se contempla como un reto a satisfacer⁴⁰. Para ello, una de las acciones es la formación en seguridad del paciente de los profesionales y también se ha marcado una línea de actuación relacionada con las buenas prácticas asociadas a los cuidados de Enfermería en la que se incluyen estrategias dirigidas a disminuir la incidencia y prevalencia de úlceras por presión y caídas en los pacientes⁴⁰.

En el Plan Estratégico de Osakidetza⁴¹ para los años 2013-2016 también se recoge como primer objetivo el aumento de la calidad del sistema sanitario en el que se incide principalmente en la seguridad clínica. Para lograrlo se proponen distintas acciones desde la gestión, los procesos asistenciales, la promoción de la cultura de la seguridad del paciente entre los profesionales y de la actitud proactiva en seguridad clínica⁴¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zarza Arizmendi MD, Alba Leonel A, Salcedo Álvarez RA. El currículum de Enfermería y la seguridad del paciente. Revista Conamed [revista en Internet] 2008; 13: 33-37. Disponible en: www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVISTA_JUL-SEP_2008.pdf [acceso 11/09/2012]
2. OMS. Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. [monografía en Internet]. Ginebra: OMS; 2009. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf [acceso 20/12/2014]
3. Saura Llamas J, Lázaro Gómez MJ, Jurado Balbuena JJ. Seguridad del paciente en las consultas de Atención Primaria. Barcelona: SEMFYC; 2012.
4. Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care. Glossary of terms related to patient and medication safety – approved terms. [monografía en Internet]. Strasbourg: Council of Europe; 2005. Disponible en: <http://www.bvs.org.ar/pdf/seguridadpaciente.pdf> [acceso 10/12/2014]
5. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
6. Donaldson Liam. When will health care pass the orange-wire test? The Lancet [revista en Internet] 2004; 364(9445):1567-1568. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/When_will_health_care_pass_orange.pdf [acceso 20/10/2010]
7. Donaldson Liam. Patient safety: Do no harm. Perspectives in Health, The Magazine of the Pan American Health Organization [revista en Internet] 2005; 10(1). Disponible en: http://www.paho.org/English/DD/PIN/Number21_last.htm [acceso 22/05/2010]
8. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human: Building a Safer Health System. [monografía en Internet]. Washington DC: National Academy Press; 1999. Disponible en: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9728 [acceso 05/03/2015]
9. WHO. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2005. [monografía en Internet]. Geneva: WHO; 2004. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf [acceso 14/07/2014]
10. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. [monografía en Internet]. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: http://who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf [acceso 17/07/2014].

11. Aranaz JM, Aibar Carlos, Gea MT, León MT. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. *Med Clín*. 2004; 123(1): 21-5.
12. Terol E, Agra Yolanda. Estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud. *Med Clín*. 2008; 131(supl 3):1-3
13. OECD. Patient Safety Data Systems in the OECD: A Report of a Joint Irish Department of Health - OECD Conference. [monografía en Internet]. Paris: OECD; 2007. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/38705981.pdf> [acceso 18/04/2015]
14. Drösler S. Facilitating Cross National Comparisons of Indicators for Patient Safety at the Health System Level in the OECD Countries. [monografía en Internet]. Paris: OECD; 2008. Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/242227845345> [acceso 18/04/2015]
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. ENEAS 2005. [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf> [acceso 18/04/2015]
16. Agency for Healthcare Research and Quality. About us. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2014. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/about/index.html> [acceso 18/06/2014]
17. Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital Survey on Patient Safety Culture. 2008 Comparative Database Report. [monografía en Internet]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. Disponible en: <http://archive.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2008/index.html> [acceso 08/07/2015]
18. Klevens RM, Edwards JR, Richards CL Jr, Horan TC, Gaynes RP, Pollock DA, et al. Estimating health care-associated infections and deaths in U.S. hospitals, 2002. *Public Health Reports* [revista en Internet] 2007; 122(2):160-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1820440/> [acceso 08/07/2015]
19. Zhan C, Miller MR. Excess length of stay, charges, mortality attributable to medical injuries during hospitalization, *JAMA* [revista en Internet] 2003; 290(14):1868-1874. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=197442> [acceso 08/07/2015]
20. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. [monografía en Internet]. Madrid: MSC; 2005. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf> [acceso 14/06/2014]
21. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. [monografía en Internet]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004. Disponible

- en: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf> [acceso 28/04/2015]
22. National Quality Forum. Washington: National Quality Forum; 2014. Disponible en: <http://www.qualityforum.org/Home.aspx> [acceso 15/06/2014]
 23. National Quality Forum. Safe Practices for Better Healthcare–2010 Update: A Consensus Report. [monografía en Internet]. Washington: NQF; 2010. Disponible en: http://www.qualityforum.org/projects/Safe_Practices_2010.aspx#t=1&s=&p= [acceso 15/06/2014]
 24. Organisation for Economic Co-operation and Development. Current membership. Better Policies for Better Lives. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2015. Disponible en: <http://www.oecd.org/about/membersandpartners/> [acceso 24/09/2015]
 25. Conklin A, Vilamovska AM, de Vries H, Hatziandru E. Improving patient safety in EU, Assessing the expected effects of three policy areas for future action. [monografía en Internet]. Cambridge: RAND Corporation; 2008. Disponible en: http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2008/RAND_TR596.pdf [acceso 15/08/2014]
 26. Charles V, Graham N, Maria W. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* [revista en Internet] 2001; 322:517. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/322/7285/517> [acceso 24/04/2015]
 27. Sousa P, Sousa Uva A, Serranheira F, Nunes C, Leite EM. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. *BMC* [revista en Internet] 2014; 14:311. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/311> [acceso 24/04/2015]
 28. WHO. A brief synopsis on patient safety. [monografía en Internet]. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2010. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/111507/E93833.pdf?ua=1 [acceso 24/04/2015]
 29. Agra Varela Yolanda. Acción coordinada de la Unión Europea para fortalecer la Red de Colaboración en seguridad del paciente y calidad: The European Network for patient safety and quality (PASQ). *Medicina Preventiva* [revista en Internet] 2013; 13:33-35. Disponible en: <http://www.pasq.eu/Portals/PaSQ/Dokumenti/NCP%20Activities/Ponncia%20Medicina%20Preventiva.pdf> [acceso 29/04/2015]
 30. White paper. Together for health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013. [monografía en Internet]. Brussels: European Commission; 2007. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf [acceso 15/07/2014]
 31. European Commission. Meeting of the Patient Safety & Quality of Care Working Group. Draft Work Plan 2013-2014. [monografía en Internet]. Brussels: European Commission; 2013. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/ev_20130308_wd01_en.pdf [acceso 29/04/2015]

32. Comisión Europea. Salud Pública. Seguridad de los pacientes. Bruselas: Comisión Europea; 2014. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_es.htm [acceso 16/07/2014]
33. Comisión Europea. Informe de la comisión al consejo sobre la base de los informes de los Estados miembros relativos a la aplicación de la Recomendación 2009/C 151/01 del Consejo, sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y la lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia Sanitaria. [monografía en Internet]. Bruselas: Comisión Europea; 2012. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_report_es.pdf [acceso 16/07/2014]
34. Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003 de 28 de mayo, Boletín Oficial del Estado, nº128 (29 mayo 2003).
35. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Seguridad del Paciente. [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/presentacion/> [acceso 14/07/2014]
36. Estudio APEAS. [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf [acceso 18/04/2015]
37. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud. [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf [acceso 18/06/2014]
38. WHO. Patient safety. [monografía en Internet] Geneva: WHO; 2015. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/en/> [acceso 20/01/2015]
39. Joint Commission. Patient Safety Systems. Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals. [monografía en Internet]. Washington: Joint Commission; 2015. Disponible en: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/PSC_for_Web.pdf [acceso 24/09/2015]
40. Osakidetza. 2013. Estrategias de Seguridad del Paciente. Osakidetza 2013-2016. Vitoria-Gasteiz: Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco; 2013.
41. Osakidetza. Líneas estratégicas y planes de acción Osakidetza 2013-2016. Vitoria-Gasteiz: Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco; 2013.

Capítulo I. 2. Los errores en el sistema sanitario y su relación con las enfermeras

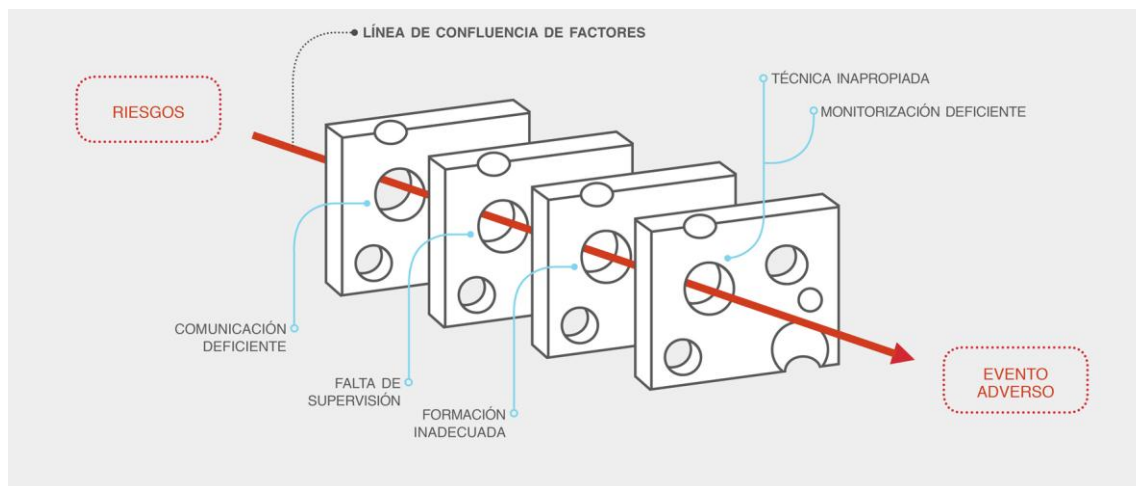
En el proceso de generación de eventos adversos (EAs) intervienen múltiples factores entre los que, en ocasiones, pueden verse involucradas las enfermeras debido a la atención continuada que ofrecen a sus pacientes. No obstante, el desarrollo de un evento adverso va más allá de la atención puntual que pueda ofrecer una enfermera u otro profesional, ya que por lo general son múltiples los elementos involucrados y a muy distintos niveles.

Si bien el presente estudio está centrado en las enfermeras, consideramos necesario revisar el proceso de creación de los eventos adversos y los factores implicados, así como la relación de las enfermeras en el mismo, para facilitar la comprensión del entramado que forman estos elementos.

Cabe señalar que los errores cometidos en el sistema sanitario pueden derivar en eventos adversos para los pacientes o no conllevar consecuencias. En cualquier caso, resulta conveniente estudiar la naturaleza de los errores e incidentes cometidos en el ámbito sanitario para adoptar medidas que los eviten en el futuro. Por lo general, los errores acontecidos no suelen deberse a fallos individuales y sí a complicaciones en cadena en el diseño o en la organización¹.

Probablemente la explicación sobre la generación de errores más aceptada sea la de Reason², comúnmente conocida como el “queso suizo de Reason”, según la cual cuando sucede un error debemos analizar el contexto donde ocurrió y las condiciones bajo las que sucedió para crear soluciones que eviten o mitiguen sus efectos. Los sistemas sanitarios cuentan con barreras para evitar los errores: unas son físicas (p. e. alarmas, bombas de perfusión...); otras recaen “en los profesionales con contacto directo con el paciente” y otras en la gestión administrativa². No obstante, estas barreras pueden fallar en alguno de los niveles en cierto momento durante la atención al paciente, pero es necesario que sucedan distintos fallos en las barreras del sistema al mismo tiempo para que acontezca un EA². Siguiendo la explicación del “queso suizo”, las barreras del sistema equivaldrían a las lonchas del queso y para que el evento adverso tuviera lugar, todas las lonchas -barreras- se deberían alinear en ese momento permitiendo al error seguir su trayectoria como se observa en la siguiente imagen²:

Figura 1. Proceso de generación de un evento adverso según la explicación del “queso suizo”

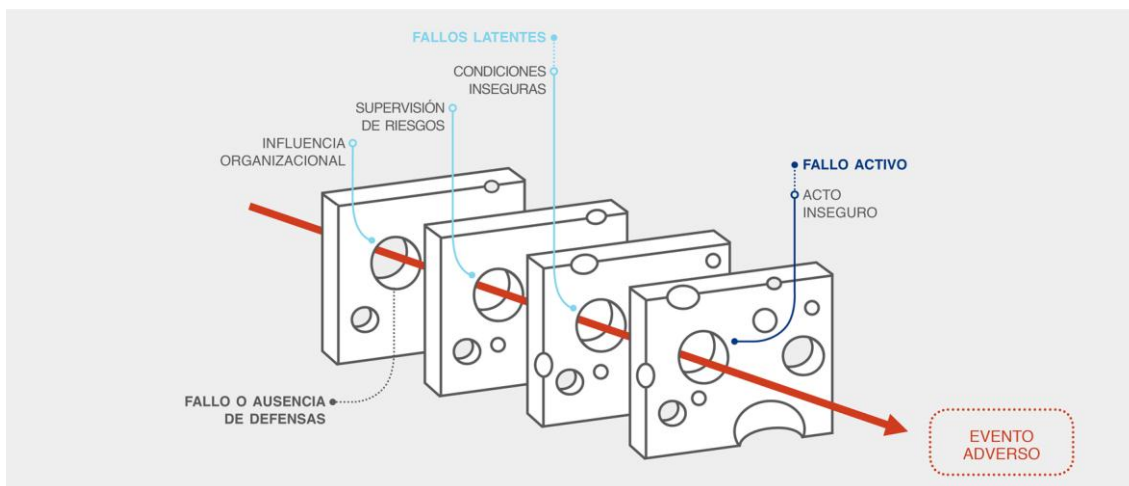


Fuente: Reason J^2 . *Human error: models and management*

Diseño: Nieto Jauregi Iciar

Reason² también expone los motivos por los que se crean esos fallos en las barreras de protección de los sistemas sanitarios y que equivaldrían a los agujeros de las lonchas. Casi todos los eventos adversos requieren de unos fallos activos que son “los actos inseguros cometidos por los profesionales en contacto con el paciente” y unos fallos latentes que corresponden a consecuencias derivadas de las decisiones en la gestión del sistema e institución y que influyen en las condiciones laborales (p. e. “presión laboral, falta de personal, falta de material, cansancio e inexperiencia”, etc.) y en las defensas del sistema (p. e. “alarmas e indicadores poco fiables, deficiencias de diseño y construcción, etc.”)². Mientras que los actos inseguros cometidos por los profesionales son difíciles de predecir y por tanto de evitar a priori, los errores derivados de los gestores, administradores y direcciones sí pueden ser identificados y modificados². A continuación se muestra una imagen en la que se observa la trayectoria que desarrolla un evento adverso a través de los fallos latentes y activos a través de las defensas del sistema:

Figura 2. Proceso de generación de un evento adverso a través de los fallos latentes organizacionales



Fuente: Reason J². *Human error: models and management*

Diseño: Nieto Jauregi Iciar

Siguiendo el planteamiento de Reason, la Joint Commision considera ineludible en el estudio posterior a un evento adverso la determinación de los factores humanos y otros relacionados a su desarrollo, así como los procesos y sistemas contribuyentes³. En este análisis también se debe incluir el rediseño de estos procesos y sistemas para disminuir o hacer desaparecer el riesgo de repetición de estos eventos³. Los parámetros fijos a valorar se plantean en el siguiente decálogo³:

1. Valoración de los cuidados, tratamientos y servicios
2. Dotación de personal
3. Formación y capacitación del personal
4. Supervisión del personal
5. Comunicación con los pacientes y sus familias
6. Comunicación del equipo
7. Mantenimiento y adecuación del equipamiento
8. Factores ambientales
9. Procesos y sistemas de seguridad
10. Manejo de la medicación

La Alianza Mundial de Profesionales de Salud (AMPS)⁴, entre las que se encuentran el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), la Asociación Médica Mundial y la Federación Farmacéutica Internacional, utiliza un razonamiento sobre la

generación de los errores que recuerda al expuesto por Reason². Hace hincapié en la importancia de incidir en los factores sistémicos y considera necesario que se desarrollen acciones en la contratación, formación y retención de los profesionales sanitarios, así como buscar la mejora de los resultados en seguridad, gestión del riesgo, control de infección, uso de medicamentos y entorno de cuidados y de la práctica clínica⁴. Incide especialmente en la importancia de unos niveles de dotación de personal adecuados, apoyándose en los estudios en los que se demuestra que una baja dotación provoca un “aumento de los eventos adversos tales como las caídas de pacientes, las heridas producidas en la cama, los errores de medicación, las infecciones hospitalarias y las tasas de readmisión, que pueden dar lugar a estancias hospitalarias más prolongadas y al aumento de los índices de mortalidad en los hospitales”⁴. Concluye que “unos recursos humanos (RRHH) inadecuados son una grave amenaza para la seguridad y la calidad de la atención de salud”⁴.

Las recomendaciones que realiza la Alianza Mundial de Profesiones de Salud para mejorar la seguridad del paciente van dirigidas a distintos niveles. En primer lugar, a los pacientes, familiares y ciudadanía en general y comunidades les recomienda⁴:

1. Informar a los profesionales sanitarios de todos los medicamentos que toman y de los distintos estados de salud por los que han atravesado
2. Hacer preguntas para esclarecer la información y mejorar la comprensión sobre los estados de salud, los medicamentos y la atención sanitaria
3. Asegurarse de obtener los resultados de toda prueba o procedimiento
4. Comunicar a las autoridades competentes los EAs

Mientras que, en segundo lugar, a los profesionales de la salud les recomienda⁴:

1. Participar activamente en la evaluación de la seguridad y calidad de los cuidados en la práctica
2. Mejorar la comunicación con los pacientes y con los demás profesionales sanitarios
3. Informar a los pacientes de los posibles riesgos
4. Trabajar para mejorar los sistemas relacionados con la práctica profesional
5. Informar de los eventos adversos a las autoridades competentes
6. Fortalecer los aspectos de colaboración de los planes de tratamiento con medicamentos

En tercer lugar, a hospitales, clínicas y otro tipo de instituciones sanitarias les recomienda⁴:

1. Mantener los RRHH en niveles adecuados
2. Ocuparse de mejorar los sistemas de prestación de los cuidados, sin culpar a las personas
3. Establecer programas rigurosos de lucha contra las infecciones

4. Normalizar las políticas y protocolos de tratamiento para evitar la confusión y no tener que basarse en la memoria
5. Evitar nombres y conjuntos de medicación que se parezcan o suenen de manera similar

También realiza recomendaciones a las administraciones relacionadas con el establecimiento de sistemas nacionales de información de registro y análisis de los incidentes, la promoción de la cultura de seguridad y el desarrollo de mecanismos y estrategias que la mejoren⁴.

Recomendaciones y objetivos a las enfermeras

La Joint Commision también propone unas recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente a distintos niveles que recuerdan a las ya indicadas por la Alianza Mundial de Profesionales de Salud. Con la particularidad de que en este caso se parte de problemas observados en la práctica clínica para los que se indican medidas³ y cuyos objetivos podríamos llamar “reglas de oro de la seguridad de los cuidados”⁵:

1. Identificación correcta de los pacientes
2. Uso adecuado de la medicación
3. Prevención de infecciones
4. Prevención de caídas
5. Prevención de úlceras por presión

Siguiendo con la explicación de Reason², podríamos considerar a las enfermeras como una de esas barreras que podrían evitar el transcurso de un incidente, ya que por las características de su labor podrían advertirlo y tratar de impedirlo. Las enfermeras se preocupan por el bienestar y el confort de sus pacientes, vigilan que no tengan complicaciones e identifican y actúan en situaciones críticas, administran medicación, realizan procedimientos y colaboran en las intervenciones médicas, por lo que resultan imprescindibles en el mantenimiento de un entorno seguro para los pacientes donde poder prevenir y advertir los errores.

Sin embargo, para que la seguridad del paciente sea una prioridad y la asistencia sanitaria segura sea una realidad, no basta con desarrollar estrategias políticas y organizativas⁶. El cambio en la cultura de seguridad debe suceder en los centros sanitarios donde los pacientes van a ser atendidos, para ello debería establecerse un compromiso a distintos niveles: administración central, comunidades autónomas (CCAA), universidades, organizaciones sanitarias, sociedades científicas y consumidores^{6,7}. En este sentido, las universidades desempeñan un papel clave en el

apoyo al cambio incluyendo en las Escuelas y Facultades de Enfermería contenidos curriculares sobre la calidad del cuidado y la seguridad del paciente dentro de sus planes de estudio⁸.

Lo cierto es que la cultura de seguridad debería estar tan instaurada en el área sanitaria como en otras donde es fundamental y se acepta como una práctica normal más, como sucede en la aeronáutica e industria energética. La medición de la cultura de seguridad ofrece una perspectiva de la implicación que los profesionales pueden tener en la implementación de prácticas seguras y facilita el diseño de estrategias orientadas a conseguir organizaciones comprometidas⁷.

Como indicábamos anteriormente, las enfermeras y enfermeros son los profesionales sanitarios que más presencia tienen en la atención al paciente y tal como viene demostrando la evidencia científica más reciente, las condiciones laborales en las que ejercen tienen una influencia sobre la seguridad del paciente. Por ello, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) trabaja en el desarrollo de distintas líneas relacionadas con la seguridad del paciente. Por un lado, como organismo involucrado en la Alianza Mundial de Profesiones de Salud, colabora en la línea de trabajo de este organismo, y por otro, ha desarrollado una propia, más específica, relacionada con la Enfermería y está promoviendo el cambio para garantizar unos cuidados enfermeros seguros. En la declaración de posición en relación a la seguridad del paciente el CIE defiende actuaciones más específicas entre las enfermeras y las 130 asociaciones nacionales de enfermeras a las que representa⁹ que describimos a continuación y que consideramos importantes por el papel que en ellos juegan las enfermeras y sus asociaciones para garantizar la seguridad del paciente. Entre las novedades que aporta el CIE destaca la siguiente que señalamos en cursiva, siendo el resto coincidentes, como no, con otros organismos.

1. Informar a los pacientes y sus familias sobre los posibles riesgos.
2. Comunicar rápidamente a las autoridades competentes los eventos adversos.
3. Ejercer una activa función de evaluación de la seguridad y calidad de los cuidados.
4. Mejorar la comunicación con los pacientes y los demás profesionales sanitarios.
5. Defender los entornos positivos para la práctica.
6. *Influir para que los niveles de dotación de personal sean adecuados, la combinación de capacidades sea idónea y los recursos materiales sean suficientes para proporcionar una atención de Enfermería segura.*
7. Favorecer las medidas que mejoren la seguridad del paciente, incluyendo la formación y la investigación.
8. Promover programas rigurosos de prevención y lucha contra las infecciones.
9. Influir a favor de políticas y protocolos de tratamiento normalizados que reduzcan al mínimo los errores.

10. Relacionarse con los órganos profesionales que representan a los farmacéuticos, los médicos, etc., para que mejore el embalaje y etiquetado de los medicamentos.
11. Participar en el desarrollo y la aplicación de políticas claras sobre la comunicación de los eventos adversos y la información a los pacientes y a sus familias.
12. Colaborar con los sistemas de comunicación nacionales para registrar y analizar los acontecimientos adversos y aprender de ellos.
13. Desarrollar mecanismos, por ejemplo, mediante la acreditación, para que se reconozcan las características de los dispensadores de atención de salud, que constituyen la marca de excelencia en la seguridad del paciente.

En lo que se refiere a la relación entre la seguridad del paciente y las enfermeras, el CIE viene manifestando su profunda preocupación “por la grave amenaza contra la seguridad del paciente y la calidad de los cuidados que resulta de la insuficiencia del número de RRHH idóneamente formados”⁹. Igualmente, denuncia que la baja dotación de enfermeras por plantilla, la baja motivación o la insuficiencia en las capacidades técnicas y formativas son factores que aumentan la aparición de eventos adversos⁹. Además, se ha demostrado que un bajo coeficiente enfermera-paciente guarda una estrecha relación con el aumento de eventos adversos como son: las caídas de los pacientes, heridas causadas por la permanencia en cama, errores en la medicación, infecciones contraídas en los hospitales y los índices de readmisión, que pueden dar lugar a estancias hospitalarias más prolongadas o a índices más elevados de morbilidad y mortalidad en los hospitales. También incide en que *cuando la carga de trabajo aumenta y el número de enfermeras por plantilla disminuye, aumenta el riesgo tanto para los pacientes como para los trabajadores (p. e. aumenta el riesgo de pinchazos accidentales entre las enfermeras)*¹⁰.

En este sentido, se están llevando a cabo estudios en los últimos años que demuestran una relación entre un número alto de enfermeras cualificadas y especializadas y un bajo ratio enfermera-paciente con el aumento de la seguridad del paciente y la disminución de la mortalidad¹¹⁻¹³. Entre éstos destacan los desarrollados por la Dra. Linda H. Aiken quien en un reciente estudio llevado a cabo en 9 países europeos, incluida España, concluía que por cada paciente de más que atiende una enfermera el riesgo de mortalidad es del 7% durante los siguiente 30 días tras su ingreso, mientras que cada aumento en 10% de enfermeras graduadas suponen una disminución de la mortalidad en un 7%¹³.

Otros estudios han evidenciado también la relación entre ciertos eventos adversos y los cuidados enfermeros. En Canadá, en un estudio de revisión transversal de las historias clínicas de 2.699 pacientes ingresados en 22 unidades hospitalarias en 11 hospitales se ha demostrado recientemente esta relación a través de la medición de la frecuencia de 6 indicadores de eventos adversos sensibles y relacionados con la atención

de Enfermería: úlceras por presión, caídas, errores de administración de medicamentos, neumonías, infecciones urinarias y el uso inapropiado de la sujeción mecánica¹⁴. Se determinó un riesgo del 15,3% de sufrir uno de los 6 eventos adversos con una variación de entre un 9% a un 28% según la unidad, por lo que uno de cada 7 pacientes sufriría uno de los 6 eventos adversos y además uno de cada 15 tendría complicaciones temporales o permanentes¹⁴. El porcentaje de los eventos adversos atribuidos potencialmente a los cuidados enfermeros fue alto, un 76,8%, lo que además confirma la sensibilidad de los indicadores escogidos para su análisis¹⁴. Teniendo en cuenta que en algunas unidades el riesgo de que ocurriera un evento adverso era cuatro veces mayor que en otras y la alta frecuencia de aquellos atribuidos potencialmente a los cuidados enfermeros, resultaría interesante conocer los factores que han influido en estos hallazgos tan diferentes entre unas y otras unidades¹⁵.

Dentro del marco de la seguridad del paciente también se han estudiado la calidad de los cuidados enfermeros. Así, se ha confirmado que la presencia continua de las enfermeras junto a los pacientes desde su admisión hasta su alta las convierte en “informantes fiables en relación a la calidad de los cuidados de un hospital”¹⁶. Se ha observado que cuando las enfermeras consideran que la calidad de cuidados ofrecidos en su hospital es excelente, existe una asociación a una menor probabilidad de mortalidad y fallo en el rescate, así como una mayor satisfacción de los pacientes y mejores marcadores para los procesos de cuidados en los infartos agudos de miocardio, neumonía y pacientes quirúrgicos¹⁶. De tal forma que la calidad de cuidado referida por las enfermeras podría ser considerada como un indicador de calidad valorable a añadir en las escalas habituales realizadas por las organizaciones sanitarias y en las escalas de medición de ambiente laboral. Igualmente, podría ser un mensaje dirigido a los clientes y a las enfermeras que quieran trabajar en un hospital para atraerlos.

Esto último se viene haciendo en los hospitales con el reconocimiento de “Hospital Magnético” para captar enfermeras para hacer frente a la escasez de sus plantillas, obteniendo un resultado exitoso, ya que este reconocimiento informa entre otras cosas de la percepción de las enfermeras sobre la calidad de los cuidados de ese hospital. Los “Hospitales Magnéticos” comenzaron a estudiarse con el comienzo de la escasez de enfermeras en los Estados Unidos (EEUU) y se observó que ciertos hospitales además de atraerlas tenían un menor número de abandono entre ellas¹⁷. Estos hospitales son considerados de excelencia, ofrecen cuidados enfermeros de alta calidad, las enfermeras están involucradas en la organización y pueden desarrollar su liderazgo, autonomía y participación en la toma de decisiones, además de contar con relaciones de equipo fluidas y recursos necesarios¹⁷. Se ha demostrado estos hospitales tienen un impacto positivo en la percepción de las enfermeras sobre el entorno laboral, presentando menores niveles de agotamiento emocional, mayor satisfacción laboral y una mayor intención de permanencia¹⁷. Además, obtienen mejores resultados en la atención a los pacientes, se ha demostrado que cuentan con índices menores de mortalidad¹⁸, un número menor de caídas¹⁹ y sus resultados positivos son extensibles también al área pediátrica²⁰. Cada vez son más los hospitales fuera de los EEUU que

cuentan con este reconocimiento y los que solicitan su valoración, lo que está favoreciendo que se esté extendiendo por occidente.

No obstante, debemos tener en cuenta que la seguridad del paciente en un hospital también está influenciada por factores organizacionales y profesionales que pueden contribuir a la aparición de eventos adversos. Esto mismo se corroboró en una investigación desarrollada en los hospitales públicos españoles con la colaboración de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad en el 2009²¹ donde se midió y estudió la percepción de los profesionales sanitarios sobre la cultura de la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario. Se analizaron 2.503 encuestas de distintos profesionales sanitarios, de los cuales un 93% tenía contacto directo con los pacientes (médicos, enfermeras, farmacéuticos, entre otros) y un 35,5% eran enfermeras de 24 hospitales públicos²¹. Tras el análisis de los datos, un 50% de los profesionales calificó la seguridad entre 6 y 8 (en una escala entre 0 y 10, siendo 0 “pésima” y 10 “excelente”) y un 95% había notificado menos de dos eventos adversos en el último año²¹. Además, se identificaron como puntos a mejorar la dotación de personal, la carga de trabajo, el apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente y la coordinación entre unidades y servicios²¹.

Sin embargo, a pesar de todas las líneas de prevención de riesgos en la aparición de eventos adversos que se están llevando a cabo y conociendo que las condiciones laborales, la formación y la comunicación entre profesionales son factores influyentes en la seguridad del paciente y que las enfermeras ocupan un lugar estratégico en la atención al paciente, no encontramos ni objetivos ni estrategias específicas dirigidas a garantizar y mejorar estos factores en el marco sanitario español. De hecho, podríamos decir que las reformas para mejorar la formación y las condiciones laborales de las enfermeras son una lucha continua que se repite en la historia de la Enfermería española²². Ni que decir de la incorporación de las enfermeras noveles a su ámbito de trabajo, ni de la temporalidad, precariedad laboral y la movilidad de las enfermeras en el SNS. Considerando que se tratan todos ellos de factores relevantes en la seguridad del paciente se va a ahondar en ellos en el siguiente subcapítulo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Donaldson Liam, Philip P. Patient safety, a global priority. *Bulletin of the WHO* [revista en Internet] 2004; 82:892. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/82/12/892.pdf> [acceso 26/09/2015]
2. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* [revista en Internet] 2000; 320(7237):768-770. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070929/pdf/wjm17200393.pdf> [acceso 08/07/2015]
3. Joint Commission. Sentinel Events. Refreshed Core. [monografía en Internet]. Washington: Joint Commission; 2011. Disponible en: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2011_CAMBHC_SE.pdf [acceso 24/09/2015]
4. Alianza Mundial de Profesiones de Salud. Seguridad de los Pacientes. [monografía en Internet] Ginebra: Consejo Internacional de Enfermería; 2013. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/20b_FS-Seguridad_pacientes-Sp.pdf [acceso 16/05/2015]
5. Joint Commission. National Patient Safety Goals Effective January 1. Nursing Care Center Accreditation Program. [monografía en Internet]. Washington: Joint Commission; 2015. Disponible en: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2015_NPSG_NCC.pdf [acceso 26/09/2015]
6. Agra Yolanda, Terol E. La seguridad del paciente: una estrategia del Sistema Nacional de Salud. *An Sist Sanit Navar*. 2006; 29(3):319-323.
7. Terol E, Agra Yolanda. Estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud. *Med Clín*. 2008; 131(Supl 3): 1-3.
8. Zarza Arizmendi MD, Alba Leonel A, Salcedo Álvarez RA. El currículum de Enfermería y la seguridad del paciente. *Revista Conamed* [revista en Internet] 2008; 13: 33-37. Disponible en: www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVISTA_JUL-SEP_2008.pdf [acceso 11/09/2012]
9. Consejo Internacional de Enfermería. Declaración de posición. Seguridad de los pacientes. [monografía en Internet]. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermería; 2012. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D05_Seguridad_pacientes-Sp.pdf [acceso 06/07/2015]
10. Consejo Internacional de Enfermería. Coeficientes de pacientes por enfermera. [monografía en Internet]. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermería; 2015. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/9c_FS-Coeficientes_pacientes_enfermeras-Sp.pdf [acceso 06/07/2015]
11. Tourangeau AE, Doran DM, Hall LM, O'Brien Pallas L, Pringle D, Tu JV, et al. Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *JAN* [revista en Internet] 2007; 57:32-44. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.04084.x/pdf> [acceso 18/07/2015]

12. Aiken Linda H, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *JONA [revista en Internet]* 2008; 38(5):223-229. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2586978/> [acceso 08/07/2015]
13. Aiken Linda H, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse, R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet [revista en Internet]* 2014; 383(9931):1824-1830. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4035380/> [acceso 20/10/2015]
14. D'Amour D, Dubois CA, Tchouaket E. The occurrence of adverse events potentially attributable to nursing care in medical units: Cross sectional record review. *IJNS [revista en Internet]* 2014; 51:882-891. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S0020748913003258> [acceso 20/10/2015]
15. Orkaizagirre Gómara Aintzane. La incidencia de eventos adversos potencialmente atribuibles a los cuidados enfermeros en unidades hospitalarias. *Enferm Clin.* 2014; 24(6):356-357.
16. McHugh MD, Stimpfel AW. Nurse reported quality of care: A measure of hospital quality. *Res Nurs Health [revista en Internet]* 2012; 35: 566–575. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3596809/> [acceso 08/07/2015]
17. Santillán García A. Evidencia para determinar el impacto de la designación Hospital Imán sobre la práctica enfermera y los resultados de los pacientes. *ENE Revista de Enfermería [revista en Internet]* 2015; 9(1). Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/518/resumenevidencia> [acceso 08/07/2015]
18. McHugh M, Kelly LA, Smith HL, Evan S, Vanak J, Aiken Linda H. Lower mortality in Magnet hospitals. *Med Care [revista en Internet]* 2013; 51(5): 382–388. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3568449/#> [acceso 08/07/2015]
19. Lake ET, Shang J, Klaus S, Dunton NE. Patient falls: Association with hospital magnet status and nursing unit staffing. *Res Nurs Health [revista en Internet]* 2010; 33(5):413-425. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2974438/> [acceso 08/07/2015]
20. Lake ET, Staiger D, Horbar J, et al. Association between hospital recognition for nursing excellence and outcomes of very low-birth-weight infants. *JAMA [revista en Internet]* 2012; 307(16):1709. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1148194> [acceso 08/07/2015]
21. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de la Salud. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf [acceso 18/06/2014]

22. Germán Bes Concha. La revolución de las batas blancas. La enfermería española de 1976 a 1978. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza; 2013.

I. 3. Las condiciones laborales de las enfermeras españolas

El cuidado y la atención que cada enfermera ofrece a los pacientes y sus familias están influenciados por factores externos que pueden resultar imperceptibles a simple vista pero que mirando más allá de la unidad hospitalaria o centro de trabajo pueden apreciarse. Nos referimos a factores como la formación de la enfermera, las condiciones laborales en las que ejerce (p. e. la presión laboral, la carga de trabajo, la dotación por plantillas, la experiencia) y la interacción con el resto de profesionales. Todos estos elementos vienen determinados por niveles de poder superior al de la enfermera dentro de un sistema jerarquizado, como es el sanitario español. Teniendo en cuenta que los mencionados factores influyen en la seguridad del paciente (SP), estimamos oportuno exponer los que están relacionados con las enfermeras de nuestro contexto y tratar de favorecer la visión del complejo entramado que compone la seguridad del paciente.

En general, en los países occidentales se está dando un aumento en la demanda de cuidados enfermeros debido al aumento de la longevidad de la población y a la presencia cada vez más frecuente de pluripatología y enfermedades crónicas, a lo que se debe añadir la tecnificación y aumento de la complejidad de los cuidados. De hecho, según indica el Observatorio Europeo de Ofertas de Empleo¹, a pesar de la crisis económica que ha supuesto una disminución de la demanda global en el mercado de trabajo de la Unión Europea (UE) en los últimos años (en 2012 disminuyeron un 6% las ofertas de empleo y en 2011 y 2012 un 4% las contrataciones), se observa un incremento de la demanda de empleo en el sector de la salud y la contratación en este área que aumentó un 2% anualmente entre 2008 y 2012¹. A pesar de ello, las profesiones del sector sanitario son de las más complicadas de cubrir en la UE². En el caso concreto de las enfermeras y matronas esto se debe a “una combinación de factores que contribuyen a este desequilibrio: un número insuficiente de enfermeras formadas, la capacidad para ser contratadas en distintos países, la importante demanda de sustitución para un número creciente de enfermeras y matronas próximas a la edad de jubilación, el alto grado de desgaste, las condiciones salariales y de trabajo y la poca disposición a llevar a cabo un trabajo físicamente duro”¹.

Otra circunstancia que se da de manera generalizada es la falta de profesionales sanitarios en general y de enfermeras en particular, existiendo una situación muy crítica en algunos países, entre los cuales no se encuentra ninguno europeo³. No obstante, aunque la situación en Europa no sea tan grave en comparación a la de otros continentes con países emergentes y en vías de desarrollo, algunos países europeos sí que están sufriendo la escasez de enfermeras en la última década, situación que se espera que se traslade a otros en los próximos años⁴. Por ello, la retención de las enfermeras es una preocupación extendida en muchos países y que está impactando de manera negativa en la calidad de la sanidad⁵.

La gestión de los Recursos Humanos (RRHH), las características de las plantillas de Enfermería y las condiciones laborales en las que desarrollan su labor las

enfermeras influyen en la seguridad del paciente. Se ha demostrado que un número alto en la ratio enfermera/paciente, una formación adecuada y un buen ambiente laboral aumentan la seguridad del paciente, disminuyendo incluso la mortalidad⁶⁻⁸. A pesar de que se ha constatado la relación entre estos factores y la seguridad del paciente en distintos países y en distintos sistemas sanitarios, observamos diferencias en las políticas y estrategias de gestión de las plantillas y las condiciones laborales en los países occidentales. Estas diferencias son manifiestas entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), siendo España uno de ellos, y que consideramos interesante poner de relieve para contrastar las características del marco socio-sanitario español con el de otros países occidentales y comprender la complejidad del nuestro.

Dentro de las desigualdades existentes, quizás la que muestra mayores extremos para las enfermeras españolas es la razón de enfermeras por población entre los países. La falta de enfermeras también es una realidad en España, pero con unos matices específicos que conviene puntualizar, ya que a pesar de tratarse de uno de los países con más bajo número de enfermeras por población, no solo no reconoce esta situación⁹ sino que además establece programas con otros países para exportarlas^{4,10}. No obstante, dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS) español, encontramos que Osakidetza (Servicio Vasco de Salud) ha llegado a considerar la captación y mantenimiento de profesionales sanitarios como un reto por la escasa disponibilidad de los mismos¹¹.

El número de enfermeras activas y su productividad dependen de unos factores que impulsan su entrada y salida del mercado laboral que están influenciados por las políticas y gestión de la educación, remuneración, condiciones laborales, migración y jubilación⁴. El personal que se sitúa en las entradas son enfermeras recién graduadas, inmigrantes y re-entrantes, mientras que quienes se sitúan en el de salida son aquellas que abandonan su puesto laboral, las jubiladas y las emigrantes⁴. Todo ello influye en la cantidad y calidad de los servicios enfermeros ofertados por un sistema sanitario que repercute en los pacientes⁴. De hecho, se trata de un problema crónico que ya estudió la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en la conferencia conjunta que mantuvieron en 1976 y que dio lugar a un relevante informe¹² en el que quedaron de relieve las malas condiciones laborales de las enfermeras en los países emergentes como era entonces España, donde “algunas de las capacidades se consideraban intrínsecas a la mujer y por tanto no eran objeto de evaluación”. Con lo que la invisibilización de la enfermera viene de antiguo. Quizá esto puede estar sucediendo actualmente en los países emergentes y pueda asociarse a las propias consideraciones sobre la situación discriminatoria de la mujer que por tanto afecta a las enfermeras.

La escasez de enfermeras se relaciona con diferentes elementos además de los ya mencionados, como son: una valoración social baja de la profesión, el aumento de edad del colectivo en general, la reducción de horas laborales, la prejubilación y la tendencia de las enfermeras a abandonar la profesión⁴. Otro elemento a tener en cuenta es que en los países del sur de Europa, particularmente en España, se está produciendo un cambio

en el modelo asistencial familiarista debido a la incorporación de las mujeres al ámbito laboral hasta cifras que se sitúan por encima del 60% con oscilaciones del 10% según la Comunidad Autónoma (CCAA), lo que genera mayor demanda de cuidados durante la hospitalización para cubrir aquellos que antes eran realizados por las cuidadoras familiares¹³.

Otra de las singularidades en la gestión de los RRHH en España es que destaca por ser uno de los países europeos con más médicos y menos enfermeras. A pesar de que se ha producido un aumento en el número de profesionales sanitarios en todas las categorías en los últimos 25 años, destacando especialmente el grupo de enfermeras, dentistas y farmacéuticos en comparación a una relativa estabilidad mantenida en el de los médicos, debido al aumento de la población (el aumento del número de enfermeras ha sido paralelo al de la población, no proporcional) España sigue destacando por tener una tasa de enfermeras muy inferior al de la media de países occidentales. Tal es así que el SNS español se considera “médico-centrista”. Mientras que la media de los países de la OCDE es de 3,8 médicos y 8,7 enfermeras por cada 1.000 habitantes¹⁴, España cuenta con 5,13 médicos y 5,92 enfermeras (datos de 2014) por la misma cantidad de población¹⁵. La razón de enfermeras por médico oscila entre 2,8 en la OCDE¹⁶ y 1,13 en España¹⁵. Como se ve estamos por debajo de la mitad de la media europea de enfermeras respecto a médicos.

De hecho, el bajo número de enfermeras es otra de las particularidades que define al SNS español. Germán Bes¹⁷ (2006) confirmó en su tesis doctoral que no hay un cambio de tendencia al respecto, lo cual observamos que se mantiene en el tiempo a tenor de los datos arrojados. A lo que De Pedro Gómez y Morales Asencio añaden que desde hace 25 años en España se maneja esta situación con la misma plantilla de enfermeras, capacidad de decisiones y distribución¹⁸. Cabe reflejar en la siguiente tabla (2) datos de la década de los 70 ilustrativos de la baja proporción de camas y número de enfermeras en España que tenían el doble de camas que un médico y cinco veces más que una enfermera italiana o yugoslava¹⁹.

Tabla 2. Relación de camas por profesionales sanitarios en la década de los 70

| Camas/profesional | España, 1976 | Italia, 1970 | Yugoslavia, 1971 |
|-------------------------------|--------------|--------------|------------------|
| Camas/médico | 11,4 | 13,1 | 11,7 |
| Camas/enfermera | 21,0 | 4,8 | 4,9 |
| Camas/personal administrativo | 51,2 | 25,2 | - |

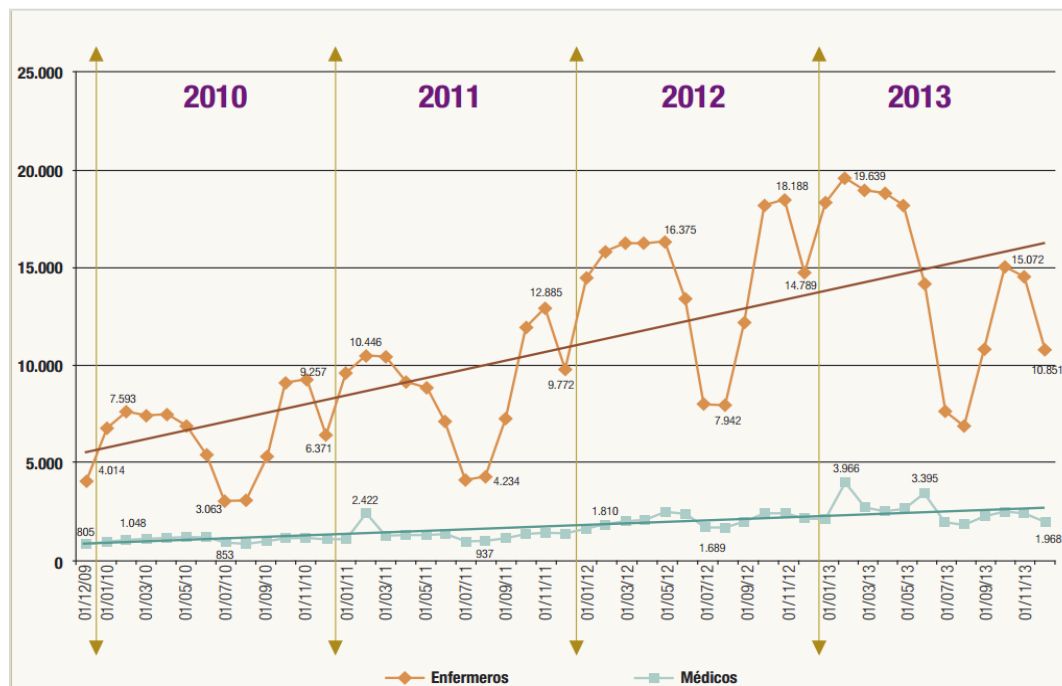
Fuente: Jesús de Miguel¹⁹

El Consejo General de Enfermería (CGE) ha señalado su preocupación por la desproporcionada relación entre médicos y enfermeras en España en comparación a la media del resto de países de la UE⁹. Igualmente, considera que con el número actual de

enfermeras en España es inviable para atender a una población cada más longeva y con mayor incidencia de enfermedades crónicas; en palabras del presidente del CGE, Máximo Jurado, “se necesitarían 142.000 enfermeras para igualar las cifras medias de la UE”²⁰. De hecho, España con sus 5,92 enfermeras por cada 1.000 habitantes¹⁵ es uno de los países con menos enfermeras por habitante de la UE, tan sólo Grecia tiene un ratio inferior con 3,3 enfermeras por la misma población¹⁴. Otros países de nuestro entorno con SNS cuentan con cifras manifiestamente superiores. Tal es el caso de Reino Unido que cuenta con 8,4 enfermeras por cada 1.000 habitantes, Irlanda con 12,7 y Suecia con 11¹⁴. A pesar de ser notoria la inferior ratio de enfermeras/población en España, resulta curioso que países como Reino Unido indiquen que están sufriendo una falta de enfermeras, mientras España señala lo contrario, un exceso de las mismas con lo que además justifica la promoción de la emigración de éstas a otros países⁴.

Más aun, al observar los datos del desempleo también comprobamos diferencias en los países de la UE. Antes del estallido de la crisis económica, el desempleo en las enfermeras españolas se había situado en torno al 1 y 2%²¹. En el año 2000 España y la República Eslovaca fueron los únicos países de la UE con una tasa de desempleo superior al 5%⁴. La tendencia en España en los años posteriores ha seguido siendo al alza, mostrando un crecimiento acelerado entre 2010 y 2012²¹. Según el CGE, basándose en datos del Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE), la cifra máxima de enfermeras desempleadas en el año 2010 llegó a 9.257, la cual se ha duplicado en el 2013 cuando se registró una media de 14.499 enfermeras en paro, con una mínima de 6.903 en agosto y una máxima de 19.639 en febrero; cifras muy superiores a las que se registran entre los médicos²² (véase figura 3). Las mínimas y máximas se vienen repitiendo en los últimos años coincidiendo con los periodos vacacionales de Navidad y verano, cuando aumenta la contratación de personal eventual, lo que refleja la precaria realidad laboral de las enfermeras²¹. De hecho, el número de contratos indefinidos se redujo de un 7,01% en 2009 a un 1,43% en 2013 y el de eventuales aumentó de un 92,99% a un 98,57%²⁰. En cuanto a las jornadas laborales, también se ha observado un incremento de las parciales frente a una reducción de las completas a consecuencia también de la situación de crisis actual²¹. Las desigualdades entre CCAA en este aspecto también quedan patentes: el mayor incremento del desempleo se ha dado en Castilla-La Mancha, Extremadura y Andalucía y las cifras menores se registran en Aragón, País Vasco y Cataluña²¹.

Figura 3. Evolución del mercado laboral en Enfermería y Medicina en España en los años 2010-2013



Fuente: Observatorio Enfermero del Consejo General de Enfermería²². 2013, récord histórico de paro: 19.639 enfermeros desempleados.

Todo esto indica un tipo de gestión de RRHH distinto al del resto de países europeos²³. En este sentido, se ha llegado a señalar que el sistema de gestión sanitario español está centrado en un modelo hospitalario²⁴ que basa el sistema sanitario en un sistema médico causando consecuencias negativas sobre el presupuesto y el personal enfermero²⁵. Respecto a la gestión de los RRHH, en un informe de la OMS en el que se revisa el SNS español se indica que han sido los propios médicos y personal de otros organismos quienes han dificultado la transformación de las estructuras públicas¹⁰, en nuestra opinión son las Gerencias casi siempre médicas las poco sensibles a las plantillas enfermeras. Teniendo en cuenta que es uno de los países con menor porcentaje de Producto Interior Bruto (PIB) dedicado al gasto sanitario de la OCDE³, esta organización recomienda a España aumentar su plantilla de enfermeras²⁶. Si bien la tendencia de los países europeos cercanos a España ha sido de mantenimiento o de ligera reducción en el gasto, en el caso de España la reducción además de ser notoria la relega a la última posición²⁷ (véase tabla 3).

Tabla 3. Porcentaje del PIB dedicado a gasto sanitario en países de la UE

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---------------|------------|------------|------------|------------|
| Francia | 11,6 | 11,5 | 11,6 | 11,7 |
| Alemania | 11,6 | 11,2 | 11,3 | 11,3 |
| Bélgica | 10,6 | 10,6 | 10,9 | 11,2 |
| Grecia | 9,5 | 9,8 | 9,3 | 9,8 |
| Portugal | 10,9 | 10,4 | 9,9 | 9,7 |
| Reino Unido | 9,4 | 9,2 | 9,3 | 9,1 |
| Italia | 9,4 | 9,2 | 9,2 | 9,1 |
| España | 9,6 | 9,4 | 9,3 | 8,9 |

Fuente: Banco Mundial²⁷

Otra complejidad que entraña el SNS español para las enfermeras es la dificultad de adquirir un puesto de trabajo en el SNS con un contrato indefinido o con un plazo de tiempo razonable de varios años. Previo al estallido de la crisis económica el número de recién graduadas ya era muy superior al de las plazas ofertadas anualmente, 7.500 frente a 4.500²⁸. En la actualidad se gradúan unas 10.000 enfermeras anualmente y se jubilan una media de 4.500²¹, siguiendo la tendencia ascendente de los últimos años¹⁵. Sin embargo, desde el comienzo de la crisis, el número de plazas ofertadas se ha reducido drásticamente, pero no así el número de recién graduadas. Observando cifras concretas del año 2014, el número de colegiadas aumentó en 8.322 enfermeras, sin embargo, a lo largo de ese año tan solo se realizaron dos exámenes de oposiciones en dos CCAA, en Aragón y Madrid concretamente, donde se ofertaban 203 y 1.600 plazas respectivamente, lo cual es una cifra muy inferior a la de nuevas colegiadas. Quienes logran una plaza y pasan a formar parte del personal fijo adquieren un carácter similar al de los funcionarios estatales quedando sus derechos regulados por la ley estatal 55/2003²⁹. Además, antes los concursos de oposiciones se realizaban cada 2-3 años³⁰ pero también esto se ha resentido demorando los años de espera entre exámenes.

También se ha observado que desde 1995 las condiciones laborales de las enfermeras han empeorado, han aumentado la precariedad laboral y el desempleo, siendo la tasa de empleo precario superior al 37,5% y dándose sobre todo entre enfermeras jóvenes y recién graduadas²⁸. En un estudio sobre la situación laboral de los recién graduados de una Escuela Universitaria de Enfermería de Barcelona se observó que la gran mayoría consiguió un contrato en menos de un mes, siendo tan solo el 4,5% de ellos indefinidos, el 52,5% indicó haber tenido contratos con duración de un día y la

mayoría de los contratos de un mes o tres coincidían con los periodos vacacionales en los que hay más demanda de personal eventual²⁸.

Tras el proceso de descentralización la gestión de los RRHH de los Servicios de Salud corresponde a las propias CCAA que los manejan respondiendo a sus necesidades más acuciantes, siguiendo unas estrategias orientadas a alcanzar objetivos a corto plazo e influenciadas por razones políticas. Del mismo modo, las CCAA regulan los sistemas de pagos¹⁰, el desarrollo de la carrera profesional³¹ y la gestión de las bolsas de trabajo³⁰. Esto se manifiesta en las cifras de enfermeras por habitantes que varían considerablemente entre las distintas CCAA a pesar de que el SNS español está basado en un principio de equidad³². Mientras que la tasa media es de 5,92 enfermeras por cada 1.000 habitantes, hay CCAA que presentan tasas superiores como Navarra con 8,36, Madrid con 7,37 y País Vasco con 7,25, que son las que tienen cifras más elevadas. En el extremo contrario se sitúan Murcia con 3,48 enfermeras por cada 1.000 habitantes, Andalucía con 4,57 y Galicia con 5,11¹⁵.

Respecto al desarrollo de la carrera profesional, éste es voluntario y cuenta con diferentes niveles, necesitando un mínimo de 5 años para aumentar de grado¹⁰, también se tiene en cuenta la actividad asistencial, implicación y compromiso con la organización, competencias profesionales, los conocimientos y experiencia, participación en investigación y docencia³¹. En teoría los niveles de la carrera profesional han sido establecidos asegurando su homologación y permitiendo la libre circulación de profesionales por todas las CCAA, sin embargo, en la práctica surgen dificultades^{10,30,33}. Otra de las limitaciones con las que se encuentran las enfermeras es que los contratos son ofrecidos a aquellas que forman parte de las bolsas de trabajo, las cuales son gestionadas a nivel regional, lo que supone que el sistema de baremación y las convocatorias de apertura de las mismas difiere entre ellas y dificulta su actualización y renovación que resultan necesarias para no ser excluidas³⁰.

En relación a la emigración de las enfermeras, en general quienes se deciden a hacerlo es porque el país que las recibe ofrece sueldos más altos y mejores condiciones de empleo y, a su vez, el país del que emigran suele tener unas peores condiciones de trabajo y una situación de vida menos atractiva⁴. En el caso de Suiza en el 2001, las enfermeras inmigrantes suponían un total de 23,11% de las cuales el 1,3% eran españolas⁴. Mientras que en Reino Unido en el mismo año, las enfermeras inmigrantes suponían el 8,34% del total, de las cuales un 1,4% eran españolas⁴.

Como veníamos indicando, la emigración de enfermeras españolas a otros países en ocasiones es debida al estímulo del Gobierno español en el mercado internacional, principalmente Inglaterra⁴ debido a los convenios establecidos con el gobierno británico. En este sentido, aunque se desconozcan las cifras exactas, debería ser tenido en cuenta el hecho de que exista un movimiento migratorio de médicos y enfermeras para encontrar trabajo, especialmente hacia Portugal e Inglaterra¹⁰. Los relatos de enfermeras españolas dejan constancia de que la emigración es una necesidad ante la falta de trabajo y malas condiciones que encuentran en España^{23,33,34}. Esto ha sido recogido por un documental de la Radio y Televisión Española (RTVE) en el que

también se explica el programa formativo que desarrollan las enfermeras españolas al ingresar en el Sistema Nacional de Salud británico (NHS) para asegurar la calidad asistencial³⁵. El abandono de los hospitales del SNS también puede estar motivado por la estabilidad que ofrecen los hospitales de la red privada (Orkaizagirre 2010, no publicado).

Si bien la falta de enfermeras en los sistemas sanitarios occidentales es una realidad, el momento económico actual parece estar solventando esta situación con la vuelta al trabajo de aquellas que lo habían abandonado y alargando su estancia quienes pensaban hacerlo³⁵. Precisamente por ello, hay quien opina que es el momento ideal para desarrollar estrategias que aumenten la retención de las actuales trabajadoras y la atracción de las nuevas por llegar³⁶. En este sentido, encontramos propuestas como el rediseño del ambiente laboral que permita a la enfermera ofrecer una atención global y no solo técnica³⁷. También hay quien recomienda fijar la atención sobre los previamente mencionados Hospitales Magnéticos, considerándolos como "el mejor modelo conocido sobre la eficacia gestora en Enfermería"³⁸. Son muchos los estudios que aseguran que las organizaciones que apoyan el desarrollo del trabajo en equipo y la unión entre sus miembros, tienen trabajadores más comprometidos con sus objetivos³⁹. Igualmente, encontramos estudios que relacionan los programas formativos con la permanencia de las enfermeras³⁹. Además de la relevante información que se está corroborando en los últimos años sobre la relación entre enfermeras bien formadas que ejercen en unidades con una buen ratio enfermera/paciente con la disminución de la estancia hospitalaria porque evitan infecciones y lo que es más importante disminuyen la mortalidad, además de que aumentan la satisfacción de los usuarios⁴⁰⁻⁴³.

Pero centrándonos en la realidad española, observamos que la crisis económica mundial está golpeando al país y a sus ciudadanos de manera notable, ya que éstos están sufriendo los recortes en servicios públicos esenciales del Gobierno tales como la Educación y la Sanidad en un intento por reducir el déficit. Si antes de la crisis la situación de precariedad laboral era habitual, en estos momentos entre las enfermeras que no disponen de una plaza dentro del SNS son constantes. A lo que debemos añadir, la falta de demanda y el consecuente aumento del desempleo en este colectivo.

En las instituciones sanitarias estas circunstancias se están solventando con el aumento de las horas laborales de la plantilla de Enfermería, con lo que se intenta evitar la contratación de eventuales. En los centros sanitarios y unidades han reorganizados los turnos y la repartición de tareas, aumentando la carga laboral de sus plantillas.

También se ha producido una disminución del sueldo desde 2010 cuando el Consejo de Ministros decidió reducir un 5% el salario de los funcionarios y mantenerlo congelado. Tampoco se cobran en su totalidad las bajas laborales, incluso no se cobró en su totalidad el salario del año 2012 al no ser percibida una de las pagas extras que está siendo pagada de manera fraccionada según se vayan recuperando las arcas públicas. A esto se le debe añadir que no se cubren las ausencias para formación, ni se contempla el permiso retribuido para la totalidad de la formación dentro de la jornada laboral. A este nivel, en el Plan Estratégico para los años 2013-2016 de Osakidetza se

reconoce como una amenaza la pérdida de poder adquisitivo y de derechos de los profesionales para llevar a cabo sus objetivos relacionados con el personal⁴⁴.

El aumento de horas en la jornada laboral golpea especialmente al colectivo enfermero que cuenta con una edad media alta, ya que gran parte de ellas forma parte del “baby boom” y se encuentra próxima a la jubilación (véase tabla 4). En el momento actual, el Estado debería reflexionar sobre la sobrecarga que suponen las condiciones a las que se enfrenta una plantilla envejecida de enfermeras y a futuro debería preocuparle que no haya suficientes enfermeras experimentadas como para cubrir las necesidades del SNS y mantener una atención de calidad, ya que cuando las enfermeras más jóvenes se incorporen pueden no disponer de la experiencia suficiente en el área en el que se inician y no contar con el apoyo de las veteranas que ya estarán jubiladas. En este sentido, en Osakidetza se reconoce como una debilidad el hecho de que el recambio generacional no esté clarificado⁴⁴.

Tabla 4. Porcentaje de enfermeras colegiadas por edad en España en 2014

| Grupo de edad | Porcentaje |
|--------------------|------------|
| Menores de 45 años | 54.1% |
| Entre 45 y 64 años | 38,7% |
| Mayores de 65 años | 7.2% |

Fuente: INE¹⁵

Bajo estas circunstancias, la calidad y la seguridad queda en entredicho⁴⁵⁻⁴⁹. Se recomienda revisar los modelos de gestión para reforzar el papel de las enfermeras en los sistemas sanitarios y garantizar una atención segura y de calidad eficaz^{45,48,49}.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Comisión Europea. Comunicado de prensa. Empleo: el Observatorio Europeo de Ofertas de Empleo destaca el aumento de las oportunidades en el sector sanitario. [monografía en Internet]. Bruselas: Comisión Europea; 2013. Disponible en: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-13-821_es.htm [acceso 09/07/2015]
2. Comisión Europea. European Vacancy and Recruitment Report 2012. [monografía en Internet]. Luxemburgo: Unión Europea, 2012. Disponible en: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=es&pubId=7267&type=2&furtherPubs=yes> [09/07/2015]
3. WHO. Working together for health. The World Health Report. [monografía en Internet]. Geneva: WHO; 2006. Disponible en: http://www.OMS.int/whr/2006/whr06_en.pdf [acceso 15/05/2010]
4. Simoens S, Villeneuve M, Hurst J. OCDE Health working papers NO. 19. Tackling nurse shortages in OCDE countries. [monografía en Internet]. Paris: OCDE; 2005. Disponible en: <http://www.OCDE.org/dataOCDE/11/10/34571365.pdf> [acceso 15/05/2010]
5. Buchan J, Calman L. The global shortage of registered nurses. [monografía en Internet]. Geneva: International Council of Nurses; 2005. Disponible en: <http://ners.unair.ac.id/materikuliah/summary.pdf> [acceso 10/07/2015]
6. Tourangeau AE, Doran DM, Hall LM, O'Brien Pallas L, Pringle D, Tu JV, Cranley LA. Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. JAN [revista en Internet] 2007; 57: 32-44. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.04084.x/pdf> [acceso 08/07/2015]
7. Aiken Linda H, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. JONA [revista en Internet] 2008; 38(5):223-229. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2586978/> [acceso 08/07/2015]
8. Aiken Linda H, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse, R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. The Lancet [revista en Internet] 2014; 383(9931):1824-1830. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4035380/> [acceso 20/10/2015]
9. Consejo General de Enfermería. Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea. Madrid: Consejo General de Enfermería; 2007.
10. Durán A, Lara JL, Van Waveren M. Spain: Health System review, Health systems in Transition [monografía en Internet] 2006; 8(4): 1-208. Disponible en: <http://www.euro.OMS.int/Document/E89491.pdf> [acceso 07/05/2010]
11. Gobierno Vasco. De la excelencia a la innovación. Plan estratégico de 2008-2012. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza, Servicio Vasco de Salud; 2008.
12. De Almeida Souza A. Enfermería en el discurso político internacional. Revista Administrativa Sanitaria, 2009; 7(2):191-206.
13. Sánchez Reinón Manuel. Las políticas públicas de servicios sociales de cuidados a

- la infancia y a la dependencia/discapacidad en España [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2010.
14. OECD. Health Statistics. [monografía en Internet]. Paris: OECD Publishing; 2013. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata2013-frequentlyrequesteddata.htm> [acceso 01/07/2015]
 15. Instituto Nacional de Estadística. Notas de prensa. 27 de mayo de 2015. Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados. Año 2014. [monografía en Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2015. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np909.pdf> [acceso 04/11/2015]
 16. OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators. [monografía en Internet]. Paris: OECD Publishing; 2011. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en [acceso 18/04/2015]
 17. Germán Bes Concha. Historia de la Institución de la Enfermería Universitaria: Análisis con perspectiva de género [tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2006.
 18. De Pedro Gómez JE, Morales Asencio JM. Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia? *Index Enferm.* 2004; 44-45:26-31.
 19. De Miguel Jesús M. La reforma sanitaria en España. Madrid: Cambio 16, Colección Crítica; 1976.
 20. Gregoris AM. El aumento de pacientes crónicos es inasumible si las autoridades no apuestan por la enfermería. [monografía en Internet]. Madrid: Consejo General de Enfermería; 2015. Disponible en: <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/16504-el-aumento-de-pacientes-cronicos-es-inasumible-si-las-autoridades-no-apuestan-por-la-enfermeria#.VhEIhSvIavE> [acceso 04/10/2015]
 21. Morón G. Enfermería: una misma profesión, dos realidades laborales. *Enfermería Facultativa.* 2013;(173):6-8.
 22. Romero G. 2013, récord histórico de paro: 19.639 enfermeros desempleados. [monografía en Internet]. Madrid: Consejo General de Enfermería, 2014. Disponible en: <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/2867-2013-r%C3%A9cord-hist%C3%B3rico-de-paro-19639-enfermeros-desempleados> [acceso 09/07/2015]
 23. Elola Somoza J. La coordinación de las políticas de recursos humanos en los sistemas descentralizados de la Unión Europea. *Revista de administración sanitaria siglo XXI.* [revista en Internet] 2008; 6(3): 447-464. Disponible en: <http://external.doyma.es/pdf/261/261v6n3a13127949pdf001.pdf> [acceso 10/03/2010]
 24. Pou Bordoy J, Gené Badía J, de la Cámara González C, Berraondo Zabalegui I, Puig Barbera J Gerencia única: una ilusión sin evidencia. *Aten Primaria* [revista en Internet] 2006; 37(4):231. Disponible en: http://www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13085954&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=8&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v37n04a13085954pdf001.pdf [acceso 13/03/2010]

25. Morales Asencio Jose M, Morilla Herrera Juan C, Martín Santos FJ. Recursos humanos en los Servicios de Salud: ¿decisiones políticas o política de decisiones? *Index Enferm.* 2007; 16(56):9-11.
26. OCDE. How Does Spain Compare. Health Data. [monografía en Internet]. Paris: OCDE; 2009. Disponible en: <http://www.OCDE.org/dataOCDE/46/7/38980294.pdf> [acceso 12/05/2010]
27. Banco Mundial. Gasto en Sanidad PIB. [monografía en Internet]. Washington: Banco Mundial; 2015. <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS> [acceso 12/09/2015]
28. Casanovas I, Escudero B, Esteve J. Situación laboral de los recién graduados en una escuela universitaria de Enfermería. *Enferm Clín* [revista en Internet] 2004; 14(3):157-166. Disponible en: http://www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13064157&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=35&ty=99&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=35v14n03a13064157pdf001.pdf [acceso 25/05/2010]
29. Estatuto Marco del personal estatuario de los servicios de salud. Ley 55/2003 de 16 de diciembre. *Boletín Oficial del Estado*, nº 301, (17-12-2003).
30. Mostazo Serralvo FJ. Emigración enfermera. *Archivos de la Memoria* [revista en Internet] 2006; 3(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/3/n40602.php> [acceso 15/05/2010]
31. Resolución de 29 de Enero de 2007 de la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios. *Boletín Oficial del Estado*, nº 50, (29 Enero 2007).
32. General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de abril, *Boletín Oficial del Estado*, 1986, nº 102 (25 Abril 1986).
33. Capilla Díaz C. Enfermera española recién titulada busca trabajo en el extranjero. *Index Enferm.* 2004; 44-45.
34. Blanca Gutiérrez JJ. Las enfermeras nómadas. Relato biográfico de una enfermera en contratación temporal. *Archivos de la memoria* [revista en Internet] 2005; 2. Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/anuario2/a0520.php> [acceso 16/05/2010]
35. RTVE. Cuidando al paciente inglés. [vídeo] Madrid: Informe Semanal, 12 Diciembre 2009.
36. Vestal K. Managing Challenges: Employee Engagement. *Nurse Leader* [revista en Internet] 2009; 7(4):6-7. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S1541461209001335> [acceso 21/10/2015]
37. Milisen K, Abraham I, Siebens K, Darras E, Dierckx de Casterle B, BELIMAGE group. Work environment and workforce problems: a cross-sectional questionnaire survey of hospital nurses in Belgium. *IJNS* [revista en Internet] 2006; 43(6):745-754. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S0020748905002002> [acceso 23/03/2015]
38. Gunnarsdóttir S, Clarke SP, Rafferty AM, Nutbeam D. Front-line management, staffing and nurse-doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes.

- A survey of Icelandic hospital nurses. *IJNS* 2009; 46(7): 920-927. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S0020748906003154> [acceso 13/03/2015]
39. Beecroft PC, Dorey F, Wenten M. Turnover intention in new graduate nurses: a multivariate analysis. *JAN* [revista en Internet] 2008; 62(1):41-52. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2440489/pdf/jan0062-0041.pdf> [acceso 21/03/2010]
 40. Stone PW, Mooney-Kane C, Larson EL, Horan T, Glance LG, Zwanziger J, et al. Nurse working conditions and patient safety outcomes. *Med Care* [revista en Internet] 2007. 45(6):5771-8. Disponible en: http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.17.0a/ovidweb.cgi?&S=BPMKPDDEIAHFDNACFNJKBDCGOGLCAA00&Link+Set=jb.search.9108_1445772371_32%7c1%7csl_10 [acceso 12/10/2015]
 41. Tourangeau AE, Doran DM, Hall LM, O'Brien Pallas L, Pringle D, Tu JV, et al. Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *JAN* [revista en Internet] 2007; 57: 32-44. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.04084.x/pdf> [acceso 8/7/2015]
 42. Aiken Linda H, Clarke SP; Sloane DM, Lake ET, Cheney T. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *JONA* [revista en Internet]; 2008; 38(5):223-229. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2586978/> [8/07/2015]
 43. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse, R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet* [revista en Internet] 2014; 383(9931):1824-1830. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4035380/> [acceso 08/10/2015]
 44. Osakidetza. Líneas estratégicas y planes de acción Osakidetza 2013-2016. Vitoria-Gasteiz: Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco, 2013.
 45. Molina Mula J, De Pedro Gómez JE. Impact of the politics of austerity in the quality of healthcare: ethical advice. *Nursing Philosophy* [revista en Internet] 2013; 14:53-60. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nup.12000/pdf> [acceso 08/03/2013]
 46. Zabalegui Adela, Cabrera E. Economic crisis and nursing in Spain. *J Nurs Management* [revista en Internet] 2010; 18:505-508. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2834.2010.01118.x/pdf> [acceso 08/06/2013]
 47. Legido Quigley H, Urdaneta E, González A, La Parra D, Muntaner C, Álvarez Dardet C, et al. Erosion of universal health coverage in Spain. *The Lancet* [revista en Internet] 2013; 382(9909):1977. Disponible en: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(13\)62649-5.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(13)62649-5.pdf) [acceso 10/10/2015]
 48. Germán Bes Concha, Hueso Navarro Fabiola, Huércanos Esparza Isabel. El cuidado en peligro en la sociedad global. *Enfermería Global*. 2011; 10(23):221-231. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/125491> [acceso 20/03/2013]

49. Gregoris AM. El aumento de pacientes crónicos es inasumible si las autoridades no apuestan por la enfermería. [monografía en Internet]. Madrid: Consejo General de Enfermería; 2015. Disponible en: <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/16504-el-aumento-de-pacientes-cronicos-es-inasumible-si-las-autoridades-no-apuestan-por-la-enfermeria#.VhEIhSvIavE> [acceso 04/10/2015]

Capítulo I. 4. El proceso de transición de novel a experta

Cuando las enfermeras recién graduadas comienzan a ejercer en sus primeros contratos se enfrentan a una serie de factores estresantes comunes a todos los contextos y a asumir el mayor reto de todos: la responsabilidad del cuidado de los pacientes¹⁻⁸ incluyendo la vigilancia y seguridad clínica. La experiencia de la transición del rol de estudiante de Enfermería al de enfermera y posteriores estadios como enfermera novel ha sido ampliamente estudiada^{1,9,10} y sigue siendo un objeto de estudio actual en aquellos países en los que se desarrollan programas para favorecer este proceso principalmente para evaluar sus beneficios¹⁰⁻¹³.

En una revisión sistemática¹¹ se indica que los programas para favorecer la adaptación de las enfermeras noveles comenzaron en los años 80 en EEUU y que han ido modificándose gracias al liderazgo de la Asociación Americana de Colegios de Enfermería, asociaciones y compañías corporativas con el objetivo de facilitar el proceso de adaptación de las enfermeras y garantizar la seguridad del paciente. Una de éstas fue la Joint Commission, citada anteriormente, que recomendó la formación clínica en residencia para las enfermeras recién graduadas similar a la de los estudiantes médicos graduados¹¹. Generalmente, tienen una duración de 3 a 4 meses, pero también pueden durar entre 12 y 24¹¹. En la mayoría se incluye una jornada laboral reducida, formación de 4 a 8 horas mensuales y el apoyo de un tutor o mentor de 3 a 12 meses¹¹. Todos los estudios indican beneficios, calculando los costes ahorrados midiendo los ratios de abandono entre las enfermeras y gastos de sustitución y de contratación¹¹. En estos estudios analizados se usó principalmente la clasificación de Patricia Benner para fundamentar los programas de adaptación de las noveles.

Indudablemente, Patricia Benner¹ destaca por ser la autora de los estudios más relevantes y reconocidos en torno a la transición de las enfermeras. En sus estudios observó diferencias en las competencias y la adquisición de conocimientos para cinco grupos de enfermeras con un grado de experiencia distinto¹. Este modelo de clasificación se ha generalizado y establecido entre los países occidentales, siendo España una excepción. Incluso es el modelo de clasificación de grado de experiencia referente con el que se establecen las plantillas de enfermeras en las áreas clínicas de sistemas sanitarios de países paradigmáticos como Reino Unido y los hospitales de Administración de Salud de los Veteranos de EEUU¹¹. En los países en los que se controlan las capacidades y desarrollo de destrezas de las enfermeras noveles, también se tiene en cuenta la plantilla de la que forman parte, contando siempre con una enfermera experta con amplia experiencia y conocimientos que les permita observar su actuación para desarrollar todavía más su habilidad y seguridad en la atención con el paciente¹.

En el caso de las enfermeras noveles e inexpertas, por su falta de experiencia y de conocimiento de los cuidados a realizar en un entorno concreto, prefieren seguir ciertas normas o protocolos a la hora de atender al paciente lo que dificulta que sean

capaces de reconocer las necesidades más relevantes, establecer prioridades y atenderle de una manera integral y satisfactoria¹. Por ello, muchos hospitales occidentales les proporcionan una tutora o mentora para ayudarles a tomar decisiones apropiadas en cada situación y asegurar la seguridad del paciente y la suya propia¹.

Sin embargo, en nuestro contexto es inusual que las enfermeras con menor experiencia cuenten con un apoyo y formación regladas, ni qué decir de los programas de adaptación dirigidos a las novales que son inexistentes en nuestro medio, por lo que para manejar adecuadamente la atención con el paciente deben continuar con un aprendizaje que realizarán de manera personal integrando y desarrollando destrezas y habilidades in situ en la propia práctica¹⁴, observando y solicitando ayuda a las enfermeras más experimentadas además de realizar una autovaloración continua de su actuación¹⁵; sin esperar contar con la colaboración de las compañeras que en caso de acompañar y apoyar lo harán de una manera altruista y voluntaria.

Estas anotaciones han sido reafirmadas en una tesis doctoral en la que uno de los elementos a estudio era el grado de cuidado de las organizaciones sanitarias en Cataluña y España a las enfermeras y en la que se constató que las enfermeras recién tituladas necesitan estrategias institucionales durante el proceso de asunción de responsabilidades¹⁶. También se concluyó que desde la década de los 70 las enfermeras presentan niveles altos de ansiedad y refieren miedo en la etapa inicial sin que se aprecien cambios en el tiempo y que existen unos factores que aumentan la percepción negativa: ser la única enfermera en la unidad sin tener otra de referencia, trabajar de noche (con menos personal), unidades especiales que requieren cuidados especializados y cambiar de unidad con frecuencia¹⁶. En la actualidad se corrobora la continuidad de esta situación durante la primera experiencia laboral de las enfermeras a través de ensayos² y relatos como el que sigue¹⁷:

Me llamaron a principios de Julio de ese mismo año de una ciudad cercana a la mía y me ofrecieron trabajar en cuidados intensivos, yo comenté que no sabía nada acerca de esa unidad y me dijeron que no me preocupase, que habría mucha gente y me iban a ayudar en todo. Fui un par de días antes a ver la unidad para aprender algo antes de empezar. Era una unidad enorme, para mí era todo nuevo: el hospital, la unidad de cuidados intensivos, yo jamás había visto algo parecido. Los pacientes estaban muy críticos, con máquinas que no creía ni haber estudiado en la carrera, con bombas de perfusión que no había visto nunca, ya que eran especiales para ese tipo de unidades. Esos dos días me quedé con la supervisora y con una enfermera que me enseñó por encima el funcionamiento de la unidad y la medicación que más se utilizaba.

Llegó el gran día, mi primer día de trabajo, había estado tres años estudiando para empezar a trabajar y estaba asustadísima, no pude dormir nada la noche anterior. Empecé a trabajar un martes por la mañana, me dejaron con un paciente de cardiología, ya que este tipo de paciente es más estable que los demás y con menor complejidad. Pero me sentí muy sola y muy insegura a la hora de atenderle, podía preguntar, pero cada enfermera tenía 2 o 3 pacientes y no podían estar todo el tiempo encima mío. Las técnicas a desarrollar en esa unidad eran nuevas y complejas para mí. Por ejemplo, recuerdo una mañana en la que el médico le tenía que realizar una traqueotomía a una paciente, yo a duras penas acerté con el material que debíamos utilizar y

no tenía a nadie para que me ayudara. Me acuerdo que a lo largo de todo el verano fueron varios los días que llegué muy desanimada a casa. Fue un comienzo duro. Me vi con 21 años, con una responsabilidad enorme que, en algunas ocasiones, me sobrepasaba.

Otros aspectos observados que también permanecen invariables en el tiempo son las estrategias espontáneas y altruistas de las enfermeras expertas para suplir la falta de organización y formación institucional a las enfermeras noveles, motivadas por el recuerdo de sus primeras experiencias de manera negativa¹⁶.

La clasificación de Benner

Patricia Benner¹⁷ describe el proceso de transformación de enfermera novel a experta basándose en los cinco niveles de competencia experta observados en sus estudios de investigación basándose en el modelo de Dreyfus que afirma que todo estudiante adquiere los conocimientos y las habilidades necesarios a través de cinco etapas de eficiencia. A continuación, mostramos cada etapa tal como la describe Benner¹⁷ relacionando cada una de ellas con un nivel de competencia y con unas necesidades de aprendizaje:

Primera categoría: enfermera principiante o novel

La primera categoría corresponde a las principiantes que se inician o que no tienen experiencia en las situaciones en las que tienen que desenvolverse por lo que se favorece la adquisición de experiencia y conocimiento a través de normas y directrices que deben seguir. El manejo de los distintos escenarios clínicos se facilita explicándolos e incidiendo en los datos objetivos y cuantificables. No tienen la capacidad para responsabilizarse y manejar las distintas situaciones ya que todas ellas son novedosas y tienen que esforzarse en recordar las pautas aprendidas.

Tanto las estudiantes de Enfermería como cualquier enfermera cuando acceden por primera vez a un área clínica en la que no tienen experiencia se encuentran en la categoría de principiantes. En el caso de las primeras, no saben contextualizar la teoría recién aprendida y en el caso de las segundas, no tienen experiencia en los cuidados a realizar y los instrumentos que deben disponer para ello. Con lo que agrupamos dentro de este nivel a aquellas enfermeras sin experiencia ni ninguna antigüedad en la unidad.

Segunda categoría: enfermera principiante avanzada

Las principiantes avanzadas son aquellas enfermeras que cuenten con una experiencia desde 3 meses hasta 2 años en la misma unidad ya que “pueden acreditar una ejecución marginalmente aceptable porque han afrontado un número suficiente de situaciones” y han podido observar “los componentes situacionales significativos” en suficientes escenarios prácticos con su tutora o mentora. “Tienen experiencia previa en situaciones reales que les permiten reconocer y comprender rasgos globales que solo pueden detectarse mediante la experiencia”. En esta etapa, la tutora puede indicar “pautas para determinar aspectos tales como la disposición de un enfermo para ser aleccionado”. Teniendo en cuenta que las principiantes avanzadas no son capaces todavía de diferenciar cuales son las necesidades más relevantes, requieren “el respaldo en el ámbito clínico y el consejo de enfermeras competentes que les ayude a establecer un orden de prioridades”.

Tanto las noveles como las principiantes avanzadas difícilmente pueden hacerse cargo de “la situación” ya que deben “esforzarse por recordar las pautas” y manejarse en un contexto “demasiado novedoso y poco familiar”. Por este motivo, algunos hospitales orientan a las enfermeras sin experiencia con tutoras que “resaltan los aspectos más significativos de los casos” para enseñarles a establecer un orden de prioridades para cubrir la seguridad tanto de la enfermera como del paciente.

Tercera categoría: enfermera competente

La enfermera competente responde a aquella que lleva de dos a tres años desempeñando una labor en las mismas o similares circunstancias y “se pone de manifiesto cuando la profesional empieza a valorar sus iniciativas en función de objetivos o planes de largo alcance perfectamente asumidos”. En esta categoría se desarrolla una “labor eficaz” mediante una “adecuada organización”, “se tiene la sensación de conocer el oficio y de estar preparada para afrontar y salir al paso de distintas situaciones”, aunque “le falta la capacidad y flexibilidad de la enfermera aventajada”. Las enfermeras competentes pueden encontrar una oportunidad y propiciar su paso a la categoría de aventajadas siguiendo la definición de lo que es una prestación asistencial de primer orden por parte de enfermeras expertas.

Cuarta categoría: enfermera aventajada

La enfermera aventajada es aquella que desempeña su labor con pacientes con características clínicas similares durante tres a cinco años aproximadamente. “Percibe las situaciones como un todo y no en función de los aspectos”. “Su ejecución se basa en la percepción basada en su experiencia y en sucesos previos” y en ella la percepción es un término determinante: la perspectiva no es fruto de la reflexión, si no que “se

presenta espontáneamente”, asentada en la experiencia y en sucesos acaecidos en fechas anteriores”. “La enfermera aventajada aprende de la experiencia qué episodios típicos cabe esperar en una coyuntura dada y cómo hay que modificar los planes en función de estos sucesos”.

La enfermera aventajada tiene la capacidad de comprensión global identificando situaciones basadas en la experiencia, lo que mejora la toma de decisiones y “se centra en un área precisa del problema”, a diferencia de la enfermera competente que “no tiene la experiencia suficiente para identificar una situación basándose en una apreciación de conjunto o en función de los aspectos más sobresalientes y trascendentes”.

“El método de enseñanza más conveniente para las enfermeras aventajadas es el estudio de casos ya que con él ponen a prueba y evalúan sus facultades para hacerse cargo de una situación”.

Quinta categoría: enfermera experta

La enfermera experta, con “un tremendo acopio de experiencia”, tiene una gran “agudeza de percepción y facultades de detección” con las que capta por vía intuitiva todas las situaciones y se centra en el núcleo del problema, sin malgastar el tiempo en una gran variedad de diagnósticos distintos y soluciones improcedentes. Actúa partiendo de un profundo conocimiento de la situación global. El estudio de la ejecución aventajada y experta debiera hacer posible la explicitación de la labor de la enfermera experta y de su efecto en el estado del paciente. Este conocimiento podría utilizarse para ampliar aun más el campo de acción de las enfermeras que desean alcanzar niveles de gran competencia profesional. No todas las enfermeras podrán alcanzar esta categoría superior al no estar capacitadas. Por ello, para agrupar a las enfermeras en este nivel se consideran a aquellas que teniendo un tiempo trabajado superior a 5 años en la misma unidad se identifique a sí misma como experta.

Los clínicos expertos no son difíciles de identificar, porque con frecuencia realizan estimaciones o gestionan situaciones clínicas complejas de forma sobresaliente. Los compañeros y los pacientes no tienen dificultad en reconocer al profesional experto, cabe en lo posible que los criterios utilizados para evaluar el rendimiento no sirvan para determinar el grado de pericia profesional, requiriendo métodos de estimación cualitativos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Benner Patricia. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. New Jersey: Prentice-Hall; 2001.
2. Lleixá Fortuño M, Gisbert Cervera M, Marqués Molías L, Albacar Riobóo N. La inserción laboral de los profesionales de Enfermería. Rev ROL Enf. 2009; 32(9):566-570.
3. Higgins G, Spencer RL, Kane R. A systematic review of the experiences and perceptions of the newly qualified nurse in the United Kingdom. Nurse Education Today [revista en Internet] 2010; (30) 6: 499-508. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S026069170900207X> [acceso 10/10/2015]
4. Halfer D, Graf E. Graduate nurse perceptions of the work experience. Nurs Econ. [revista en Internet] 2006; 24(3):150-155. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/6997002_Graduate_nurse_perceptions_of_work_experience [acceso 10/10/2015]
5. Souza de Souza LP, Soares Silva WS, Campos Mota E, de Freitas Santana JM, Siqueira Santos LG, de Oliveira Silva CS, et al. Los retos del recién graduado en Enfermería en el mundo del trabajo. Revista Cubana de Enfermería [revista en Internet] 2014; 30(1). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/127/79> [acceso 10/10/2015]
6. Mattosinho MMS, Selo Coelho M, Hörner Schindwein Meirelles B, da Silva de Souza S, Argenta CE. Mundo do trabalho: alguns aspectos vivenciados pelos profissionais recém formados em enfermagem. Acta paul enferm [revista en Internet] 2010; 23(4):466-471. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000400004&lng=en. [acceso 10/10/2015]
7. Guerreiro Vieira da SD, da Silva de Souza S, Trentini M, Bonetti A, Mattosinho MMS. Os desafios enfrentados pelos iniciantes na prática de enfermagem. Rev esc enferm USP [revista en Internet] 2010; 44(2): 511-516. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200038&lng=en. [acceso 10/10/2015]
8. Lleixá Fortuño M, Gisbert Cervera M, Marqués Molías L, Albacar Riobóo N, Montesó Curto P, Ferré Grau C. Experiencia de inserción laboral de los profesionales de enfermería noveles. Metas Enferm 2010; 13(4):64-69.
9. Teixidor i Freixa M. La formación enfermera: estado de la cuestión y perspectiva internacional. Barcelona: Fundación “la Caixa”; 2004.
10. Boychuk Duchscher J. A Process of Becoming: The Stages of New Nursing Graduate Professional Role Transition. [revista en Internet] Disponible en: [acceso]
11. Anderson G, Hair C, Todero C. Nurse Residency Programs: An Evidence-Based Review of Theory, Process, and Outcomes. Journal of Professional Nursing [revista en Internet] 2012; 28(4):203-212. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S8755722311002043> [acceso 10/10/2015]
12. Rush KL, Adamack M, Gordon J, Lilly M, Janke R. Best practices of formal new graduate nurse transition programs: An integrative review. IJNS [revista en Internet] 2013; 50(3): 345-356. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com.roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S0020748912002131> [acceso 10/10/2015]

13. Goodwin M, Candela L. Outcomes of newly practicing nurses who applied principles of holistic comfort theory during the transition from school to practice: A qualitative study. *Nurse Education Today* [revista en Internet] 2013; 33(6): 614-619. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0260691712002559/1-s2.0-S0260691712002559-main.pdf?_tid=18a12560-770d-11e5-8b32-00000aacb35d&acdnat=1445333563_fed781a5494f1f668456d8e6203ccdf0
14. Orkaizagirre Gómara Aintzane, Amezcua Manuel, Huércanos Esparza Isabel, Arroyo Rodríguez Almudena. El Estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la relación de cuidado. *Index Enferm.* 2014; 23(4): 244-249.
15. Orkaizagirre Gómara Aintzane, Huércanos Esparza Isabel. La enfermera novel en la Relación de Cuidado. A propósito de un caso de hemorragia. *Index Enferm* 2014; 23(4): 224-228.
16. Ramió A. Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya. [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2005.
17. Celorrio González Delia. Recuperar la ilusión perdida. *Arch Memoria* [revista en Internet] 2014; (11 fasc. 2). Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/11/11205.php> [acceso 08/06/2014]

Capítulo II. MARCO CONCEPTUAL

El presente estudio de investigación ha sido fundamentado en un marco conceptual que ha servido de guía a lo largo de todo el proceso. En la construcción de este marco nos hemos servido de las aportaciones de distintas pensadoras y teóricas de la Enfermería.

Como enfermeras investigadoras nos situamos en el Paradigma de la transformación ya que entendemos que “la persona es un ser único en interacción recíproca y simultánea con el mundo que lo rodea” y que es aplicable tanto a los pacientes, como a las familias y los profesionales sanitarios¹. Además, consideramos que nos encontramos ante un cambio de paradigma en el que las enfermeras se orientan cada vez más hacia un paradigma holístico relacionado con el de la transformación¹, por lo que nuestro marco conceptual está en sintonía con esta transición.

En el caso de nuestro estudio que se centra en la percepción de las enfermeras sobre la cultura de la seguridad del paciente (SP), consideramos que éstas en su labor asistencial están influenciadas por innumerables factores que determinan la manera de actuar en cada momento y con cada persona.

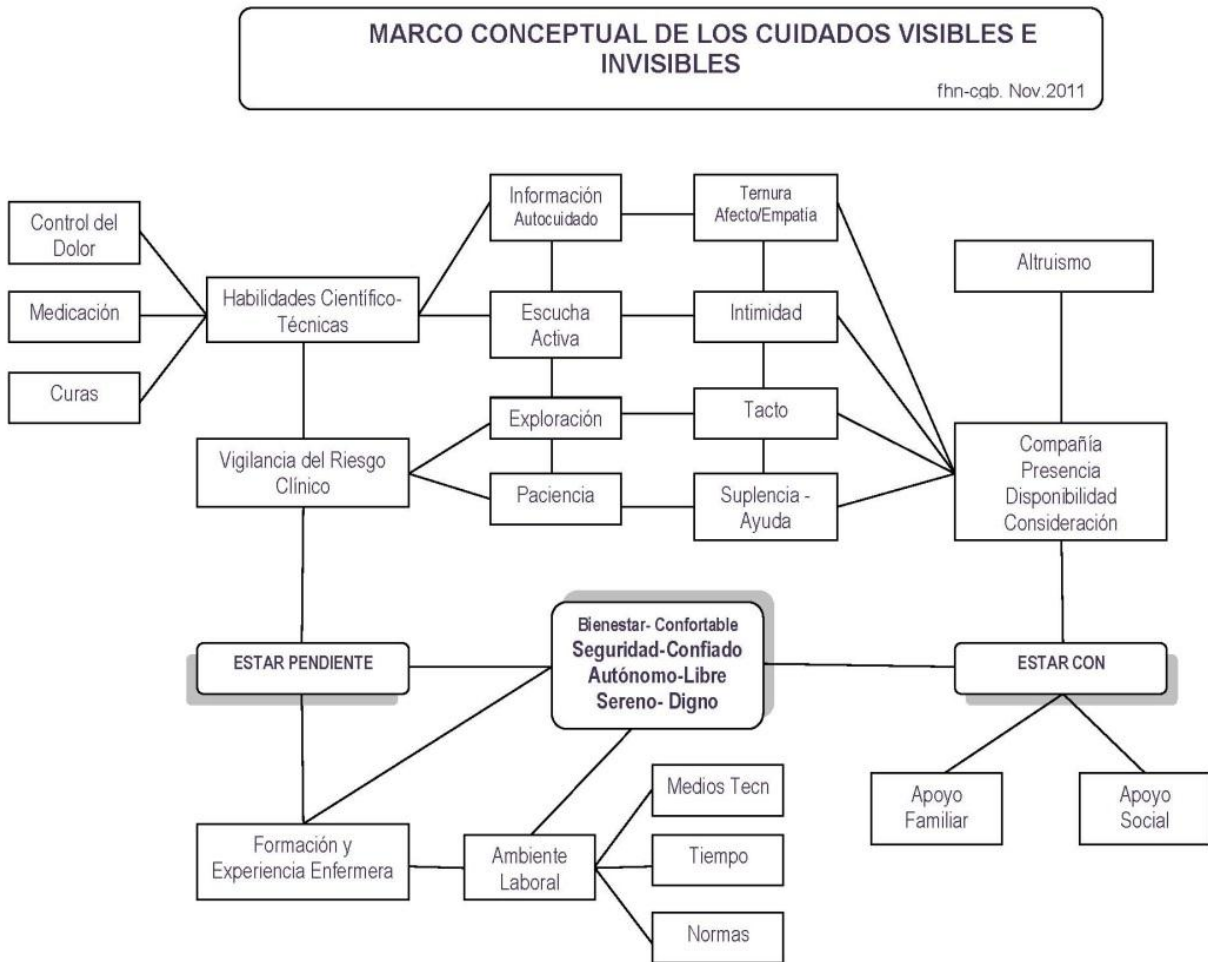
Nuestro marco conceptual se basa en el construido por el Grupo de Investigación A.Mas que sigue esta línea de pensamiento dentro del paradigma de la transformación. De este modo, nos fundamentamos en el Marco Conceptual de los Cuidados Visibles e Invisibles y a raíz del cual se han desarrollado el Triángulo de los cuidados y la Relación de Cuidado, que también han sido incluidos.

II. 1. Marco Conceptual de los Cuidados Visibles e Invisibles

El Marco Conceptual de los Cuidados Visibles e Invisibles entiende que la enfermera debe “estar con y pendiente de la persona” enferma o cuidadora familiar principal y que se explica a través de dos secciones: los elementos que se sitúan en la zona inferior sirven para analizar el contexto educativo y sanitario, los de la superior están relacionados con la familia y las enfermeras, y en ella se desarrollan numerosas actividades y variables del cuidado desarrolladas por cuidadores familiares y enfermeras². Las competencias profesionales correspondientes a estar “pendiente de” son: la vigilancia de los signos y síntomas de la enfermedad y las actividades científico-técnicas relacionadas, donde el cuidado de la seguridad siempre está presente². Pero también, se puede ver lo que para Henderson eran cuidados de suplencia que realiza la enfermera o la familia de forma compartida. En suma, se desarrollan habilidades de ayuda, se personaliza el cuidado, logrando así confianza, tranquilidad, seguridad y

autonomía por parte de las personas cuidadas³⁻⁵ todo ello, con una gran dosis de privacidad, afecto y serenidad para lograr la mayor autonomía y calidad de vida posible.

Figura 4. Marco Conceptual de los Cuidados Visibles e Invisibles



Fuente: Hueso Navarro Fabiola²

II. 2. Triángulo de los cuidados

Lo anterior también es explicado por el “Triángulo de los cuidados del bienestar, seguridad clínica y autonomía” (Figura 5) desarrollado por la Dra. Germán Bes⁶, pero con el complemento de facilitar la comprensión de la influencia de la seguridad del paciente en el resto de dimensiones de la persona. De hecho, las tres dimensiones que

recogen los ángulos del triángulo representan los objetivos que buscan las enfermeras en la atención que dan a los pacientes, de forma tal que la enfermera debe garantizar el fomento del bienestar y de la autonomía de la persona a la vez que cuida de su seguridad. La enfermera cuando conforta al paciente y se preocupa por su estado está trabajando el bienestar, cuando informa y trabaja de manera competente ofreciendo confianza al paciente está potenciando la seguridad y cuando instruye al paciente en los autocuidados a realizar y permite que participe en su proceso está fomentando su autonomía.

Pero, además, los tres ángulos están íntimamente relacionados, de tal manera que cuando se trabaja uno de ellos resulta beneficioso para los otros dos y se potencian y, por el contrario, si se descuida uno de ellos los demás se ven perjudicados. Por ejemplo, si una persona tiene malestar por dolor o temor o ansiedad, no tendrá confianza ni seguridad en quienes le atienden, lo que aumentará su molestia y dificultará su recuperación⁷, además puede tender a sobredimensionarla y expresar síntomas de forma exagerada. En cualquier caso, la mejora de la autonomía y el proceso de aprendizaje sobre su enfermedad se verán mermados⁴. La enfermera debe trabajar la seguridad del paciente realizando los procedimientos de manera competente, aplicando sus conocimientos en el proceso y mostrando al paciente que puede confiar en ella y en el resto del equipo durante su proceso de salud-enfermedad.

Figura 5. Triángulo de los cuidados del bienestar, seguridad clínica y autonomía



Fuente: Germán Bes Concha⁶

II. 3. La Relación de Cuidado

El marco conceptual también se apoya en el desarrollo de un cuidado integral dentro de la interacción enfermera-paciente que se identifica como “Relación de Cuidado” y se define como aquella que incluye los aspectos emocionales, comunicativos, espirituales y la personalización de los cuidados que se sustenta en la confianza, la seguridad y la autonomía de la persona (Grupo de Investigación A.MAS. Cuidados Invisibles. En: Seminario en Zaragoza; 10 de Junio de 2013). Esta relación está influenciada por unos factores externos que reconociéndolos las enfermeras pueden valorarlos y manejarlos mediante el desarrollo y la adquisición de habilidades, conocimientos y el uso de herramientas, potenciando así los niveles más altos de cuidado y atención a los pacientes y sus familias⁸. Los factores influyentes pueden surgir en tres relaciones dentro de la Relación de Cuidado, que supondría la globalidad de todas ellas: Relación Enfermera-Paciente; Relación Enfermera-Profesional de Salud y Relación Enfermera-Comunidad⁹.

La relación enfermera-paciente

Dentro de la Relación de Cuidado, la enfermera interactúa con el paciente incorporando diversas técnicas, algunas de ellas invasivas, con cuidados psicosociales y espirituales, además de actividades educativas⁸. Una relación exitosa y un trabajo eficaz requieren que la enfermera cree un entorno terapéutico donde se cuiden y se respeten la dignidad e integridad del paciente y su familia y se interese por los deseos y conocimientos previos de la persona cuidada para partir de ellos desde el respeto y fomentar la colaboración y participación activa, la promoción de la salud y la prevención del estrés en su proceso en función de sus expectativas⁹.

Es transcendental construir esta relación adecuadamente desde el principio, sustentándola en la confianza, seguridad y autonomía del paciente para que durante el proceso resulte beneficiosa tanto para él como para la enfermera. Para ello, resulta imprescindible la toma de conciencia de la enfermera como cuidadora, de otras personas y de sí misma⁹. La enfermera debe desarrollar autocuidados a nivel personal para después cuidar a otros y promocionar en ellos la salud y la conciencia personal⁹. La reflexión sobre las propias experiencias, la práctica realizada, la observación de las personas atendidas y la confrontación con vivencias de otras personas favorecen el crecimiento personal y el descubrimiento de los recursos ocultos del individuo en conflicto⁹. De esta forma, la integración de los autocuidados, la responsabilidad y la reflexión ayudan a la enfermera a comprender al paciente como una persona compleja que está en relación con su red social y familiar⁹.

La reflexión sobre la práctica diaria es un continuo durante el ejercicio profesional que facilita identificar áreas susceptibles de mejora, aprendizaje o investigación^{9,10}. Cuidando y acompañando se aprende de las vivencias de las personas que se enfrentan a los

retos que les deparan la salud y la enfermedad, las crisis y las pérdidas, lo que facilita la reflexión profunda y el crecimiento personal¹¹. Aunque debemos tener en cuenta que el grado de autoconocimiento, desarrollo y madurez que tenga la enfermera va a influir en su capacidad de obtención de resultados terapéuticos para el paciente y de autoconocimiento de ella misma¹¹.

La Relación Enfermera-Comunidad

El paciente y su familia pertenecen a diferentes tipos de comunidades como son la familia, los amigos, los compañeros de trabajo, los vecinos, las organizaciones religiosas y comunitarias...⁹ La atención integral supone conocer la comunidad y sus formas, condiciones y estilos de vida, así como los elementos y actividades favorecedores de la salud y la enfermedad⁹. Del mismo modo, conviene la interacción con las personas y sus familias para favorecer su salud, la calidad de vida y fomentar las actividades saludables dentro de la comunidad⁹.

La relación enfermera-Profesionales de la Salud e institución sanitaria

En el proceso de salud de un paciente se requiere la atención de diferentes profesionales de la salud. La relación y comunicación que los profesionales mantengan influirá en el proceso de curación, siendo conveniente que dentro de los grupos interdisciplinarios se desarrolle y construya un equipo de trabajo efectivo donde se establezca la calidad de atención al paciente como meta común⁹. El establecimiento de objetivos y la responsabilidad por obtener resultados positivos favorece la cohesión de los miembros del equipo. Igualmente es importante que exista una horizontalidad entre los miembros en la toma de decisiones, en la práctica diaria y en la interacción entre ellos, comprendiendo que cada uno parte con una base de conocimientos y que todos son necesarios para alcanzar el objetivo final que es la atención de calidad al paciente y su familia⁹. En las unidades hospitalarias una figura clave es la supervisora de Enfermería que, entre otras acciones, lidera los cuidados enfermeros.

La efectividad de los equipos sanitarios puede verse favorecida si desde un principio se siguen los procesos de construcción de equipo y posteriormente se trabajan las dinámicas grupales para que sus miembros puedan enriquecerse del quehacer diario y aumentar su satisfacción⁹. La adquisición de técnicas de comunicación puede ayudar a soliviantar en cierta medida los conflictos que vayan surgiendo entre los profesionales. En cualquier caso, resulta imprescindible que la relación se base en el respeto, la confianza, la colaboración y la asunción de responsabilidades por parte de cada uno⁹.

La enfermera debe conocer la institución en la que ejerza. Una de las dificultades a las que puede enfrentarse para desarrollar una Relación de Cuidado es la falta de integración y de definición de un marco teórico enfermero en el que basar su práctica ya que puede tender al pensamiento médico que es dominante en nuestro

entorno sanitario y que no la favorece^{3,8,9}. Por ello es importante tener conciencia de la situación de una misma como enfermera dentro de la institución y la manera en que su percepción de la Enfermería y su práctica pueden interceder con el resto de profesionales y la propia institución y así poder manejar las posibles dificultades y dar valor a los cuidados realizados^{3,8,9}.

Otros elementos a tener en cuenta son las condiciones laborales de los profesionales sanitarios que tendrán una influencia sobre su atención al paciente y las relaciones que mantengan con el resto de profesionales^{3,8}.

II. 4. La experiencia y las condiciones laborales

En lo que respecta a la adquisición de la experiencia como enfermera, la respuesta que el sistema sanitario espera de las mismas requiere que como estudiantes y enfermeras noveles realicen un aprendizaje experiencial, “saber cómo hacer” que permita “el reconocimiento de patrones y de respuestas intuitivas en el juicio experto enfermero” que debe realizarse en los escenarios reales de manera progresiva¹². Patricia Benner¹³ considera que este “saber hacer” se logra de manera progresiva y que la comprensión de las situaciones complejas solo se da a través de la experiencia con el análisis de situaciones similares y distintas. Sin embargo, este aprendizaje que se realiza como estudiantes no resulta suficiente en la atención de situaciones complejas ni qué decir ante escenarios diferentes^{14,15}.

En nuestro marco conceptual las aportaciones de Benner¹³ sobre el desarrollo de la experiencia y la necesidad de formación de la enfermera en cada grado de experiencia son esenciales. También se hacen imprescindibles las contribuciones de Linda Aiken^{16,17} y sus colaboradores, entre otros autores^{18,19}, así como las experiencias derivadas de los estudios de los Hospitales Magnéticos²⁰⁻²³, todos concluyendo la relevancia de unas condiciones laborales óptimas que redundan en la atención y la seguridad del paciente.

Con todo esto y siguiendo la historia del águila de Leonardo Boff²⁴ como pretexto y metáfora, observamos que en las barreras para el desarrollo de los estudios de Enfermería, las especialidades, el desarrollo profesional, la precariedad laboral, la baja dotación de personal y ratios, la concepción de la enfermera como generalista y la consecuente movilidad indiscriminada por distintas unidades hospitalarias, entre otras condiciones laborales de las enfermeras, es el reflejo de quienes creen que la Enfermería es maleable y procuran mantenerla así por beneficiar a otros o por alcanzar objetivos a corto plazo¹⁴. Opinamos que sin formación ni experiencia previa la enfermera no debe ejercer en cualquier servicio ni unidad.

Al igual que sucedía al águila que habían hecho creer que era un ave terrena y que no podía volar, la Enfermería tiene una entidad propia y una base científica e

histórica suficiente a pesar de que se ha intentado hacer creer lo contrario y se han creado las circunstancias para que la sociedad lo concibiera así²⁴. El hecho de que históricamente en España la Enfermería haya sido sabotada y ninguneada y que todavía actualmente se estén sufriendo las consecuencias y viviendo situaciones que recuerdan a las pasadas, no significa que la Enfermería lo asuma con naturalidad¹⁴.

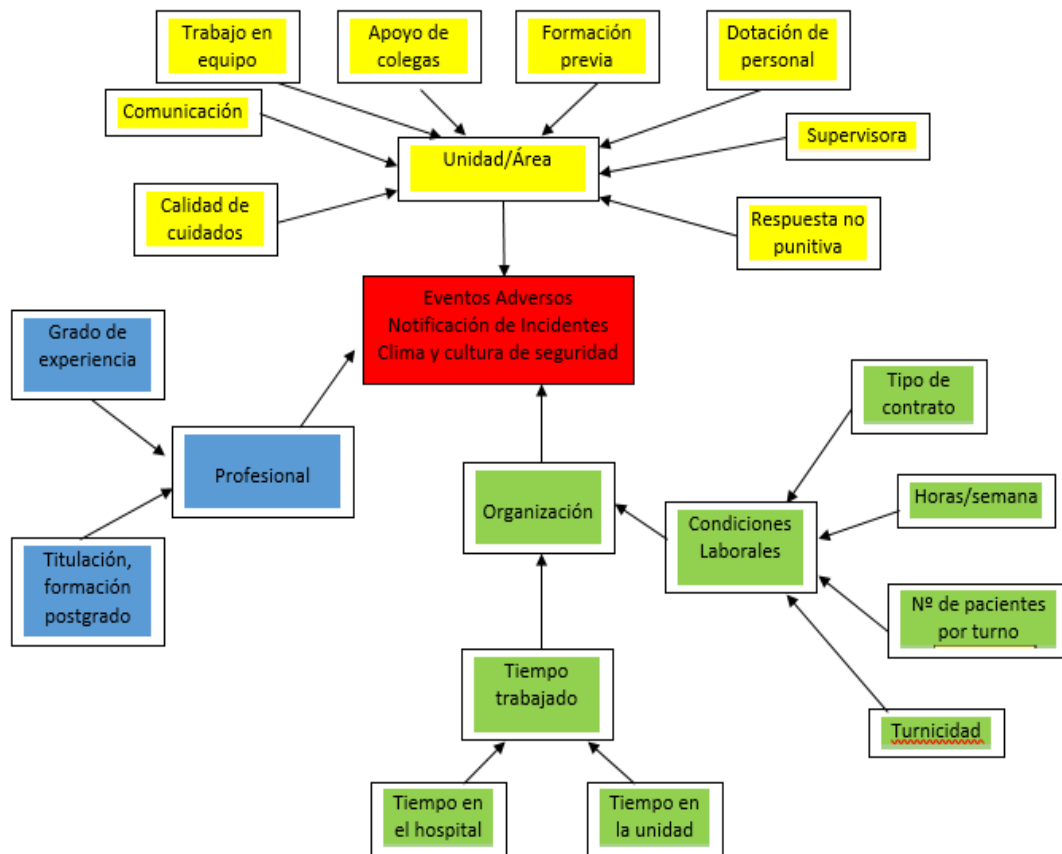
II. 5. Mapa Conceptual

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto hemos elaborado un mapa conceptual para este estudio que nos ayuda a establecer la relación de las distintas variables con la seguridad del paciente. De esta forma, situamos en el centro las variables que consideramos dependientes y que están afectadas por las que les rodean. Estas variables centrales son aquellas que están relacionadas directamente con la seguridad del paciente: los eventos adversos, la notificación de incidentes, el clima de seguridad y la cultura de seguridad del paciente.

Los elementos que consideramos que están afectando e interaccionando con la seguridad del paciente han sido clasificadas en tres grandes grupos según su origen: profesional, unidad y organización. Así, consideramos que hay unas variables intrínsecas del profesional como son la titulación enfermera y otras titulaciones, formación postgraduado y el grado de experiencia que posea. Dentro de la unidad o área en la que se ejerza deberán tenerse en cuenta el papel de la supervisora, la calidad de cuidados enfermeros percibidos, la relación y comunicación con el resto de profesionales, el trabajo en equipo, el apoyo entre compañeros, la formación previa o durante la incorporación, dotación de personal, respuesta no punitiva ante la comisión de errores y el apoyo gerencial a la unidad. En la organización incluimos aquellas variables relacionadas con las condiciones laborales (tipo de contrato, horas semanales trabajadas, número de pacientes por turno, turnicidad) y las relacionadas con la antigüedad en la institución (tiempo en el hospital y en la unidad).

Esta clasificación de los elementos relacionados con la seguridad del paciente y las enfermeras nos han permitido desarrollar un mapa conceptual:

Figura 6. Mapa conceptual de los factores influyentes en la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias



Fuente: elaboración propia

BIBLIOGRAFÍA:

1. Kérouac SP, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, 1996.
2. Hueso Navarro Fabiola. Factores de desarrollo en la Enfermería Comunitaria española en los últimos 25 años. [tesis doctoral] Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2014.
3. Orkaizagirre Gómara Aintzane. Visibilizando los Cuidados enfermeros a través de la Relación de Cuidado. Index de Enfermería. 2013; 22(3):124-125.
4. Urcola Pardo Fernando, Germán Bes Concha. Mindfulness: requisito necesario pero no suficiente para un cuidado de calidad. VIII  Encuentro de Neurociencias; 21-22 de Noviembre 2012. Zaragoza: Facultad de Ciencias de la Salud; 2012.
5. Huércanos Esparza Isabel, Anguas Gracia Ana, Martínez Lozano Fabiola. El Cuidado Invisible como indicador de mejora de la calidad de los cuidados enfermeros. Tesela [revista en Internet] 2012; 11. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts11/ts1106r.php> [acceso 02/11/2013]
6. Germán Bes Concha. 2015. Seminario de Cuidados y Calidad de Vida. Disponible en: <http://www.unizar.es/auroramas/autocuidados.html>. [acceso 06/04/2014]
7. Germán Bes Concha, Orkaizagirre Gómara Aintzane, Huércanos Esparza Isabel, Hueso Navarro Fabiola.  Provocan las enfermeras su propia invisibilidad? A propósito del caso de María. Index Enferm. 2015; 24(3):139-143.
8. Orkaizagirre Gómara Aintzane. La relación de Cuidado. Paraninfo Digital [revista en Internet] 2013; 18. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n18/v004.php> [acceso 29/06/2014].
9. Dossey BM, Keegan L. Holistic Nursing. A Handbook for Practice. 5  ed. Burlington: American Holistic Nurses Association; 2008.
10. Orkaizagirre Gómara A, Amezcua M, Huércanos Esparza I, Arroyo Rodríguez A. El Estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la relación de cuidado. Index Enferm. 2014; 23(4): 244-249.
11. Zamarra San Joaquín MP. El valor de la visión holística para la Enfermería en el alivio del sufrimiento. Educare21 [revista en Internet] 2007; 37. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/educare/> [acceso 26/07/2013].
12. Mor n Peña Laura. La formación de profesionales reflexivos y la práctica de Enfermería. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM [revista en Internet] 2007; 4(1): 39-43. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/revista-enfermeria/> [acceso 10/10/2015]
13. Benner Patricia. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. New Jersey: Prentice-Hall; 2001.
14. Germán Bes Concha. Enfermera s , pero no así. MYS 2010; 27-28: 23-26.
15. Lleix  Fortuño M, Gisbert Cervera M, Marqués Molías L, Albacar Riobóo N. La inserción laboral de los profesionales de Enfermería. Rev ROL Enf. 2009; 32(9):566-570.

16. Aiken Linda H, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *JONA [revista en Internet]*; 2008; 38(5):223-229. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2586978/> [acceso 08/07/2015]
17. Aiken Linda H, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede Koen, Griffiths Peter, Busse, R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet [revista en Internet]* 2014; 383(9931):1824-1830. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4035380/> [acceso 20/10/2015]
18. Stone PW, Mooney-Kane C, Larson EL, Horan T, Glance LG, Zwanziger J, et al. Nurse working conditions and patient safety outcomes. *Med Care [revista en Internet]* 2007. 45(6):5771-8. Disponible en: http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.17.0a/ovidweb.cgi?&S=BPMKPDDEIAHFDNACFNJKBDCGOGLCAA00&Link+Set=jb.search.9108_1445772371_32%7c1%7csl_10 [acceso 12/10/2015]
19. Tourangeau AE, Doran DM, Hall LM, O'Brien Pallas L, Pringle D, Tu JV, et al. Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *JAN [revista en Internet]* 2007; 57: 32–44. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.04084.x/pdf> [acceso 08/07/2015]
20. Santillán García A. Evidencia para determinar el impacto de la designación Hospital Imán sobre la práctica enfermera y los resultados de los pacientes. *ENE Revista de Enfermería. [revista en Internet]* 2015; 9(1). Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/518/resumenevidencia> [acceso 08/07/2015]
21. McHugh M, Kelly LA, Smith HL, Evan S, Vanak J, Aiken Linda H. Lower mortality in Magnet hospitals. *Med Care. [revista en Internet]* 2013; 51(5): 382–388. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3568449/#> [acceso 08/07/2015]
22. Lake ET, Shang J, Klaus S, Dunton NE. Patient falls: Association with hospital magnet status and nursing unit staffing. *Res Nurs Health. [revista en Internet]* 2010; 33(5):413-425. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2974438/> [acceso 08/07/2015]
23. Lake ET, Staiger D, Horbar J, et al. Association between hospital recognition for nursing excellence and outcomes of very low-birth-weight infants. *JAMA [revista en Internet]* 2012; 307(16):1709. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1148194> [acceso 08/07/2015]
24. Boff Leonardo. *El águila y la gallina. Una metáfora de la condición humana.* Madrid: Trotta; 1998.

Capítulo III.

HIPOTESIS

En esta investigación hemos partido de una pregunta principal que ha marcado la formulación de una hipótesis central, otras complementarias y el desarrollo posterior de la metodología a fin de contestar dicha pregunta confirmando o rechazando las hipótesis planteadas a su alrededor. La pregunta en cuestión es la siguiente:

¿Cómo influyen las enfermeras noveles en la seguridad del paciente en las unidades hospitalarias?

La **hipótesis central** que planteamos es la siguiente:

En las unidades hospitalarias médicas y quirúrgicas las enfermeras noveles cometen más eventos adversos (errores de medicación y caídas) y notifican más incidentes que las enfermeras con mayor experiencia que ellas.

A esta hipótesis le acompañan otras complementarias que mostramos a continuación:

- Las enfermeras que reciben formación previa sobre el funcionamiento de la unidad hospitalaria en la que se incorporan y/o reciben apoyo de otra enfermera durante su incorporación en la misma tienen una percepción más positiva sobre la seguridad del paciente.
- Las enfermeras de las unidades médicas y quirúrgicas del HUD perciben que las condiciones laborales (dotación de personal, trabajo en equipo y apoyo de la supervisora y niveles superiores jerárquicos del hospital) son factores que influyen en la seguridad del paciente.
- Las enfermeras con mayor nivel académico tienen una percepción más positiva de la cultura de seguridad.
- La percepción del clima de seguridad y la calidad de cuidados de la unidad es paralela.

OBJETIVOS

Para poder responder a la pregunta principal del estudio y confirmar o refutar las hipótesis generadas al respecto, hemos planteado un objetivo principal y otros específicos que exponemos a continuación:

Objetivo principal

- Conocer si las enfermeras noveles en unidades médicas y quirúrgicas del Hospital Universitario Donostia (HUD) cometen eventos adversos y notifican incidentes y la influencia de los factores sociodemográficos y aquellos contemplados dentro de la cultura de seguridad que podrían favorecerlos.

Objetivos específicos

- Describir y analizar las actitudes, comportamientos, datos sociodemográficos y laborales relacionados con la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras de unidades médicas y quirúrgicas del HUD.
- Medir la cultura sobre seguridad del paciente y el clima de seguridad percibido por las enfermeras de unidades médicas y quirúrgicas del HUD.
- Identificar las fortalezas y debilidades relacionadas con la cultura de la seguridad percibida por las enfermeras de las unidades médicas y quirúrgicas del HUD.
- Determinar si las enfermeras de unidades médicas y quirúrgicas del HUD cometen eventos adversos y analizar la influencia de los factores sociodemográficos y laborales en los mismos.
- Conocer la influencia entre la realización de un programa formativo y/o contar con apoyo de otra enfermera durante la incorporación a una unidad hospitalaria en la percepción de la cultura de seguridad del paciente.
- Analizar la relación entre la percepción de la calidad de cuidados de la unidad y la cultura de seguridad del paciente.

Capítulo IV. METODOLOGÍA

Dentro de la investigación en seguridad del paciente (SP) es fundamental que los estudios consideren: la estimación de la magnitud y las características del riesgo clínico; la comprensión de los factores que favorecen los eventos adversos (EAs); la evaluación de su impacto y la proposición de soluciones¹. Además, para que el estudio sea completo debe comprender una perspectiva epidemiológica que cuantifique los riesgos, incidentes y eventos y otra más cualitativa que analice las causas y factores que influyen en su aparición¹.

En este estudio se trata de conocer los factores asociados a los eventos adversos en las enfermeras que trabajan en unidades médicas y quirúrgicas. También las fortalezas y debilidades del hospital en el que trabajan que pueden suponer un punto de partida para proponer estrategias a posteriori. Igualmente, se han recogido datos sobre el número de incidentes notificados y sobre los errores cometidos en relación a la administración de medicación y caídas de los pacientes -indicadores de eventos adversos que se consideran sensibles y potencialmente atribuibles a la atención enfermera^{2,3}-. También otros factores socio-laborales de carácter cualitativo con el fin de acercarnos a conocer las causas y factores que pueden estar influyendo en sentido positivo o negativo.

IV. 1. Diseño

Se ha realizado un estudio observacional de tipo descriptivo y de corte transversal en el que se ha utilizado el cuestionario CEHSP (Cuestionario para enfermeras hospitalarias sobre seguridad del paciente), considerándolo útil para ayudarnos a comprender los factores influyentes de las enfermeras en la seguridad del paciente⁴. Este cuestionario es el resultado de la adaptación a enfermeras hospitalarias del “Cuestionario sobre seguridad de los pacientes” que está dirigido a profesionales sanitarios de ámbito hospitalario y que ha sido validado y adaptado por el Ministerio de Sanidad, encontrándose disponible en su página web⁵.

Las variables a estudiar que hemos considerado son las siguientes:

- **Variables dependientes:**
 - EAs:
 - Errores de administración de medicación y
 - Caídas de pacientes

- Notificación de incidentes
 - Clima de seguridad
 - Cultura de SP
- **Variables independientes:**
1. Tiempo en la unidad y en el hospital
 2. Experiencia como enfermera
 3. Experiencia percibida como enfermera
 4. Experiencia laboral previa (otras unidades, otros centros, etc.)
 5. Condiciones contractuales (tipo de contrato y jornada, horas trabajadas semanales)
 6. Nº de pacientes asignados en el último turno
 7. Último turno trabajado
 8. Dotación de personal
 9. Calidad de cuidados enfermeros
 10. Programa formativo previo a la incorporación a la unidad hospitalaria
 11. Apoyo de otra enfermera durante la incorporación a la unidad hospitalaria
 12. Formación en SP
 13. Formación de la enfermera y otras titulaciones
 14. Clima de seguridad en la unidad
 15. Comunicación dentro de la unidad
 16. Trabajo en equipo en la unidad
 17. Apoyo de la supervisora
 18. Apoyo de la Dirección de Enfermería del hospital

IV. 2. Población y contexto

La población de estudio son las enfermeras ejerciendo en unidades médico-quirúrgicas del Hospital Universitario Donostia (HUD) con contacto con el paciente adulto en su labor diaria. Se han elegido estas unidades porque los pacientes requieren cuidados enfermeros continuados.

Se ha elegido este hospital por formar parte de la red de Osakidetza que ha obtenido recientemente la máxima clasificación como servicio sanitario de España, seguida de Navarra, Aragón y Asturias que vienen ocupado los primeros 5 puestos durante los últimos 5 años⁶. Dentro de Osakidetza consideramos que el HUD es un centro apropiado para llevar a cabo la recogida de datos y la posterior extrapolación de los mismos por tratarse de un hospital universitario que dispone de más de 1.100 camas, cuenta con una amplia plantilla de profesionales de Enfermería y atiende a una población de unos 350.000 habitantes siendo un centro referente para Gipuzkoa⁷. Además, en la entrevista con el Jefe de Servicio de Calidad, se nos indicó que la Seguridad Clínica es un objetivo estratégico del HUD que cuenta con un plan general en el propio hospital y en los Servicios Asistenciales. Dentro de este Plan, se formó en seguridad del paciente a todos los profesionales sanitarios en activo, se han designados responsables y coordinadores de seguridad, se ha establecido un comité interdisciplinar de seguridad clínica que se reúne mensualmente y se ha implantado un sistema de notificación de incidentes.

La Coordinadora del Área de Investigación en Enfermería del HUD nos proporcionó la relación de enfermeras por unidad y las especialidades de todas las unidades de los servicios médicos y quirúrgicos, tras lo cual se realizó la selección de las siguientes unidades: Medicina Interna, Rehabilitación, Hematología, Cámara Estéril, Oncología, Cuidados Paliativos, Oncología Radioterápica, Cirugía Plástica, Hospital de Día de Hematología, Hospital de Día de Oncología, Cardiología, Nefrología, Endocrinología, Reumatología, Digestivo, Neumología, Enfermedades Infecciosas, Neurología, Traumatología, Urología, Cirugía Torácica, maxilofacial y ORL, Cirugía General, Neurocirugía, Cirugía Vascular, Unidad de Corta Estancia, Hospital de Día Médico-Quirúrgico y Unidad de Cirugía sin ingreso.

Por lo tanto, la población son las enfermeras que ejercen en las mencionadas unidades, un total de 552. Se confirmó esta cifra en el momento previo a la distribución de los cuestionarios para asegurar ajustarnos a la cifra de la población ya que ésta podía haber variado debido a las necesidades de las plantillas de las unidades y la movilidad contractual existente entre las enfermeras.

Se ha tomado como criterio de exclusión a aquellas enfermeras que ejercen labores de supervisión ya que no realizan cuidados enfermeros directos al paciente ingresado, puesto que en este estudio era de interés analizar a aquellas enfermeras que sí los realizan y cuya atención puede estar relacionada directamente con la aparición de eventos adversos. No se ha considerado un criterio de exclusión el tipo de contrato precisamente por el interés que suponen los datos facilitados por enfermeras con distintos tipos de condiciones contractuales.

IV. 3. Muestra

Para calcular la muestra necesaria partimos de un total de población (N) de 552, para el que consideramos un nivel de confianza $(1-\alpha)$ del 95%, siendo $Z(\alpha^2)$ 1.962, la proporción esperada (p) de un 5% (0.05), por lo que q (1-p) fue $1-0.05=0.95$ y la precisión (d) fue un 3%. La aplicación de esta fórmula nos da un resultado de $n=148$. No obstante, se han tenido en cuenta las indicaciones realizadas por la Coordinadora del Área de Investigación de Enfermería y el Responsable de Docencia e Investigación del HUD sobre una posible baja participación en la cumplimentación de los cuestionarios por parte de las enfermeras tal como había sucedido recientemente en un estudio desarrollado en el mismo hospital. Debido a esto se estimó la proporción de pérdidas en un 40%. Por lo que consideramos oportuno incrementar el tamaño muestral en relación a las pérdidas esperadas, aplicando la fórmula que mostramos a continuación:

Muestra ajustada a las pérdidas = $n (1 / 1-R)$

Partiendo de que el número de sujetos sin pérdidas (n) es de 148 y que la proporción esperada de pérdidas es del 40% (0.4), el tamaño muestral es: $148 (1 / 1-0.4)=247$

n = número de sujetos sin pérdidas

R = proporción esperada de pérdidas

Por lo tanto, la muestra necesaria ha sido de 247 enfermeras que trabajan en contacto directo con los pacientes en unidades médico-quirúrgicas del HUD y que cumplen los criterios de inclusión. Debido a la accesibilidad a toda la población y probable variación en el número de la plantilla de enfermeras (eventualidad, situación de baja, necesidades de plantilla, etc.), se decidió encuestar a toda la población y así minimizar las posibles pérdidas.

IV. 4. Instrumento

Se administró el cuestionario CEHSP (Cuestionario para enfermeras hospitalarias sobre la Seguridad de los Pacientes) para la recogida de datos (Anexo 1). Se trata de una herramienta fiable y válida para la medición de los valores, actitudes, percepciones, competencias, comportamientos y condiciones laborales de las enfermeras hospitalarias relacionadas con la seguridad del paciente.

Este cuestionario es el “Cuestionario sobre seguridad de los pacientes” adaptado y que está dirigido a profesionales sanitarios de ámbito hospitalario en general, es auto-administrable, consta de 5 páginas con un total de 61 preguntas, su acceso es libre y se encuentra disponible en la página web del Ministerio de Sanidad⁵. Este último fue a su vez adaptado y validado al contexto español⁸ partiendo del cuestionario original titulado “Hospital Survey on Patient Safety”⁹ y que fue desarrollado por la Agency for Health care Research and Quality (AHRQ). El original surgió por la necesidad de medir la cultura de seguridad del paciente entre distintos profesionales sanitarios de los hospitales estadounidenses y siguió un proceso riguroso para que resultara un cuestionario válido y fiable.

Al igual que los cuestionarios predecesores^{5,8}, las preguntas están divididas según su contenido en las siguientes 4 áreas temáticas:

- Sección A: Su Servicio/Unidad
- Sección B: El Hospital
- Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad
- Sección D: Información complementaria

En la realización del CEHSP se han mantenido intactas las secciones A, B y C, que son aquellas que se valoran mediante escala tipo Likert, no así la sección D que cuenta con las preguntas relativas a la información complementaria y que han sido modificadas y adaptadas al colectivo enfermero, ya que las de la encuesta original están dirigidas al personal sanitario en general.

Se trata también de un cuestionario autoadministrable que consta de 5 páginas, pero a diferencia del original, cuenta con un total de 69 preguntas divididas en 4 secciones temáticas cuya valoración difiere entre ellas. En el caso de las secciones A, B y C, en las que se aglutinan 42 preguntas, la valoración se realiza mediante una escala tipo Likert con 5 grados. La cuarta sección consta de 27 preguntas abiertas y cerradas que no requieren ningún tipo de escala para su valoración.

En las secciones A y B se recogen las primeras 33 preguntas relacionadas con el “Servicio/Unidad” y el “Hospital” de las participantes donde se aplica la escala Likert significando 1 “muy en desacuerdo”, 2 “en desacuerdo”, 3 “indiferente”, 4 “de acuerdo” y 5 “muy de acuerdo”^{5,8}. En la sección C se recogen las preguntas correspondientes a la “Comunicación en su Servicio/Unidad” desde la nº 34 hasta la nº42 donde los grados de la escala Likert varían en comparación a las anteriores secciones, siendo el 1 “nunca”, el 2 “casi nunca”, el 3 “a veces”, el 4 “casi siempre” y el 5 “siempre”^{5,8}. No así en la cuarta sección, D, “Información complementaria”, donde las preguntas van dirigidas a la obtención de las variables socio demográficas, académicas, profesionales y que han sido adaptadas a las enfermeras hospitalarias. Estas preguntas comienzan en la nº 43 y finalizan en la nº 69, siendo 23 de ellas preguntas cerradas, 3 abiertas y una única –la correspondiente a la nº 43- que está tomada del cuestionario en el que nos basamos y

que solicita que se califique la calidad de la seguridad en el servicio o unidad en una escala de 0 a 10, siendo 0 la “mínima seguridad” posible y 10 la “máxima seguridad”⁸.

Dimensiones que mide el cuestionario:

A parte de las secciones temáticas, el cuestionario también permite analizar 12 dimensiones relacionadas con la percepción de los profesionales sobre la cultura de la SP^{5,8}. De este modo, cada pregunta puede analizarse de manera individual y como parte del conjunto de cada una de las 12 dimensiones. Estas dimensiones a su vez pueden agruparse en 3 categorías de significado más globales: “Cultura de seguridad”, “Cultura de la seguridad relacionada con la unidad/servicio” y “Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital”. La relación entre las preguntas, las dimensiones y las categorías de significado globales se muestran en las siguientes tres tablas:

Tabla 5. Dimensiones que se miden dentro de la categoría “Cultura de Seguridad” y las preguntas que se incluyen en cada dimensión

| CULTURA DE SEGURIDAD | |
|--|--|
| <p>1ª dimensión: Frecuencia de eventos notificados</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente (Preg. 40) - Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (Preg. 41) - Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente (Preg. 42) |
| <p>2ª dimensión: Percepción de seguridad</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (Preg. 15) - Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (Preg. 18) - No se producen más fallos por casualidad (Preg. 10) - En esta unidad hay problemas relacionados con la «Seguridad del paciente» (Preg. 17) |

Fuente: Ministerio de Sanidad⁵

Tabla 6. Dimensiones que se miden dentro de la categoría “Cultura de Seguridad relacionada con la unidad/servicio” y las preguntas que se incluyen en cada dimensión

| CULTURA DE LA SEGURIDAD RELACIONADA CON LA UNIDAD/SERVICIO | |
|---|--|
| <p>3ª dimensión:</p> <p>Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente (Preg. 19) - Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente (Preg. 20) - Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente (Preg. 21) - Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad (Preg. 22) |
| <p>4ª dimensión:</p> <p>Aprendizaje organizacional/mejora continua</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (Preg. 6) - Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo (Preg. 9) - Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (Preg. 13) |
| <p>5ª dimensión:</p> <p>Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio</p> | <ul style="list-style-type: none"> - El personal se apoya mutuamente (Preg. 1) - Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo (Preg. 3) - En esta unidad nos tratamos todos con respeto (Preg. 4) - Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (Preg. 11) |
| <p>6ª dimensión:</p> <p>Franqueza en la comunicación</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad (Preg. 35) - El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores (Preg. 37) - El personal teme hacer preguntas sobre lo que |

| | |
|--|---|
| | parece que se ha hecho de forma incorrecta (Preg. 39) |
| 7ª dimensión: Feed-back y comunicación sobre errores | <ul style="list-style-type: none"> - Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (Preg. 34) - Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad (Preg. 36) - En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (Preg. 38) |
| 8ª dimensión: Respuesta no punitiva a los errores | <ul style="list-style-type: none"> - Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra (Preg. 8) - Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un «culpable» (Preg. 12) - Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente (Preg. 16) |
| 9ª dimensión: Dotación de personal | <ul style="list-style-type: none"> - Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (Preg. 2) - A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (Preg. 5) - En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal (Preg. 7) - Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa (Preg. 14) |
| 10ª dimensión: Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente | <ul style="list-style-type: none"> - La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (Preg. 23) - La gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades (Preg. 30) - La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente (Preg. 31) |

Fuente: Ministerio de Sanidad⁵

Tabla 7. Dimensiones que se miden dentro de la categoría “Cultura de Seguridad relacionada con el hospital” y las preguntas que se incluyen en cada dimensión

| CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE TODO EL HOSPITAL | |
|---|--|
| <p>11ª dimensión: Trabajo en equipo entre unidades</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente (Preg. 26) - Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible (Preg. 32) - Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas (Preg. 24) - Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades (Preg. 28) |
| <p>12ª dimensión: Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades</p> | <ul style="list-style-type: none"> - La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra (Preg. 25) - En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (Preg. 27) - El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático (Preg. 29) - Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno (Preg. 33) |

Fuente: Ministerio de Sanidad⁵

El cuestionario también permite clasificar el **clima de seguridad** considerando las dimensiones “Frecuencia de eventos notificados” y “Percepción de seguridad” a través de las siguientes preguntas:

- Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad (Preg. 43)
- Durante el último año ¿cuántos incidentes ha notificado por escrito? (Preg. 59)
- En la unidad en la que se encuentra trabajando en la actualidad, ¿ha cometido a lo largo del último año algún error de medicación o de dosis administrada con los pacientes que Ud. tenía asignados? (Preg. 61)

- En la unidad en la que se encuentra trabajando en la actualidad, ¿a lo largo del último año se ha caído algún paciente de los que ud. tenía asignados causándose una herida o traumatismo? (Preg. 63)

Consistencia interna del cuestionario:

Se realizó un análisis para comprobar la consistencia interna de cada una de las dimensiones del cuestionario, siguiendo las indicaciones de la encuesta original, mediante el Alfa de Cronbach en cada una de sus dimensiones. Se considera que alfa es 0 cuando no existe correlación entre los ítems y 1 cuando la correlación es perfecta¹⁰, siendo en este caso 0,688 la puntuación media obtenida por las distintas dimensiones del cuestionario, lo que se valora entre aceptable y buena¹¹. En cualquier caso, también se realiza un análisis de gran parte de los ítems por separado.

Tabla 8. Resultados del alfa de Cronbach para la medición de la consistencia interna de las dimensiones

| Dimensión | Alfa de Cronbach |
|---|-------------------------|
| 1. Notificación de los eventos relacionados con la seguridad | 0,847 |
| 2. Percepción global de seguridad | 0,562 |
| 3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio de apoyo de la seguridad | 0,817 |
| 4. Aprendizaje organizacional/mejora continua | 0,675 |
| 5. Trabajo en equipo en la unidad/ servicio | 0,765 |
| 6. Franqueza en la comunicación | 0,589 |
| 7. Feedback y comunicación sobre los errores | 0,621 |
| 8. Respuesta no punitiva a los errores | 0,512 |
| 9. Dotación de personal | 0,565 |
| 10. Apoyo de la gerencia del hospital en la SP | 0,713 |
| 11. Trabajo de equipo entre unidades | 0,696 |
| 12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades | 0,655 |

Fuente: elaboración propia

Consulta a expertos

Se realizó una aproximación a la seguridad del paciente y a las condiciones laborales de las enfermeras a través de entrevistas semiabiertas a expertos en estos temas. En primer lugar, entrevistamos al Dr. Carlos Aibar Remón, Profesor titular de Medicina Preventiva y Salud Pública en la Universidad de Zaragoza y Jefe del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. Es un experto en seguridad del paciente con reconocimiento internacional debido a sus colaboraciones en esta materia con la OMS y el Ministerio de Sanidad y la dirección de investigaciones relevantes sobre seguridad del paciente a nivel internacional y nacional como son el Estudio ENEAS, APEAS, entre otras, además de formar parte también del grupo consultor sobre Métodos para Investigación en seguridad del paciente.

En segundo lugar, se realizó una entrevista conjunta a José Antonio García Egibar y a Pilar Mendia Iluminado, Secretarios Provinciales del Sindicato de Enfermería SATSE Gipuzkoa, y seguidamente una individual a Olvido Martínez Fernández, Directora de Enfermería del HUD, todos ellos conocedores de las condiciones laborales de las enfermeras en el citado hospital y su relación con la seguridad del paciente desde sus respectivas posiciones. Finalmente, se entrevistó a Javier Orbeago Alberdi, Jefe de la Unidad de Calidad del HUD y responsable del Plan de Seguridad de dicho hospital. Tras realizar las entrevistas pudimos acercarnos en mayor medida a la realidad de la seguridad del paciente y la relación de las enfermeras con los eventos adversos en nuestro medio y afianzamos los objetivos de esta tesis.

IV. 5. Estrategia de recogida de datos

Contacto con la población:

Tras la selección de las unidades en las que íbamos a realizar la recogida de datos nos reunimos con la Directora de Enfermería del HUD. Le expusimos la necesidad de hacer llegar a las supervisoras y a las enfermeras de las unidades seleccionadas la naturaleza y objetivos del estudio que íbamos a desarrollar y la solicitud de su colaboración en el mismo. También transmitimos nuestro interés por intentar fomentar la participación entre las enfermeras de las unidades, por lo que acordamos que sería la propia Directora quien a través de correo electrónico notificaría la existencia del estudio a todas las supervisoras, haciendo saber que la investigadora principal se disponía a contactar con cada una de ellas para explicarles en primera persona esta información y, además, les solicitaba que promovieran la participación entre las enfermeras de sus unidades. En este correo se adjuntaron dos cartas firmadas por la investigadora principal con la información más relevante sobre el estudio, una dirigida a las supervisoras (Anexo 2) y otra dirigida a las enfermeras (Anexo 3) que las supervisoras debían hacerles llegar. Además de informarles sobre el estudio, se

indicaron las consideraciones éticas que se iban a contemplar a lo largo del mismo, se solicitaba su participación en la recogida de datos y se mostraba la accesibilidad de la investigadora principal. También se adjuntó el proyecto de investigación para que permaneciera disponible tanto para las supervisoras como para las enfermeras.

Posteriormente, se acordó con cada una de las supervisoras una reunión en sus unidades en la que se explicó de nuevo el estudio y se hizo hincapié en el proceso de recogida de datos, indicando que la participación era libre y que se entendía que la contestación del cuestionario suponía el consentimiento para poder manipular los datos aportados. Se informó sobre el tratamiento que iban a recibir los cuestionarios para garantizar el anonimato de los participantes, para lo cual se preparó una carpeta identificada como propia del estudio de investigación para cada unidad que contenía cuestionarios y sobres. Los sobres debían usarse una vez contestado el cuestionario para guardarlo en su interior, sellarlo y así garantizar el anonimato. Además, en la carpeta se incluyó mediante un folio adhesivo la información principal sobre el estudio, la libre participación y el consentimiento informado de quien contestara y la disposición y el medio de contacto con la investigadora en caso de dudas o requerimiento de más información para garantizar que estos datos se mantenían accesibles a todas las enfermeras de cada unidad.

También se trató sobre la forma más idónea de transmitir esta información a las enfermeras con cada supervisora y se acordó que serían ellas mismas quienes lo hicieran por tener mayor accesibilidad para contactar con todas ellas. En algunos casos la investigadora principal informó a las enfermeras que se encontraban en ese momento en la unidad a solicitud de la propia supervisora. No obstante, en todas las unidades se acordó que la investigadora principal pasaría una vez por semana por la unidad por si las enfermeras hubieran hecho llegar dudas a la supervisora o las enfermeras que se encontraran presentes en la unidad quisieran formular alguna. Además, la investigadora principal se mostró dispuesta a dar las explicaciones requeridas e incluso a dar más información sobre el tema de estudio si así lo hubiera solicitado alguna de las supervisoras o las enfermeras.

Con todas estas medidas durante el contacto con la población a estudio, se trató de facilitar la transmisión de la información de las supervisoras a las enfermeras y de fomentar en lo posible la participación de estas últimas.

Distribución del cuestionario:

Previo a la distribución del cuestionario, la Directora de Enfermería del HUD había informado sobre su participación en este estudio a las unidades seleccionadas mediante una carta en la que se informaba sobre la investigación y en la que se incluía el proyecto de investigación. Nos reunimos con cada una de las supervisoras para informar en persona y dar comienzo al proceso de recogida de datos.

Tras consultar a la Directora de Enfermería y a las supervisoras de las unidades seleccionadas, se decidió que el procedimiento de distribución de los cuestionarios iba a ser mediante su administración el mismo día que nos reuniésemos con ellas. El número que se entregó por unidad era ligeramente superior al de enfermeras que se encontraban en la plantilla por si durante ese periodo surgían cambios de personal y se incorporaban nuevas enfermeras, para que pudieran contestarlo. Se consideró apropiado dejar un mínimo de un mes para contestarlos y se amplió hasta dos meses en aquellas unidades con un número mayor de personal por dificultades en la accesibilidad a toda la plantilla.

De esta forma, se entregó en todas las unidades seleccionadas una carpeta con un identificativo del estudio que incluía en su interior los cuestionarios y sobres. Las enfermeras fueron guardando en dicha carpeta cada cuestionario que iban contestando. La investigadora principal fue acercándose a cada unidad cada semana para recoger los cuestionarios contestados y dar respuesta a las preguntas o inquietudes que surgían en torno al cuestionario y el estudio de investigación.

En un primero momento, se planteó la posibilidad de ampliar el proceso de recogida de datos realizando un segundo contacto con las unidades que no fue necesario por la amplia respuesta recibida en el primer y único contacto mantenido.

IV. 6. Consideraciones éticas

A lo largo de todo el proceso se han respetado los principios éticos garantizando el anonimato de las participantes y el análisis generalizado de los datos, no individualizado, anulando la posibilidad de poder relacionar los datos con alguno de los participantes.

En los distintos contactos mantenidos con las supervisoras y la información enviada a las enfermeras se hizo constar lo anterior. Del mismo modo, en esta información se hizo una reseña en la que se aseguraba que la investigadora principal se comprometía a resolver cualquier duda a lo largo del proceso de investigación y ofrecer tantas aclaraciones como fueran solicitadas por parte de las enfermeras y supervisoras.

En todo momento se ha respetado la decisión de formar parte o no en el estudio y la posibilidad de abandonarlo sin dar explicaciones al respecto.

Se solicitó permiso para desarrollar el estudio y realizar la recogida de datos a las enfermeras de las unidades médicas y quirúrgicas del HUD a la Directora de Enfermería de este hospital, Olvido Martínez Fernández, a quien expusimos el proyecto de investigación. Tras la concesión de su autorización (Anexo 4), informó al equipo de Investigación de Enfermería al respecto y nos facilitó el contacto con la Coordinadora del Área de Investigación en Enfermería y el Responsable de Docencia e Investigación que nos proporcionaron información necesaria para el estudio. También se acordó que

se iría informando sobre el proceso de recogida de datos y que se harían llegar los resultados una vez finalizado el estudio.

IV. 7. Análisis

Utilizamos como guía para el desarrollo del análisis de los resultados el estudio previamente realizado por el Ministerio de Sanidad¹² para medir la cultura de seguridad en los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el que se usó la encuesta validada y adaptada al contexto español de la que hemos partido en el nuestro⁵. De esta forma, se han estudiado los factores sociodemográficos y laborales, pero también se han analizado factores propios de las enfermeras como son la experiencia y la calidad de los cuidados, entre otros, para conocer su influencia sobre las conductas y actuaciones de las enfermeras que propician la seguridad del paciente. Además, con el objetivo de conocer más detalladamente la asociación entre estos factores y la cultura de seguridad, no solo se ha realizado una inferencia estadística con las respuestas positivas como en el estudio al que hacemos mención⁸, sino que también se ha realizado con las respuestas negativas.

Igualmente, siguiendo la propuesta de la AHRQ^{5,9}, se han recogido las fortalezas y las debilidades percibidas por las enfermeras del HUD con el objetivo de que puedan ser consideradas para potenciar y mejorar la cultura de seguridad en el mismo.

Análisis descriptivo

Los datos fueron tabulados e integrados en una base de datos con el objetivo de poder facilitar su posterior análisis estadístico que ha sido realizado mediante el programa SPSS versión 15.0. En primer lugar, se han analizado las variables con un método descriptivo exploratorio univariado, indicando frecuencias y porcentajes en el caso de las variables cualitativas, y media, rango y desviación estándar en el caso de las cuantitativas normales.

En el análisis de los eventos adversos, se ha utilizado un método descriptivo mixto para analizar las variables cuantitativas y cualitativas. En el caso de las cuantitativas se han indicado la media, rango y desviación estándar y en el de las cualitativas la frecuencia y los porcentajes. También se ha utilizado un método descriptivo mixto para las variables de las respuestas de las preguntas condicionales y las abiertas para analizar la formación previa a la incorporación a la unidad y el apoyo recibido. En el caso de las condicionales, con variables cuantitativas normales, se han indicado la media, rango y desviación estándar. En el caso de las abiertas, se han

codificado las respuestas en categorías y se han indicado frecuencias y porcentajes para cada una.

Para hallar la calificación global del clima de seguridad percibida en el HUD, hemos considerado como medidas de resultado por un lado, la pregunta 43 que presenta en una escala de cero a diez la calificación de la seguridad del paciente percibida en la unidad y por otro lado, el número de incidentes notificados (Preg. 59) y las dimensiones “Frecuencia de eventos notificados” y “Percepción de seguridad” que son consideradas medidas de resultado del clima de seguridad^{5,9}.

En el cuestionario encontramos preguntas formuladas en sentido positivo y otras en negativo. Se ha realizado un análisis de frecuencias de todas las preguntas en el que se mantuvo el sentido original de las mismas. Sin embargo, en el análisis global de las dimensiones se invirtió la escala de las preguntas formuladas en sentido negativo para facilitar el proceso de análisis⁵.

Las respuestas del cuestionario se recodificaron en tres categorías (véase tabla 7) para calcular las frecuencias de cada categoría para todas las preguntas y dimensiones⁵.

Tabla 9. Recodificación de las respuestas del cuestionario en tres categorías

| Negativo | | Neutral | Positivo | |
|-------------------|---------------|--------------------------------|--------------|----------------|
| Muy en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Muy de Acuerdo |
| Nunca | Raramente | A veces | Casi siempre | Siempre |

Fuente: Ministerio de Sanidad⁵

Los indicadores para cada dimensión se han calculado aplicando la media de las respuestas obtenidas para cada categoría⁵.

Para identificar una pregunta o una dimensión como una **fortaleza** del HUD se han considerado los siguientes criterios^{5,9}:

- $\geq 75\%$ de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en positivo.

- $\geq 75\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “nunca/raramente”) a preguntas formuladas en negativo.

Por el contrario, para clasificar una pregunta o una dimensión como **debilidad u oportunidad de mejora** se han empleado los criterios que se muestran a continuación^{5,9}:

- $\geq 50\%$ de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «raramente/nunca») a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 50\%$ de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en negativo.

Con el fin de garantizar el fin de las participantes y de las unidades seleccionadas, éstas últimas se han recodificado según su especialidad en dos categorías, de tal forma que dentro de los servicios médicos se han incluido: Medicina Interna, Hematología, Cámara Estéril, Neumología, Enfermedades Infecciosas, Neurología, Rehabilitación, Unidad polivalente, Cuidados paliativos y Hospital de día oncológico. Mientras que los servicios quirúrgicos se han englobado: Cirugía General, Oncología, Cardiología, Digestivo, Urología, Traumatología, Otorrinolaringología, Unidad de Corta Estancia, Hospital de día, Cirugía Vascul ar y Neurocirugía.

La experiencia de las enfermeras y el tiempo trabajado en la unidad, recogidas como variables cuantitativas normales, han sido recodificadas en 5 categorías (véase tabla 4) siguiendo la clasificación de Patricia Benner¹³.

Tabla 10. Recodificación de la experiencia de las enfermeras siguiendo la clasificación de Benner

| Novel | Principiante avanzada | Competente | Eficiente | Experta |
|--------------|------------------------------|-------------------|------------------|----------------|
| 0-3 meses | 3 meses-2 años | 2-3 años | 3-5 años | >5 años |

Fuente: elaboración propia

Inferencia estadística:

Se ha realizado un análisis bivariado mediante t-Student para estudiar la relación de las variables cualitativas, pero si uno de los grupos era inferior a 30 sujetos también se ha incluido U Mann-Whitney. La inferencia con variables cualitativas de más de dos categorías con distribución normal fue realizada mediante el test ANOVA y en caso de no presentar distribución normal se utilizó el test post hoc de Bonferroni y análisis de

Kruskal-Wallis. El análisis de la inferencia entre variables cuantitativas con distribución normal se ha realizado mediante la correlación lineal de Pearson y aquellas en las que se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas fueron sometidas posteriormente a análisis de regresión lineal. En la inferencia entre variable cuantitativas con distribución no normal se ha utilizado la correlación lineal no paramétrica mediante p de Spearman.

A lo largo del análisis se ha establecido un intervalo de confianza del 95% y se ha considerado un nivel de significación de $p \leq 0,05$ para rechazar la hipótesis nula.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Aibar Remón Carlos, Aranaz Andrés JM, García Montero JI, Mareca Doñate R. La investigación sobre seguridad del paciente: necesidades y perspectivas. *Med Clín*. 2008; 131(Supl 3):12-7.
2. D'Amour D, Dubois CA, Tchouaket E. The occurrence of adverse events potentially attributable to nursing care in medical units: Cross sectional record review. *IJNS [revista en Internet]* 2014; 51:882-891. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S0020748913003258> [acceso 20/10/2015]
3. Orkaizagirre Gómara Aintzane. La incidencia de eventos adversos potencialmente atribuibles a los cuidados enfermeros en unidades hospitalarias. *Enferm Clín*. 2014; 24(6):356-357.
4. Burns Nancy, Grove Susan K. *Metodología de la Investigación*. 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf> [acceso 14/06/2014]
6. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. *Los servicios sanitarios de las CCAA. Informe 2015*. Madrid: FADSP; 2015.
7. Osakidetza. Hospital Universitario Donostia. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco; 2011. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkhdon01/es/contenidos/informacion/hdon_conozca_nuestro_hospital/es_hdon/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/hdon_quienes_somos/es_hdon/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/hdon_edificio/es_hdon/hospital_donostia.html [acceso 20/10/2015]
8. Gascón Cánovas Juan J, Saturno Hernández Pedro J, Grupo de Trabajo del Proyecto sobre Cultura de Seguridad del Paciente. Adaptación del cuestionario "Hospital survey on patient safety culture" para el análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: MSC; 2006.
9. Sorra JS, Nieva VF. *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. [monografía en Internet]. Rockville: AHRQ; 2004. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf> [acceso 28/04/2015]
10. Kottner J, Streiner DL. Internal consistency and Cronbach's α : A comment on Beeckman et al. (2010). *IJNS [revista en Internet]* 2010; 47(7):926-928. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S0020748909004106> [acceso 20/10/2015]

11. McDowell I. *Measuring Health. A Guide to Rating Scales and Questionnaires.* [monografía en Internet] 3 ed. New York: Oxford University Press; 2006. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=DiB1JVuBc0gC&oi=fnd&pg=PP21&dq=Mcdowell+I:+Measuring+Health.+A+Guide+to+Rating+Scales.3d.+Oxford+University+Press&ots=gQBBR-Ue4q&sig=ouc45pgGVNk5rYgtI1gkX_JcU2o#v=onepage&q&f=false [acceso 20/10/2015]
12. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf [acceso 18/06/2014]
13. Benner Patricia. *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice.* New Jersey: Prentice-Hall; 2001.

Capítulo V. RESULTADOS

Se presentan los resultados divididos en secciones, ayudándonos de los grupos de factores clasificados en el mapa conceptual. En cada sección se presentan los resultados del análisis descriptivo y de la inferencia estadística.

V. 1. Datos básicos

Tasa de respuesta

En total obtuvimos 260 cuestionarios respondidos de un total de 552 lo que ha supuesto una tasa de respuesta de un 47.1%. Con ello hemos superado la muestra calculada de 247 cuestionarios.

La totalidad de las unidades hospitalarias médicas y quirúrgicas han sido representadas, con mayor representación de las propias de Medicina Interna y Cirugía General que cuentan con mayor número de unidades y plantilla de Enfermería en el HUD (véase tabla 1 en anexo 5). En total, el 40,8% de las participantes pertenece a unidades médicas y el 58,4% a quirúrgicas (véase tabla 2 en anexo 5), lo que supone una tasa de respuesta del 35,8% de las unidades médicas y del 60,4% de las quirúrgicas como puede observarse en la siguiente tabla nº 11:

Tabla 11. Tasa de respuestas en las unidades médicas y quirúrgicas

| Unidades | Plantilla | Nº respuestas | % respuesta |
|--------------------|------------------|----------------------|--------------------|
| Médicas | 299 | 107 | 35,8 |
| Quirúrgicas | 253 | 153 | 60,4 |

Sociodemográficos

En cuanto a los datos sociodemográficos de las participantes, la media de edad fue de 38,3 años, con un rango entre 21 a 60 (Tabla 12). De las cuales 238 eran mujeres y 13 eran hombres, con un ratio de 18,3 mujeres por hombre (Tabla 13).

Tabla 12. Edad de las participantes

| | Mínima | Máxima | Media (DE) |
|--------------------|---------------|---------------|-------------------|
| Edad (años) | 21 | 60 | 38,3 (10,9) |

Tabla 13. Sexo de las participantes

| Sexo | Total | Porcentaje |
|--------|--------|------------|
| Mujer | 238 de | 94,8% |
| Hombre | 13 de | 5,2% |

Diferencias según el tipo de servicio en las dimensiones

Se analizó la diferencia de las respuestas para las dimensiones según el servicio al que pertenecen las enfermeras a través de la prueba t-student con la que se aprecian algunas diferencias significativas en las respuestas positivas en 3 de las 12 dimensiones (véase tabla 14). En estos tres casos la media de respuestas positivas fue significativamente superior en las unidades médicas en comparación a las quirúrgicas, sin que ninguna de ellas pueda considerarse como fortaleza. Véase el resto de resultados en las tablas 3 y 4 en anexo 5.

Tabla 14. Media de respuestas para las dimensiones según el tipo de servicio (t-student) (p<0,005)

| Dimensión | Tipo de servicio | N | Media de % | (DE) | t | p |
|---|------------------|-----|------------|-------|-------|-------|
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (Dimensión 4) | Médico | 107 | 68,54 | 32,32 | 2,678 | 0,008 |
| | Quirúrgico | 152 | 57,24 | 34,19 | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (Dimensión 8) | Médico | 107 | 29,28 | 26,19 | 2,372 | 0,018 |
| | Quirúrgico | 152 | 21,93 | 23,37 | | |
| Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente (Dimensión 10) | Médico | 107 | 22,12 | 32,68 | 3,029 | 0,003 |
| | Quirúrgico | 151 | 11,48 | 23,74 | | |

Diferencias según los datos sociodemográficos en las dimensiones

Se realizó la prueba de correlación de Pearson para medir la relación entre la edad de las encuestadas y las respuestas a las dimensiones. Observamos diferencias estadísticamente significativas en 5 dimensiones (véanse tablas 15 y 16). Por un lado, en el caso de las respuestas positivas la correlación es negativa y por otro, en el caso de las negativas la correlación es positiva, por lo tanto, cuando aumenta la edad también disminuyen las respuestas positivas y aumentan las negativas. Véase el resto de resultados en las tablas 5 y 6 en anexo 5.

Tabla 15. Correlación de % de respuestas positivas y la edad (preg. 44) (Correlación de Pearson)

| DIMENSIÓN | EDAD | |
|---|---------------------------------------|-------------|
| | Percepción de seguridad (Dimensión 2) | Correlación |
| p | | 0,025 |
| Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio (Dimensión 5) | Correlación | -0,216 |
| | p | 0,001 |
| Feed-back y comunicación sobre errores (Dimensión 7) | Correlación | -0,175 |
| | p | 0,007 |
| Dotación de personal (Dimensión 9) | Correlación | -0,138 |
| | p | 0,034 |
| Trabajo en equipo entre unidades (Dimensión11) | Correlación | -0,145 |
| | p | 0,024 |

Tabla 16. Correlación de % de respuestas negativas y la edad (preg. 44) (Correlación de Pearson)

| Dimensión | EDAD | |
|---|---------------------------------------|-------------|
| | Percepción de seguridad (Dimensión 2) | Correlación |
| p | | 0,000 |
| Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio (Dimensión 5) | Correlación | 0,190** |
| | p | 0,003 |
| Feed-back y comunicación sobre errores (Dimensión 7) | Correlación | 0,155* |
| | p | 0,016 |
| Dotación de personal (Dimensión 9) | Correlación | 0,140* |
| | p | 0,031 |
| Trabajo en equipo entre unidades (Dimensión11) | Correlación | 0,129* |
| | p | 0,047 |

Se ha valorado la relación entre el sexo de los encuestados y las respuestas a las dimensiones mediante la prueba U de Mann-Whitney. En términos generales las mujeres han contestado de manera más negativa que los hombres. No se han hallado diferencias significativas en las respuestas positivas, pero tras realizar la prueba U Mann-Whitney bivariada sí se han encontrado diferencias significativas ($p=0,045$) en las medias de las respuestas negativas en la dimensión 12 “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades”, donde las mujeres han respondido más

negativamente que los hombres (véase tabla 17). Véase el resto de resultados en las tablas 7 y 8 en anexo 5.

Tabla 17. Media de % de respuestas negativas según el sexo (preg.45) (t-Student, U de Mann-Whitney)

| Dimensión | Sexo | N | Media % | DE | t-Student | | U Mann-Whitney | |
|--|--------|-----|---------|-------|-----------|-------|----------------|-------|
| | | | | | t | p | Z | p |
| Problemas cambios de turno y transiciones entre unidades (D. 12) | Mujer | 238 | 26,05 | 28,43 | -1,777 | 0,077 | -2,003 | 0,045 |
| | Hombre | 13 | 40,38 | 26,1 | | | | |

V. 2. Eventos adversos y clima de seguridad

Eventos adversos

Dentro de los eventos adversos, en cuanto a los errores relacionados con la administración de medicación durante el último año, 91 (36,8%) afirmaron haber cometido un error frente a 156 (63,2%) que indicaron no haber tenido (véase tabla 9 en anexo 5). El total de errores ascendió a 159, la media de errores entre quienes cometieron alguno fue de 1,8, con una mínima de 1 y una máxima de 6 (véase tabla 10 en anexo 5).

Fueron 93 las enfermeras que indicaron haber tenido caídas con heridas o traumatismos en sus pacientes durante el último año, es decir un 37,3% (véase tabla 11 en anexo 5). Mientras que 156 (62,7%) indicaron no haber tenido ninguna caída. El total de caídas fue de 182, la media de caídas entre quienes indicaron haber tenido alguna fue de 2, con una mínima de 1 y una máxima de 11 (véase tabla 12 en anexo 5).

El total de eventos adversos por errores de medicación y caídas es de 341.

Clima de seguridad

Tanto en este apartado como en los siguientes, tras los resultados, vamos a realizar una valoración de los mismos. De esta manera esperamos facilitar su lectura especialmente a quienes no estén acostumbrados a utilizar el instrumento, el CEHSP.

Los resultados que miden la categoría clima de seguridad incluyen: la calificación del clima de seguridad, el número de incidentes notificados y las

dimensiones “Frecuencia de eventos notificados” y “Percepción global del clima de seguridad” que se miden en la categoría “Cultura de Seguridad” del CEHSP.

Calificación del clima de seguridad

La percepción de la SP en la unidad actual se calificó mediante una escala del 0 al 10. El rango de valores obtenidos osciló entre 1 y 10, la calificación media fue de 7,2 y la mediana de 7,5, con un 25% de participantes que indicaron una calificación por debajo de 6,5 y otro 25% que lo hicieron por encima de 8 (véase tabla 18). Un total de 7 participantes (4,1%) otorgaron un calificativo inferior a 5, mientras que 37 (21,6%) otorgaron una puntuación entre 5 y 6, 101 (38,5%) entre 7 y 8 y 27 (10,3%) concedieron una calificación superior a 8 (véase tabla 19).

Tabla 18. Calificación del clima de seguridad en la unidad

| | |
|---------------------|------------|
| Media (DE) | 7,2 (1,36) |
| Mediana | 7,5 |
| Percentil 25 | 6,5 |
| Percentil 75 | 8 |
| Rango | 1-10 |

Tabla 19. Frecuencia de calificaciones globales del clima de seguridad en la unidad

| Calificación | Total | Porcentaje |
|---------------------|--------------|-------------------|
| <5 | 7 | 4,1% |
| 5-6 | 37 | 21,6% |
| 7-8 | 101 | 58,7% |
| >8 | 27 | 15,6% |

Número de eventos notificados

En relación a la notificación de incidentes por escrito en el último año, la gran mayoría indicó no haber realizado notificación alguna, concretamente 180 (73,8%), frente a 65 que sí lo hicieron (26,6%). El total de notificaciones fue de 135, con un rango de 0 a 6 y una media de 0,5 (véase tabla 20) Dentro del número de notificaciones realizadas, un 19,2% indica haber realizado entre 1 y 2, un 5,3% entre 3 y 5 y un 2% entre 6 y 10 (véase tabla 21).

Tabla 20. Frecuencia de notificación entre las enfermeras, nº total de notificaciones realizadas y rango y media del nº de notificaciones realizadas en el último año

| Enfermeras que sí han notificado (%) | Enfermeras que no han notificado (%) | Total de notificaciones | Rango del nº de notificaciones | Media de notificaciones (DE) |
|---|---|--------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| 65 (26,6%) | 180 (73,8%) | 135 | 0 - 6 | 0,5 (1,2) |

Tabla 21. Nº de notificaciones de incidentes realizados

| Nº de notificaciones | Total de enfermeras | Porcentaje |
|-----------------------------|----------------------------|-------------------|
| 0 | 180 | 73,8% |
| 1-2 | 47 | 19,2% |
| 3-5 | 13 | 5,3% |
| 6-10 | 5 | 2% |
| >10 | 0 | 0 |

Teniendo en cuenta que solo los eventos adversos relacionados con los errores de medicación y caídas de los pacientes ascendió a 341 y que el total de incidencias notificadas –sin limitarse a los indicadores mencionados- fue de 135, se observa que los eventos sucedidos y notificados no coinciden. Considerando estos eventos adversos indicados en el estudio como la totalidad de los ocurridos, consideraríamos que el 39,6% fueron notificados.

Dimensión 1: “Frecuencia de eventos notificados”

Esta dimensión mide la percepción de la frecuencia de notificación de eventos o errores que no producen efectos adversos a través de tres preguntas.

A pesar de que todas las preguntas obtienen una mayoría de respuestas positivas, los porcentajes obtenidos son débiles. Concretamente el 47,2% considera que sí se notifican los errores que son advertidos y corregidos antes de llegar a afectar al paciente, el 42,5% opina que sí se notifican los errores que no se espera que dañen al paciente y el 46% indica que se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas aunque podrían haber dañado al paciente. Vean los porcentajes de las respuestas obtenidos por las preguntas en la tabla 22.

La dimensión en total obtiene un porcentaje débil de respuestas positivas (45,2%). Vean las medias de los porcentajes de las respuestas obtenidos por la dimensión en su conjunto en la tabla 23.

Tabla 22. Porcentajes de las respuestas de las preguntas de la dimensión “Frecuencia de eventos notificados”

| Preguntas | % de las respuestas | | |
|---|---------------------|---------|-----------|
| | Negativas | Neutras | Positivas |
| 40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente. | 13,5% | 39,3% | 47,2% |
| 41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente. | 18,7% | 38,9% | 42,5% |
| 42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente. | 17,3% | 36,7% | 46% |

Tabla 23. Media de porcentajes de las respuestas de la dimensión “Frecuencia de eventos notificados”

| | Media de % de las respuestas | | |
|------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | Negativas | Neutras | Positivas |
| TOTAL DIMENSIÓN | 16,5% ($\pm 2,6$) | 38,3% ($\pm 1,4$) | 45,2% ($\pm 2,5$) |

Dimensión 2: “Percepción de seguridad”

Esta dimensión mide la percepción del compromiso de la unidad con la seguridad del paciente (SP) mediante el planteamiento de 4 preguntas.

En esta dimensión, hay dos preguntas que obtienen una proporción de respuestas negativas que superan el 50% por lo que se las considera como una debilidad. Se trata de “Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la SP” que cuenta con un 70,9% de respuestas negativas y “No se producen más fallos por casualidad” con un 57,8% de respuestas afirmativas.

Las otras dos preguntas se consideran positivas débiles a pesar de obtener un porcentaje de respuestas positivas superior: el 49,6% considera que en su unidad no “hay problemas relacionados con la SP” y el 53% que sus “procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia”. Vean los porcentajes de las respuestas obtenidos por las preguntas en la tabla 24.

En conjunto, la dimensión adquiere un carácter negativo debido a la predominancia de las respuestas negativas frente a las positivas, 43,1% y 35,2% respectivamente. Vean las medias de los porcentajes de las respuestas obtenidos por la dimensión en su conjunto en la tabla 25.

Tabla 24. Porcentajes de las respuestas de las preguntas de la dimensión “Percepción de seguridad”

| Preguntas | % de las respuestas | | |
|--|---------------------|---------|-----------|
| | Negativas | Neutras | Positivas |
| 10. No se producen más fallos por casualidad. (sentido negativo) | 21,5% | 20,7% | 57,8% |
| 15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la SP. | 70,9% | 13% | 16,1% |
| 17. En esta unidad hay problemas relacionados con la SP. (sentido negativo) | 49,6% | 23,4% | 27% |
| 18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia. | 17,1% | 29,6% | 53% |

Tabla 25. Media de porcentajes de las respuestas de la dimensión “Percepción de seguridad”

| | Media de % de las respuestas | | |
|------------------------|------------------------------|---------------------|--------------------|
| | Negativas | Neutras | Positivas |
| TOTAL DIMENSIÓN | 43,1% (±25,3) | 21,7% (±6,9) | 35,2% (±19) |

Diferencias según la notificación de incidentes

La relación entre el número de incidentes notificados y las respuestas a las dimensiones se midió a través de la prueba de correlación de Pearson donde se hallaron diferencias estadísticamente significativas. Dentro de las respuestas positivas, se hallaron correlaciones negativas en las dimensiones “Frecuencia de eventos notificados” y “Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad” y una correlación positiva en “Respuesta no punitiva a los errores”. En cuanto a las respuestas negativas, la correlación fue positiva en “Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad”; por lo que en esta dimensión a mayor número de incidentes notificados se otorgan respuestas menos positivas y más negativas. Véanse los resultados de la correlación de Pearson en las tablas 13 y 14 del anexo 5.

Diferencias según los errores de medicación en las dimensiones

La relación entre la comisión o realización de algún error relacionado con la medicación en el último año y las respuestas a las dimensiones fue medida a través de la prueba de t-Student. Se observó que quienes habían cometido algún error contestaron de manera negativa en mayor medida que quienes no habían cometido ninguno en todas las dimensiones. En las tablas 26 y 27 se muestran las diferencias significativas halladas en las respuestas positivas y negativas respectivamente. Véanse los resultados para todas las dimensiones en las tablas 15 y 16 en anexo 5.

Tabla 26. Media de % de respuestas positivas según la comisión de errores de medicación (preg.61) (prueba t-Student)

| Dimensión | Errores | N | Media | (DE) | t | P |
|--|---------|-----|-------|-------|-------|-------|
| Percepción de seguridad (Dimensión 2) | Sí | 90 | 27,41 | 28,71 | -3,64 | 0,000 |
| | No | 156 | 41,13 | 28,38 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (Dimensión 3) | Sí | 90 | 61,85 | 35,62 | -2,61 | 0,01 |
| | No | 155 | 73,28 | 31,41 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (Dimensión 4) | Sí | 90 | 56,3 | 35,91 | -1,79 | 0,075 |
| | No | 156 | 64,32 | 32,6 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (Dimensión 7) | Sí | 91 | 33,15 | 33,93 | -2,75 | 0,006 |
| | No | 156 | 45,73 | 35,11 | | |
| Dotación de personal (Dimensión 9) | Sí | 90 | 12,22 | 18,45 | -2,99 | 0,003 |
| | No | 156 | 21,15 | 24,62 | | |
| Apoyo de la gerencia del hospital en la SP (Dimensión 10) | Sí | 90 | 10,37 | 22,7 | -1,99 | 0,048 |
| | No | 156 | 17,52 | 29,44 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (Dimensión 11) | Sí | 91 | 33,97 | 30,28 | -2,77 | 0,006 |
| | No | 156 | 46,05 | 34,46 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones (Dimensión 12) | Sí | 91 | 44,78 | 33,12 | -2,93 | 0,004 |
| | No | 156 | 57,48 | 32,66 | | |

Tabla 27. Media de % de respuestas negativas según la comisión de errores de medicación (preg.61) (prueba t-Student)

| Dimensión | Errores | N | Media | (DE) | t | P |
|--|---------|-----|-------|-------|-------|-------|
| Percepción de seguridad (Dimensión 2) | Sí | 90 | 50,56 | 27,13 | 3,802 | 0,000 |
| | No | 156 | 37,29 | 25,91 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (Dimensión 3) | Sí | 90 | 16,94 | 26,83 | 3,16 | 0,002 |
| | No | 155 | 7,69 | 18,84 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (Dimensión 4) | Sí | 90 | 20,37 | 28,13 | 2,032 | 0,043 |
| | No | 156 | 13,46 | 24,18 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (Dimensión 7) | Sí | 91 | 27,29 | 32,63 | 2,124 | 0,035 |
| | No | 156 | 18,91 | 28,21 | | |
| Dotación de personal (Dimensión 9) | Sí | 90 | 75,56 | 27,02 | 3,35 | 0,001 |
| | No | 156 | 62,77 | 29,84 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (Dimensión 10) | Sí | 90 | 64,07 | 34,7 | 2,541 | 0,012 |
| | No | 156 | 51,5 | 38,86 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (Dimensión 12) | Sí | 91 | 33,88 | 29,52 | 3,167 | 0,002 |
| | No | 156 | 22,28 | 26,73 | | |

Diferencias según las caídas en las dimensiones

La relación entre el número de errores relacionados con la medicación y las respuestas a las dimensiones se midió a través de la correlación de Pearson, con la que se determinaron correlaciones negativas en las respuestas positivas y correlaciones positivas en las respuestas negativas. Por lo que, a mayor número de errores cometidos, se otorgan menos respuestas positivas y más negativas. En el caso de las respuestas positivas, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones: “Percepción de seguridad”, “Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad” y “Feed-back y comunicación sobre errores”. En cuanto a las respuestas negativas las diferencias significativas se dieron en las dimensiones: “Percepción de seguridad”, “Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad”, “Aprendizaje organizacional y mejora continua”, “Feed-back y comunicación sobre errores”, “Apoyo de la gerencia del hospital en la SP” y “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades”. Véanse los resultados de la correlación de Pearson para las respuestas positivas y negativas a las dimensiones en las tablas 17 y 18 del anexo 5 respectivamente.

Se ha utilizado la prueba t-Student para valorar la relación entre la media de las respuestas positivas y negativas emitidas por aquellas enfermeras que afirman que en el último año alguno de los pacientes que tenían asignados sí se había caído y las que no tuvieron caídas. Se ha observado que quienes habían tenido alguna caída contestaron de

manera negativa en mayor medida que quienes no habían cometido ninguno en todas las dimensiones. Se han determinado diferencias significativas en las dimensiones “Percepción de seguridad” y “Apoyo de la gerencia en la SP”, suponiendo que quienes han tenido una caída han respondido más negativamente a las mismas, tal como se muestra en las tablas 28 y 29. Véanse las tablas 19 y 20 del anexo 5 con los resultados de la prueba t-Student para las respuestas positivas y negativas respectivamente

Tabla 28. Media de % de respuestas positivas según caídas (preg.63) (t-Student)

| Dimensión | Caídas | N | Media | (DE) | t | p |
|--|--------|-----|-------|-------|--------|-------|
| Percepción de seguridad (Dimensión 2) | Sí | 93 | 28,58 | 26,22 | -3,199 | 0,002 |
| | No | 155 | 40,65 | 30,16 | | |

Tabla 29. Media de % de respuestas negativas según caídas (preg.63) (t-Student)

| Dimensión | Caídas | N | Media | (DE) | t | p |
|---|--------|-----|-------|-------|-------|-------|
| Percepción de seguridad (Dimensión 2) | Sí | 93 | 48,21 | 25 | 2,877 | 0,004 |
| | No | 155 | 38,12 | 27,72 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (Dimensión 10) | Sí | 93 | 63,08 | 34,21 | 2,411 | 0,017 |
| | No | 155 | 51,18 | 39,53 | | |

La relación entre el número de caídas y las respuestas de las dimensiones se midió a través de la correlación de Pearson, con la que, en términos generales se observaron correlaciones negativas en las respuestas positivas y correlaciones positivas en las respuestas negativas. Se han determinado diferencias estadísticamente significativas en las correlaciones negativas de las respuestas positivas en las dimensiones: “Frecuencia de eventos notificados”, “Percepción de seguridad”, “Trabajo en equipo entre unidades” y “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades”; lo que significa que, en estas dimensiones a mayor número de caídas, menos respuestas positivas otorgadas. También se han indicado diferencias estadísticamente significativas en las correlaciones positivas de las respuestas negativas en: “Frecuencia de eventos notificados”, “Dotación de personal”, “Apoyo de la gerencia en la SP”, “Trabajo en equipo entre unidades” y “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades”; con lo que, a mayor número de caídas, más respuestas negativas otorgadas. Véanse los resultados de la correlación de Pearson para las respuestas positivas y negativas a las dimensiones en las tablas 21 y 22 del anexo 5 respectivamente.

V. 3. Cultura de seguridad a nivel de unidad/área

Esta sección se compone de 9 variables que vamos a tratar de forma específica. Los resultados que se presentan vienen de combinar las 9 variables del mapa conceptual relacionadas con la unidad/área, con las dimensiones del cuestionario. Hemos organizado por orden de prioridad las que consideramos como más interesantes dada la extensión del análisis que el lector puede complementar con las tablas en el anexo 5.

V.3.1. Supervisor/a

Dimensión 3: “Expectativas y acciones de la supervisión que favorecen la seguridad”

Esta dimensión mide la percepción de la relación entre las supervisoras y la SP a través de 4 preguntas.

Todas las preguntas obtienen una proporción mayor de resultados positivos. Entre ellas hay una fortaleza ya que el 81,1% considera que la supervisora tiene en cuenta los problemas relacionados con la SP habitualmente, que además supone un baluarte al tratarse de la tercera puntuación más alta obtenida de todas las respuestas positivas del cuestionario. El 60% afirma que la supervisora se muestra satisfecha cuando el personal evita riesgos relacionados con la SP, el 69,7% considera que la supervisora “tiene en cuenta las sugerencias que le hace el personal para mejorar la SP” y el 61,7% niega que “Cuando aumenta la presión del trabajo, la supervisora pretende que se trabaje más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la SP”. Vean los porcentajes de las respuestas obtenidos por las preguntas en la tabla 30.

En términos generales, la dimensión adquiere un carácter positivo con un 68,3% de respuestas positivas, sin llegar a poder ser considerada como una fortaleza. Recordemos que la fortaleza supone un porcentaje de 75% o superior en las respuestas positivas. Vean las medias de los porcentajes de las respuestas obtenidos por la dimensión en su conjunto en la tabla 31.

Tabla 30. Porcentajes de las respuestas de las preguntas de la dimensión “Expectativas y acciones de la supervisión que favorecen la seguridad”

| Preguntas | % respuestas | | |
|---|--------------|---------|-----------|
| | Negativas | Neutras | Positivas |
| 19. Mi supervisora expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la SP. | 16,5% | 23,5% | 60% |
| 20. Mi supervisora tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la SP. | 11,4% | 18,9% | 69,7% |
| 21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi supervisora pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la SP. (sentido negativo) | 61,7% | 26,9% | 11,5% |
| 22. Mi supervisora pasa por alto los problemas de SP que ocurren habitualmente. (sentido negativo) | 81,8% | 13,8% | 4,3% |

Tabla 31. Media de porcentajes de las respuestas de la dimensión “Expectativas y acciones de la supervisión que favorecen la seguridad”

| | Media de % de las respuestas | | |
|------------------------|------------------------------|---------------------|---------------------|
| | Negativas | Neutras | Positivas |
| TOTAL DIMENSIÓN | 10,9% (±4,9) | 20,8% (±5,6) | 68,3% (±9,9) |

V. 3. 2. Aprendizaje

Dimensión 4: “Aprendizaje organizacional/Mejora continua”

Esta dimensión mide las actividades y medidas dirigidas a asegurar la mejora en SP mediante el planteamiento de tres preguntas.

Todas las preguntas obtienen una mayoría de resultados positivos. El 77,7% opina que ante la detección de un fallo se toman las medidas necesarias para evitar que vuelva a suceder, lo cual puede ser considerado como una fortaleza. Mientras que el 67,1% afirma tener actividades dirigidas a mejorar la SP y el 40,9% considera que los cambios realizados para mejorar la SP son evaluados para comprobar su efectividad. Vean los porcentajes de las respuestas obtenidos por las preguntas en la tabla 32.

La dimensión en general tiene una valoración positiva, contando con un 61,9% de respuestas, no obstante, no puede considerarse como una fortaleza. Vean las medias de los porcentajes de las respuestas obtenidos por la dimensión en su conjunto en la tabla 33.

Tabla 32. Porcentajes de las respuestas de las preguntas de la dimensión “Aprendizaje organizacional/Mejora continua”

| Preguntas | % de las respuestas | | |
|--|---------------------|---------|-----------|
| | Negativas | Neutras | Positivas |
| 6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente. | 17,1% | 15,9% | 67,1% |
| 9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo. | 6,9% | 15,4% | 77,7% |
| 13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad. | 23,2% | 35,9% | 40,9% |

Tabla 33. Media de porcentajes de las respuestas de la dimensión “Aprendizaje organizacional/Mejora continua”

| | Media de % de las respuestas | | |
|------------------------|------------------------------|----------------------|----------------------|
| | Negativas | Neutras | Positivas |
| TOTAL DIMENSIÓN | 15,7% (±8,1) | 22,4% (±11,7) | 61,9% (±18,9) |

Formación previa a la incorporación a la unidad

En lo que respecta a la formación previa a su incorporación a la unidad en la que se encuentran actualmente, 56 participantes afirman haber recibido algún tipo de formación (22%), frente a 198 que no indican no haberla recibido (78%) (véase tabla 34). De éstas, 52 indicaron el tipo de formación que recibieron (véase tabla 35). Tan solo 5 (9,1%) indicaron haber recibido una formación o instrucción de manera personal sobre el funcionamiento de la unidad, protocolos y cuidados a realizar. El rango de la duración de esta formación fue de 1 a 14 días, siendo la más frecuente la formación de 1 día, indicada en 5 ocasiones (véase tabla 36).

A 24 (43,6%) se les entregó información para su lectura sobre el funcionamiento de la unidad que en ocasiones incluyó protocolos, organigramas, guías y/o folletos, sin recibir otro tipo de instrucción o formación y otras 5 (9,1%) expresaron haber recibido información oral o explicaciones sobre el funcionamiento de la unidad. También se recogió como formación previa que 10 participantes (18,2%) realizaron un curso sobre el programa informático usado en los hospitales de Osakidetza, 2 (3,6%) sobre seguridad del paciente y 1 realizó cursos de formación continuada. Además, 4 participantes (7,3%) acudieron de manera voluntaria a la unidad uno o dos días antes a su incorporación para conocer la práctica asistencial y otras 4 (7,3%) acompañaron a una enfermera para observarla y conocer los cuidados a realizar y el funcionamiento de la unidad.

En una ocasión se indicó que esta formación fue realizada por la supervisora de la unidad, en el resto se desconoce.

Tabla 34. Enfermeras que recibieron formación previa diversa a su incorporación en la unidad

| Formación previa diversa | Total | Porcentaje |
|---------------------------------|--------------|-------------------|
| Sí | 56 | 22% |
| No | 198 | 78% |

Tabla 35. Relación del tipo de formación recibida

| Tipo de formación | Total |
|---|--------------|
| Entrega de protocolos, guías,... | 24 |
| Información oral sobre la unidad | 5 |
| Formación sobre la unidad | 5 |
| Formación sobre programa informático | 10 |
| Formación sobre SP | 2 |
| Acudir previamente de manera voluntaria | 4 |
| Cursos de procedimientos | 1 |
| Acompañamiento a otra enfermera | 4 |

Tabla 36. Duración de la formación previa a la incorporación

| Duración | Total |
|-----------------|--------------|
| unas horas | 2 |
| 1 día | 5 |
| 2 días | 1 |
| 3 días | 1 |
| 4 días | 1 |
| 7 días | 1 |
| 14 días | 1 |

V. 3. 3. Trabajo en equipo

Dimensión 5: “Trabajo en equipo dentro de la unidad”

Esta dimensión mide el trabajo en equipo en la unidad a través de 4 preguntas que obtienen todas ellas un porcentaje superior de respuestas positivas.

Encontramos tres ítems que se consideran como fortalezas: el 84,6% considera que el personal se apoya mutuamente, siendo la pregunta que obtiene el mayor porcentaje de respuestas positivas del cuestionario; el 84% opina que ante la sobrecarga de trabajo de un compañero se suele ayudar, tratándose de la pregunta que obtiene el segundo porcentaje de respuestas positivas más elevadas del cuestionario; y el 76,4% afirma que en su unidad todos se tratan de manera respetuosa. El 70,5% opinan que ante una carga de trabajo elevada todos colaboran como un equipo para acabarlo. Vean los porcentajes de las respuestas obtenidos por las preguntas en la tabla 37.

En total la dimensión obtiene un porcentaje de respuestas positivas del 78,9%. Se trata de la dimensión con porcentajes de respuestas positivas más elevados y que identificamos como una fortaleza en sí misma. Vean las medias de los porcentajes de las respuestas obtenidos por la dimensión en su conjunto en la tabla 38.

Tabla 37. Porcentajes de las respuestas de las preguntas de la dimensión “Trabajo en equipo dentro de la unidad”

| Preguntas | % de las respuestas | | |
|---|---------------------|---------|-----------|
| | Negativas | Neutras | Positivas |
| 1. El personal se apoya mutuamente. | 6,6% | 8,8% | 84,6% |
| 3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo. | 12,4% | 17,1% | 70,5% |
| 4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto. | 12% | 11,6% | 76,4% |
| 11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros. | 3,9% | 12,1% | 84% |

Tabla 38. Media de porcentajes de las respuestas de la dimensión “Trabajo en equipo dentro de la unidad”

| | Media de % de las respuestas | | |
|------------------------|------------------------------|---------------------|---------------------|
| | Negativas | Neutras | Positivas |
| TOTAL DIMENSIÓN | 8,7% (±4,1) | 12,4% (±3,4) | 78,9% (±6,7) |

V. 3. 4. Comunicación

Dimensión 6: “Franqueza en la comunicación”

Esta dimensión mide la comunicación en torno a comunicación en la atención sanitaria entre el personal mediante tres preguntas.

Una de las preguntas obtiene una mayoría de respuestas positivas: el 60,3% considera que “cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad”. Sin embargo, las otras dos obtienen un porcentaje superior de respuestas neutras, concretamente el 40,7% opina que a veces el personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores y el 49,2% en ocasiones no se atreve a realizar preguntas sobre aquello que se ha realizado incorrectamente. Vean los porcentajes de las respuestas obtenidos por las preguntas en la tabla 39.

La dimensión en su totalidad adquiere un carácter neutro debido a la similitud del porcentaje de respuestas positivas y neutras obtenidas, 42,5% y 41,2%

respectivamente. Vean las medias de los porcentajes de las respuestas obtenidos por la dimensión en su conjunto en la tabla 40.

Tabla 39. Porcentajes de las respuestas de las preguntas de la dimensión “Franqueza en la comunicación”

| Preguntas | % de las respuestas | | |
|--|---------------------|---------|-----------|
| | Negativas | Neutras | Positivas |
| 35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad. | 5,8% | 33,9% | 60,3% |
| 37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores. | 35,2% | 40,7% | 24,1% |
| 39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta. (sentido negativo) | 43,3% | 49,2% | 7,5% |

Tabla 40. Media de porcentajes de las respuestas de la dimensión “Franqueza en la comunicación”

| | Media de % de las respuestas | | |
|------------------------|------------------------------|---------------------|----------------------|
| | Negativas | Neutras | Positivas |
| TOTAL DIMENSIÓN | 16,1% (±16,5) | 41,2% (±7,7) | 42,5% (±18,1) |

Dimensión 7: “Feed-back y comunicación sobre errores”

Esta dimensión mide el feed-back y la comunicación una vez acontecido un error en una unidad a través de tres preguntas.

Ninguna de las preguntas alcanza el 50% ni en respuestas positivas ni negativas. En concreto, el 42,7% considera que tras la notificación de algún incidente a veces se informa sobre las actuaciones posteriores realizadas, el 46,8% afirma que sí se les informa sobre los errores acontecidos en la unidad y el 48,4% que en su unidad sí se discute la manera en la que se puede evitar un error a posteriori. Vean los porcentajes de las respuestas obtenidos por las preguntas en la tabla 41.

La dimensión tiene en total un 41,1% de respuestas positivas y un 37,4% de neutras, lo que le confiere un carácter neutro. Vean las medias de los porcentajes de las respuestas obtenidos por la dimensión en su conjunto en la tabla 42.

Tabla 41. Porcentajes de las respuestas de las preguntas de la dimensión “Feed-back y comunicación sobre errores”

| Preguntas | % de las respuestas | | |
|---|---------------------|---------|-----------|
| | Negativas | Neutras | Positivas |
| 34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo. | 29,2% | 42,7% | 28,1% |
| 36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad. | 17,9% | 35,3% | 46,8% |
| 38. En mi unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir. | 17,3% | 34,3% | 48,4% |

Tabla 42. Media de porcentajes de las respuestas de la dimensión “Feed-back y comunicación sobre errores”

| | Media de % de las respuestas | | |
|------------------------|------------------------------|---------------------|----------------------|
| | Negativas | Neutras | Positivas |
| TOTAL DIMENSIÓN | 21,5% (±6,7) | 37,4% (±4,6) | 41,1% (±11,3) |

V. 3. 5. Respuesta no punitiva

Dimensión 8: “Respuesta no punitiva a los errores”

Esta dimensión mide las acciones punitivas tras cometer errores a través de las respuestas obtenidas en tres preguntas planteadas todas ellas en sentido negativo.

Dos de las preguntas obtienen un porcentaje superior de respuestas positivas: por un lado, el 72,9% considera que tras cometer un error los compañeros y superiores no lo utilizan en su contra y, por otro lado, un 42,2% niega que tras detectarse un fallo se busque antes al culpable que la causa. Sin embargo, un 46,7% afirma que el personal teme que los errores cometidos queden reflejados en su expediente. Vean los porcentajes de las respuestas obtenidos por las preguntas en la tabla 43.

La dimensión en su totalidad tiene un carácter positivo débil con un total de 49,2% de respuestas positivas. Vean las medias de los porcentajes de las respuestas obtenidos por la dimensión en su conjunto en la tabla 44.

Tabla 43. Porcentajes de las respuestas de las preguntas de la dimensión “Respuesta no punitiva a los errores”

| Preguntas | % de las respuestas | | |
|--|---------------------|---------|-----------|
| | Negativas | Neutras | Positivas |
| 8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra. (sentido negativo) | 72,9% | 21,7% | 5,4% |
| 12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”. (sentido negativo) | 42,2% | 29,8% | 27,9% |
| 16. Cuando se comete un error, el personal teme que quede en su expediente. (sentido negativo) | 27,6% | 25,7% | 46,7% |

Tabla 44. Media de porcentajes de las respuestas de la dimensión “Respuesta no punitiva a los errores”

| | Media de % de las respuestas | | |
|------------------------|------------------------------|---------------------|----------------------|
| | Negativas | Neutras | Positivas |
| TOTAL DIMENSIÓN | 25,1% (±18,5) | 25,7% (±4,1) | 49,2% (±22,6) |

V. 3. 6. Dotación de personal

Dimensión 9: “Dotación de personal”

En esta dimensión se mide la dotación de personal y su influencia sobre la atención al paciente a través de 4 preguntas.

Todas las preguntas obtienen una mayoría de proporción de respuestas negativas. Además, tres preguntas son identificadas como debilidades y oportunidades de mejora: el 63,2% afirma que no hay suficiente personal para hacer frente a la carga laboral, el 78,8% que en ocasiones no se puede ofrecer la mejor atención porque la jornada laboral es agotadora y el 76,7% que trabaja “bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa”. Al mismo tiempo, el 49,4% afirma que a veces

no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos. Vean los porcentajes de las respuestas obtenidos por las preguntas en la tabla 45.

Se trata de la dimensión con más respuestas negativas con un total de 67%, lo que la sitúa como la mayor debilidad percibida por las enfermeras. Vean las medias de los porcentajes de las respuestas obtenidos por la dimensión en su conjunto en la tabla 46.

Tabla 45. Porcentajes de las respuestas de las preguntas de la dimensión “Dotación de personal”

| Preguntas | % de las respuestas | | |
|---|---------------------|---------|-----------|
| | Negativas | Neutras | Positivas |
| 2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo. | 63,2% | 11,6% | 25,2% |
| 5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora. (sentido negativo) | 9,3% | 11,9% | 78,8% |
| 7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal. (sentido negativo) | 29,3% | 21,3% | 49,4% |
| 14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa. (sentido negativo) | 8,9% | 14,4% | 76,7% |

Tabla 46. Media de porcentajes de las respuestas de la dimensión “Dotación de personal”

| | Media de % de las respuestas | | |
|------------------------|------------------------------|---------------------|----------------------|
| | Negativas | Neutras | Positivas |
| TOTAL DIMENSIÓN | 67% (±13,6) | 14,8% (±4,5) | 18,2% (±10,6) |

V. 3. 7. Apoyo gerencial

Dimensión 10: “Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (SP)”

En esta dimensión se mide la percepción de los mandos del HUD en relación a la SP mediante tres preguntas.

Dos ítems pueden clasificarse como debilidades: el 62% no considera que los mandos faciliten un clima laboral que favorezca la SP y el 59,3% opina que se interesan por la SP cuando ha acontecido algún EA. Además, el 42,6% no está de acuerdo con

que los mandos demuestren que la SP es una de sus prioridades. Vean los porcentajes de las respuestas obtenidos por las preguntas en la tabla 46.

En total la dimensión obtiene un porcentaje de respuestas negativas del 54.7% lo que la clasifica como una debilidad y oportunidad de mejora. A su vez, recoge el porcentaje más bajo de respuestas positivas. Vean las medias de los porcentajes de las respuestas obtenidos por la dimensión en su conjunto en la tabla 47.

Tabla 46. Porcentajes de las respuestas de las preguntas de la dimensión “Apoyo de la gerencia del hospital en la SP”

| Preguntas | % de las respuestas | | |
|--|---------------------|---------|-----------|
| | Negativas | Neutras | Positivas |
| 23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente. | 62% | 24,8% | 13,2% |
| 30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la SP es una de sus prioridades. | 42,6% | 37,6% | 19,8% |
| 31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente. (sentido negativo) | 14,7% | 26% | 59,3 % |

Tabla 47. Media de porcentajes de las respuestas de la dimensión “Apoyo de la gerencia del hospital en la SP”

| | Media de % de las respuestas | | |
|------------------------|------------------------------|---------------------|---------------------|
| | Negativas | Neutras | Positivas |
| TOTAL DIMENSIÓN | 54,7% (±10,5) | 29,5% (±7,1) | 15,9% (±3,4) |

V. 3. 8. Calidad de los cuidados percibidos

En cuanto a la percepción de la calidad de los cuidados enfermeros prestados en la unidad fue “buena” para el 71,1% (175 de enfermeras). Véanse el resto de resultados en la tabla 48.

Tabla 48. Percepción de la calidad de los cuidados enfermeros en la unidad

| Calidad de los cuidados | Total | Porcentaje |
|--------------------------------|--------------|-------------------|
| Mala | 1 | 0,40% |
| Regular | 6 | 2,40% |
| Aceptable | 41 | 16,70% |
| Buena | 175 | 71,10% |
| Excelente | 23 | 9,30% |

Se estudió la relación entre la percepción de la calidad de los cuidados y las respuestas entre las dimensiones a través de las pruebas Kruskal-Wallis y U Mann-Whitney bivariadas. Se determinó que a medida que las enfermeras perciben mayor calidad de los cuidados, otorgan respuestas más positivas y, por el contrario, a peor percepción las respuestas son más negativas. Además, se observaron diferencias significativas prácticamente en todas las dimensiones con lo que en términos generales podría decirse que la percepción de seguridad aumenta y disminuye a la vez que lo hace la percepción de la calidad de cuidados. Debido a la extensión de las tablas estudiadas les remitimos a verlas en el anexo 5 n° 23, 24, 25 y 26.

V. 3. 9. Apoyo de compañeros

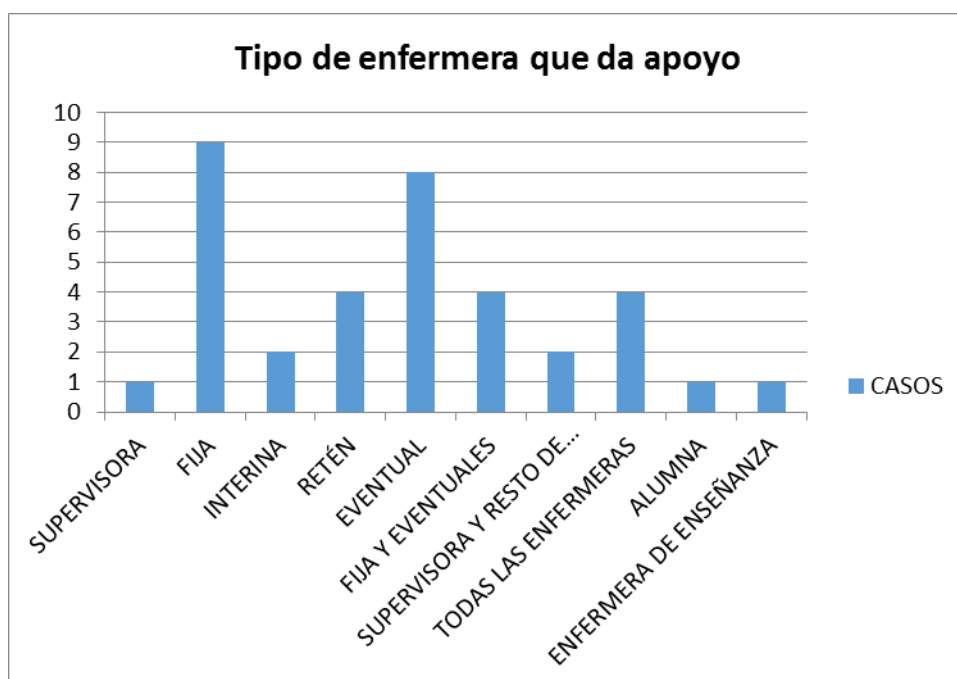
En cuanto a la incorporación en la unidad actual, 47 indican haber contado con una enfermera de apoyo durante su adaptación a la unidad (18,5%), frente a 207 que señalan no haber recibido este tipo de ayuda (81,5%). En total 25 enfermeras indicaron el número de días que tuvieron una enfermera de apoyo (véase tabla 49): el rango oscila entre 1 y 45 días, con una media de 5,8.

De las 47 que sí recibieron apoyo, 36 hicieron referencia al tipo de enfermera que se encargó de este proceso (véase gráfica 1). En 9 ocasiones quienes brindaron ese apoyo fueron enfermeras con plaza en la unidad, en 8 fueron enfermeras eventuales de las que 5 contaban con experiencia en la unidad, en 4 fueron enfermeras retenes (enfermeras con cartelera pero sin unidad de destino fija), en 6 el apoyo se realizó por parte de las supervisoras y resto de compañeras, en 1 fue una alumna de Enfermería que llevaba más tiempo que la enfermera novel en la unidad y en otra una “enfermera de enseñanza”.

Tabla 49. Relación del nº de días de apoyo recibido durante la incorporación en la unidad

| Nº de días de apoyo recibido | Nº de enfermeras |
|------------------------------|------------------|
| 1 | 3 |
| 2 | 10 |
| 3 | 2 |
| 4 | 1 |
| 5 | 1 |
| 7 | 4 |
| 14 | 2 |
| 45 | 1 |

Gráfica 1. Relación de la enfermera que brinda apoyo durante la adaptación a la unidad



Diferencias de la cultura de seguridad de las unidades en las dimensiones

Se utilizó la prueba t-Student para medir la relación entre la recepción de formación previa a la incorporación a la unidad hospitalaria actual y las respuestas de las dimensiones. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas positivas de quienes sí recibieron formación en “Expectativas y acciones de la supervisión de la Unidad que favorecen la seguridad” y “Feed-back y comunicación sobre errores” en las que respondieron de manera más positiva. También se observó una diferencia significativa en aquellas que no recibieron esa formación al responder de manera más negativa en la dimensión “Feed-back y comunicación sobre errores” (véanse tablas 50 y 51). (Véanse resto de resultados en tablas 27 y 28 en anexo 5)

Tabla 50. Media de % de respuestas positivas según formación previa (preg.53) (t-Student)

| Dimensión | Formación | N | Media | (DE) | t | p |
|--|-----------|-----|-------|-------|------|-------|
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (Dimensión 3) | Sí | 56 | 77,68 | 31,14 | 2,19 | 0,03 |
| | No | 196 | 66,84 | 33,13 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (Dimensión 7) | Sí | 56 | 50,6 | 33,63 | 2,28 | 0,023 |
| | No | 198 | 38,64 | 34,88 | | |

Tabla 51. Media de % de respuestas negativas según formación previa (preg.53) (t-Student)

| Dimensión | Formación | N | Media | (DE) | t | p |
|--|-----------|-----|-------|-------|--------|-------|
| Feed-back y comunicación sobre errores (Dimensión 7) | Sí | 56 | 12,5 | 21,61 | -2,544 | 0,012 |
| | No | 198 | 23,74 | 30,97 | | |

Se ha realizado la prueba t-Student para valorar la relación entre la recepción de apoyo en la incorporación a la unidad y las respuestas de las dimensiones. Se han observado diferencias significativas en las respuestas positivas en la “Percepción de seguridad”, “Aprendizaje organizacional/mejora continua”, “Feed-back y comunicación sobre errores”, “Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente” y “Trabajo en equipo entre unidades”, en las cuales quienes sí han recibido ese apoyo han contestado de manera más positiva. En cuanto a las respuestas negativas se observan diferencias significativas en las mismas dimensiones –excepto en la n° 7-, siendo las que

no han recibido apoyo quienes responden de manera más negativa. Véanse estos resultados en las tablas 52 y 53 y el resto de resultados en las tablas 29 y 30 del anexo 5.

Tabla 52. Media de % de respuestas positivas según apoyo a la adaptación (preg.55) (t-Student)

| Dimensión | Apoyo | N | Media | (DE) | t | p |
|--|-------|-----|-------|-------|------|-------|
| Percepción de seguridad (Dimensión 2) | Sí | 47 | 45,92 | 25,59 | 2,62 | 0,009 |
| | No | 206 | 33,74 | 29,46 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (Dimensión 4) | Sí | 47 | 78,01 | 28,04 | 3,71 | 0,000 |
| | No | 206 | 58,25 | 33,97 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (Dimensión 7) | Sí | 47 | 53,9 | 32,27 | 2,78 | 0,006 |
| | No | 207 | 38,41 | 34,91 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (Dimensión 10) | Sí | 47 | 26,95 | 37,2 | 3,17 | 0,002 |
| | No | 206 | 12,94 | 24,52 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (Dimensión 11) | Sí | 47 | 51,95 | 34,41 | 2,41 | 0,017 |
| | No | 207 | 39,05 | 32,9 | | |

Tabla 53. Media de % de respuestas negativas según apoyo a la adaptación (preg.55) (t-Student)

| Dimensión | Apoyo | N | Media | (DE) | t | p |
|--|-------|-----|-------|-------|--------|-------|
| Percepción de seguridad (Dimensión 2) | Sí | 47 | 33,33 | 26,47 | -2,523 | 0,012 |
| | No | 206 | 44,17 | 26,6 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (Dimensión 4) | Sí | 47 | 5,67 | 14,44 | -2,995 | 0,003 |
| | No | 206 | 17,64 | 26,48 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (Dimensión 10) | Sí | 47 | 43,26 | 36,72 | -2,399 | 0,017 |
| | No | 206 | 57,77 | 37,56 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (Dimensión 11) | Sí | 47 | 17,73 | 23,93 | -2,166 | 0,031 |
| | No | 207 | 27,17 | 27,61 | | |

Se ha utilizado la prueba ANOVA para medir las diferencias entre el último turno realizado y la media de respuestas de porcentaje en las dimensiones. Se ha observado una diferencia estadísticamente significativa en las respuestas positivas de la “Dotación de personal”, que tras realizar la prueba post-hoc de Bonferroni se ha determinado que las mayores diferencias se dan entre aquellas que su último turno fue de mañana y de tarde, siendo las primeras quienes más positivamente han respondido y las segundas más negativamente (véanse tablas 54 y 55). No se han observado diferencias significativas en las respuestas negativas. (Véanse resto de resultados en las tablas 31 y 32 del anexo 5)

Tabla 54. Media de % de respuestas positivas según último turno (Preg. 57) (ANOVA)

| Dimensión | Turno | N | Media | DE | F | p |
|----------------------|--------|-----|-------|-------|-------|-------|
| Dotación de personal | Mañana | 139 | 21,76 | 26,04 | 4,549 | 0,011 |
| | Tarde | 61 | 11,89 | 15,55 | | |
| | Noche | 48 | 15,1 | 19,12 | | |

Tabla 55. Post-hoc de Bonferroni para las variables con $p < 0,05$ para las respuestas positivas

| Dimensión | Turno | | Diferencia de medias (I-J) | p |
|------------------------------------|--------|--------|----------------------------|-------|
| Dotación de personal (Dimensión 9) | Mañana | Tarde | 9,87734 | 0,014 |
| | | Noche | 6,65842 | 0,239 |
| | Tarde | Mañana | -9,87734 | 0,014 |
| | | Noche | -3,21892 | 1,000 |
| | Noche | Mañana | -6,65842 | 0,239 |
| | | Tarde | 3,21892 | 1,000 |

Se ha realizado una prueba de correlación de Pearson para medir la relación existente entre el número de pacientes en el último turno y las respuestas para las dimensiones, pero no se han hallado diferencias estadísticamente significativas (véanse tablas 33 y 34 del anexo 5).

V. 4. Cultura organizacional

V. 4. 1. Antigüedad laboral

El tiempo transcurrido ejerciendo como enfermera varió desde 1 mes hasta 39 años, con una media de 14,7 años. El tiempo ejerciendo como enfermera en el HUD también varió desde 1 mes a 39 años, pero con una media de 11,4 años. En cuanto al tiempo trabajando en la unidad actual, la mínima fue de 5 días y la máxima de 39 años, con una media de 4,8 años. (Véase tabla 56)

Tabla 56. Tiempo ejerciendo como enfermera

| | Mínima | Máxima | Media (DE) |
|--|---------------|---------------|-------------------|
| Tiempo ejerciendo como enfermera | 1 mes | 39 años | 14,7 años (9,8) |
| Tiempo trabajando en el HUD | 1 mes | 39 años | 11,4 años (9,4) |
| Tiempo trabajando en la unidad actual | 5 días | 39 años | 4,8 años (6,7) |

V. 4. 2. Condiciones laborales

En relación al tipo de contrato, 87 tenían plaza en propiedad, 35 eran interinas y 128 eran sustitutas, suponiendo el contrato eventual un poco más de la mitad (51,2%) (véase tabla 57). Casi la totalidad trabaja a turnos, 238 (90,1%), frente a 25 (9,9%) que tienen turnos fijos (véase tabla 58).

Tabla 57. Situación contractual

| Tipo de contrato | Total | Porcentaje |
|-------------------------------|--------------|-------------------|
| Indefinido (con plaza) | 87 | 34,8% |
| Interinidad | 35 | 14% |
| Sustitución / eventual | 128 | 51,2% |

Tabla 58. Turnicidad

| Turnos | Total | Porcentaje |
|---------------|--------------|-------------------|
| Sí | 238 | 90,1% |
| No | 25 | 9,9% |

Dentro de las jornadas, la más frecuente resultó ser la jornada completa que fue indicada por 179 participantes (77,2%), seguido de la jornada parcial en el caso de 53 participantes (22,8%). Dentro de la jornada completa el mínimo de horas trabajadas semanalmente fue de 31 y el máximo de 51, con una media de 36.9. Dentro de la jornada parcial el mínimo de horas fue de 10 y el máximo de 35, con una media de 21.5 (véase tabla 59).

Tabla 59. Horas semanales trabajadas según tipo de jornada

| Tipo de jornada | Horas mínimas semanales | Horas máximas semanales | Media de horas semanales |
|-------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Jornada completa | 31 | 51 | 36,8 |
| Jornada parcial | 10 | 35 | 21,5 |

En cuanto al número de pacientes asignados en el último turno, el mínimo fue de 0 y el máximo de 30, con una media de 11,1 (véase tabla 60). Aquellas que tienen 0 pacientes están de refuerzo de las que tienen asignación de pacientes y/o realizan tareas administrativas. Relativo al turno, 140 enfermeras indicaron haber realizado su último turno de mañana (56,2%), 61 de tarde (24,5%) y 48 de noche (19,3%). Dentro del turno de mañanas, la mínima fue de 0 pacientes asignados y la máxima de 30, con una media de 10,1. En el turno de tarde, la mínima de pacientes asignados fue de 6 y la máxima de 16, con una media de 11,8. Mientras que, en el turno de noche, la mínima fue de 4 y la máxima de 20, con una media de 13. (Véase tabla 61)

Tabla 60. Rango y media del número de pacientes asignados

| | Mínima | Máxima | Media (DE) |
|---|---------------|---------------|-------------------|
| Pacientes asignados en el último turno | 0 | 30 | 11,1 (3,6) |

Tabla 61. Relación de enfermeras por turno y asignación de pacientes por turno
*Generalmente están de refuerzo y/o realizando labores administrativas.

| Turno | Total | Porcentaje | Mínimo pacientes asignados | Máximo pacientes asignados | Media pacientes asignados |
|--------|-------|------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Mañana | 140 | 56,20% | 0* | 30 | 10,1 |
| Tarde | 61 | 24,50% | 6 | 16 | 11,8 |
| Noche | 48 | 19,30% | 4 | 20 | 13 |

Diferencias según el tiempo ejerciendo como enfermera en las dimensiones

Tras la realización de la prueba de correlación de Pearson, en rasgos generales, se ha observado que a mayor tiempo trabajando en el HUD, disminuyen las respuestas positivas y aumentan las negativas. Además, se han hallado diferencias estadísticamente significativas en las correlaciones negativas entre el tiempo en el hospital y la media de respuestas positivas en el “Trabajo en equipo” y el “Feed-back y comunicación sobre errores” y correlaciones positivas con las medias de respuestas negativas de las dimensiones “Percepción de seguridad”, “Trabajo en equipo” y “Dotación de personal” (véanse tablas 62 y 63). Lo que indica que a más tiempo en el hospital las respuestas positivas de las primeras dimensiones disminuyen, y aumentan las negativas en las segundas. (Véase resto de resultados en las tablas 35 y 36 en anexo 5)

Tabla 62. Correlación entre las respuestas positivas y el tiempo en el hospital (preg.47)
(Correlación de Pearson)

| Dimensiones | | Tiempo ejerciendo en el HUD |
|---|-------------|-----------------------------|
| Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio (Dimensión 5) | Correlación | -0,174** |
| | p | 0,006 |
| Feed-back y comunicación sobre errores (Dimensión 7) | Correlación | -0,145* |
| | p | 0,022 |

Tabla 63. Correlación entre las respuestas negativas y el tiempo en el hospital (preg.47) (Correlación de Pearson)

| Dimensiones | | Tiempo ejerciendo en el HUD |
|--|-------------|-----------------------------------|
| Percepción de seguridad (Dimensión 2) | Correlación | 0,220** |
| | p | 0,001 |
| Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio (Dimensión 5) | Correlación | 0,227** |
| | p | 0,000 |
| Dotación de personal (Dimensión 9) | Correlación | 0,132* |
| | p | 0,038 |

Se utilizó la prueba de correlación de Pearson para medir la relación entre el tiempo trabajado en la unidad y las respuestas a las dimensiones. Se determinó una correlación positiva estadísticamente significativa con las respuestas positivas de la dimensión 6 “Franqueza en la comunicación”, con lo que a más tiempo en la unidad más positivas son las respuestas otorgadas (véase tabla 64). En términos generales, en las respuestas positivas se dan correlaciones negativas y en las respuestas negativas se dan correlaciones positivas, esto es, podríamos decir que como en las dimensiones de edad y de experiencia, a mayor tiempo ejerciendo las respuestas son más críticas. (Véanse resto de resultados en tablas 37 y 38 en anexo 5)

Tabla 64. Correlación entre las respuestas positivas y el tiempo en la unidad (preg.48)
(Correlación de Pearson)

| Dimensión | | P.47 |
|---|-------------|-------|
| Franqueza en la comunicación (Dimensión 6) | Correlación | ,141* |
| | p | 0,027 |

Para medir las diferencias entre el tipo de contrato y las respuestas a las dimensiones se utilizó un contraste ANOVA. Se comprobaron diferencias significativas en algunas dimensiones. Tras lo cual se realizó la prueba post-hoc de Bonferrini con la que se observó, por un lado, que las sustitutas otorgan respuestas más positivas que las interinas en la “Percepción de seguridad” y que las indefinidas en el “Trabajo en equipo entre unidades”. Por otro lado, en cuanto a las respuestas negativas, en las tres dimensiones se observan diferencias estadísticamente significativas entre las indefinidas y las sustitutas, siendo las indefinidas quienes más respuestas negativas otorgan a las “Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad” y “Feed-back y

comunicación sobre errores”, pero son las interinas quienes más negativamente responden acerca de la “Percepción de Seguridad”. Véanse estos resultados en las tablas 65, 66, 67 y 68 y el resto de los resultados pueden consultarse en las tablas 39, 40, 41 y 42 en anexo 5.

Tabla 65. Media de % de respuestas positivas según contrato (Preg. 49) (ANOVA)

| Dimensión | Contrato | N | Media | DE | F | p |
|---|-------------|-----|-------|-------|-------|-------|
| Percepción de Seguridad (Dimensión 2) | Indefinido | 86 | 32,07 | 27,82 | 3,934 | 0,021 |
| | Interinidad | 35 | 27,14 | 25,99 | | |
| | Sustitución | 128 | 40,23 | 29,28 | | |
| Trabajo en Equipo entre unidades (Dimensión 11) | Indefinido | 87 | 33,33 | 32,27 | 5,906 | 0,003 |
| | Interinidad | 35 | 35 | 30,71 | | |
| | Sustitución | 128 | 48,05 | 33,73 | | |

Tabla 66. Media de % de respuestas negativas según contrato (Preg. 49) (ANOVA)

| Dimensión | Contrato | N | Media | DE | F | p |
|--|-------------|-----|-------|-------|-------|-------|
| Percepción de Seguridad (Dimensión 2) | Indefinido | 86 | 47,48 | 26,51 | 7,001 | 0,001 |
| | Interinidad | 35 | 52,14 | 25,99 | | |
| | Sustitución | 128 | 36,78 | 25,92 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (Dimensión 3) | Indefinido | 86 | 15,31 | 25,85 | 3,458 | 0,033 |
| | Interinidad | 35 | 11,43 | 20,42 | | |
| | Sustitución | 127 | 7,28 | 19,3 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (Dimensión 7) | Indefinido | 87 | 28,35 | 31,04 | 4,133 | 0,017 |
| | Interinidad | 35 | 21,9 | 31,25 | | |
| | Sustitución | 128 | 16,67 | 27,43 | | |

Tabla 67. Post-hoc de Bonferroni para las variables con $p < 0,05$ en las respuestas positivas

| Dimensión | Tipo de contrato | | Diferencia de medias (I-J) | p |
|---|------------------|-------------|----------------------------|-------|
| Percepción de Seguridad (Dimensión 2) | Indefinido | Interinidad | 4,93079 | 1,000 |
| | | Sustitución | -8,16073 | 0,120 |
| | Interinidad | Indefinido | -4,93079 | 1,000 |
| | | Sustitución | -13,09152 | 0,049 |
| | Sustitución | Indefinido | 8,16073 | 0,120 |
| | | Interinidad | 13,09152 | 0,049 |
| Trabajo en Equipo entre unidades (Dimensión 11) | Indefinido | Interinidad | -1,66667 | 1,000 |
| | | Sustitución | -14,71354 | 0,004 |
| | Interinidad | Indefinido | 1,66667 | 1,000 |
| | | Sustitución | -13,04688 | 0,115 |
| | Sustitución | Indefinido | 14,71354 | 0,004 |
| | | Interinidad | 13,04688 | ,115 |

Tabla 68. Post-hoc de Bonferroni para las variables con $p < 0,05$ en las respuestas negativas

| Dimensión | Tipo de contrato | | Diferencia de medias (I-J) | p |
|--|------------------|-------------|----------------------------|-------|
| Percepción de Seguridad (Dimensión 2) | Indefinido | Interinidad | -4,66224 | 1,000 |
| | | Sustitución | 10,69677 | 0,011 |
| | Interinidad | Indefinido | 4,66224 | 1,000 |
| | | Sustitución | 15,35900 | 0,007 |
| | Sustitución | Indefinido | -10,69677 | 0,011 |
| | | Interinidad | -15,35900 | 0,007 |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (Dimensión 3) | Indefinido | Interinidad | 3,88151 | 1,000 |
| | | Sustitución | 8,02661 | 0,028 |
| | Interinidad | Indefinido | -3,88151 | 1,000 |

| | | | | |
|--|-------------|-------------|-----------|-------|
| | | Sustitución | 4,14511 | 0,970 |
| | Sustitución | Indefinido | -8,02661 | 0,028 |
| | | Interinidad | -4,14511 | 0,970 |
| Feed-back y comunicación sobre errores (Dimensión 7) | Indefinido | Interinidad | 6,44773 | 0,816 |
| | | Sustitución | 11,68582 | 0,013 |
| | Interinidad | Indefinido | -6,44773 | 0,816 |
| | | Sustitución | 5,23810 | 1,000 |
| | Sustitución | Indefinido | -11,68582 | 0,013 |
| | | Interinidad | -5,23810 | 1,000 |

Se midió la relación entre la turnicidad y las medias de las respuestas de las dimensiones mediante la prueba U de Mann-Whitney con la que se han detectado diferencias significativas en algunas dimensiones. En cuanto a las respuestas positivas, quienes tienen turnos rotatorios han contestado más positivamente a la dimensión 12 “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades” y en cuanto a las respuestas negativas, también quienes trabajan con turnos rotatorios han puntuado más negativamente en la dimensión 7 “Feed-back y comunicación sobre errores” (véanse tablas 69 y 70). Véanse resto de resultados en las tablas 43 y 44 del anexo 5.

Tabla 69. Media de % de respuestas positivas según turnicidad (preg.52) (U de Mann-Whitney)

| Dimensión | Turnicidad | N | Media | (DE) | U Mann-Whitney | |
|---|------------|-----|-------|-------|----------------|-------|
| | | | | | Z | p |
| Problemas cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (Dimensión 12) | Sí | 228 | 53,91 | 33,05 | -2,13 | 0,034 |
| | No | 25 | 39 | 32,34 | | |

Tabla 70. Media de % de respuestas negativas según turnicidad (preg.52) (U de Mann-Whitney)

| Dimensión | Turnicidad | N | Media | (DE) | U Mann-Whitney | |
|--|------------|-----|-------|-------|----------------|------|
| | | | | | Z | p |
| Feed-back y comunicación sobre errores (Dimensión 7) | Sí | 228 | 19,74 | 28,03 | -1,81 | 0,07 |
| | No | 25 | 34,67 | 39,06 | | |

Se ha realizado una prueba de correlación de Pearson para valorar la relación entre las horas trabajadas semanales y las respuestas a las dimensiones, pero no se han detectado diferencias significativas. Véanse los resultados en las tablas 45 y 46 del anexo 5.

Se ha medido la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital a través de las dimensiones “Trabajo en equipo entre Unidades/Servicios” y “Problemas en cambios de turno y transición entre servicios”, pero debido al carácter positivo débil de ambas dimensiones y a la extensión de este apartado de resultados, pueden consultarte los resultados y su interpretación en el anexo 6.

V. 5. Cultura profesional

V. 5. 1. Experiencia según la clasificación de Benner

La totalidad de los distintos grupos según su experiencia como enfermera ha sido representado tal como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 71. Niveles de experiencia de las enfermeras según el criterio de Benner

| | Nº de enfermeras | Porcentaje |
|---------------------|------------------|------------|
| Novel | 59 | 23,9 % |
| Principiante | 69 | 27,9 % |
| Competente | 22 | 8,9 % |
| Eficiente | 31 | 12,6 % |
| Experta | 66 | 26,7 % |

Servicios previos

Fueron 122 (49%) quienes indicaron haber prestado servicios previos en otros ámbitos distintos al HUD. En concreto, 56 (22,6%) en Atención Primaria, 40 (15,9%) en clínicas privadas, 24 (9,6%) en centros gerontológicos, 18 (7,2%) en otros hospitales de Osakidetza, 15 en otros Servicios de Salud de otras Comunidades Autónomas, 6 (2,4%) como enfermeras de empresa, 4 (1,6%) tenían experiencia en otros Sistemas

Sanitarios de otros países, 3 (1,2%) habían trabajado en ambulancias, 2 (0,8%) en la docencia y 1 en una ONG.

V. 5. 2. Formación

En cuanto a la titulación, además de la Diplomatura o Grado de Enfermería, que todas las participantes poseen, dentro de los estudios de postgrado de Enfermería, 7 indicaron ser licenciadas, 2 especialistas y 11 poseer un título de Máster (véase tabla 72). En relación a otras titulaciones, 32 indicaron ser diplomadas o graduadas en otras disciplinas, 8 licenciadas y 5 tenían un título de máster (véase tabla 73).

Tabla 72. Estudios de postgrado dentro de la Enfermería

| Estudios de Enfermería | Total | Porcentaje |
|-------------------------------|--------------|-------------------|
| Solo Diplomatura/Grado | 228 | 91,90% |
| + Licenciatura | 7 | 2,80% |
| + Máster | 11 | 4,40% |
| + Especialidad | 2 | 0,80% |

Tabla 73. Otras titulaciones no enfermeras

| Otros estudios | Total | Porcentaje |
|---------------------------|--------------|-------------------|
| Diplomado-Graduado | 32 | 13,10% |
| Licenciatura | 8 | 3,30% |
| Máster | 5 | 2,00% |

Diferencias entre la cultura profesional y las dimensiones

La relación entre las medias de porcentajes de respuestas obtenidas en las dimensiones y el tiempo ejerciendo como enfermera se midió a través de la prueba de correlación de Pearson. En términos generales, en las respuestas positivas la correlación es negativa, mientras que en los negativos la correlación es positiva, siendo algunas de ellas estadísticamente significativas (véanse tablas 74 y 75). Con lo que según aumenta

el tiempo de ejercicio profesional disminuyen las respuestas positivas y aumentan las negativas en las dimensiones mencionadas. (Véanse resto de resultados en las tablas 47 y 48 del anexo 5)

Tabla 74. Correlación entre las respuestas positivas y el tiempo de ejercicio (preg.46) (Correlación de Pearson)

| Dimensiones | | Tiempo de ejercicio profesional |
|---|-------------|--|
| Percepción de seguridad (Dimensión 2) | Correlación | -0,146* |
| | p | 0,022 |
| Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio (Dimensión 5) | Correlación | -,200** |
| | p | 0,002 |
| Feed-back y comunicación sobre errores (Dimensión 7) | Correlación | -0,181** |
| | p | 0,004 |
| Dotación de personal (Dimensión 9) | Correlación | -,132* |
| | p | 0,038 |
| Trabajo en equipo entre unidades (Dimensión 11) | Correlación | -0,157* |
| | p | 0,013 |

Tabla 75. Correlación entre las respuestas negativas y el tiempo de ejercicio (preg.46) (Correlación de Pearson)

| Dimensiones | | Tiempo de ejercicio profesional |
|---|-------------|--|
| Percepción de seguridad (Dimensión 2) | Correlación | 0,229** |
| | p | 0,000 |
| Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio (Dimensión 5) | Correlación | 0,193** |
| | p | 0,002 |
| Feed-back y comunicación sobre errores (Dimensión 7) | Correlación | 0,160* |
| | p | 0,012 |
| Dotación de personal (Dimensión 9) | Correlación | 0,151* |
| | p | 0,017 |
| Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (Dimensión 10) | Correlación | 0,130* |
| | p | 0,041 |

Diferencias según los niveles de Benner de clasificación de enfermeras según su experiencia y competencias

Se analizó la relación entre los distintos niveles y la calificación de la SP mediante la prueba de Kruskal-Wallis para la que no se hallaron diferencias significativas (véase tabla 49 en anexo 5)

Se realizó un contraste entre el número de incidentes notificados y los distintos niveles de experiencia mediante la prueba de Kruskal-Wallis para la que no se hallaron diferencias significativas (véase tabla 50 en anexo 5). Sin embargo, posteriormente se realizó la prueba de U de Mann-Whitney con la que sí se pudieron determinar las siguientes diferencias significativas (véase tabla 51 en anexo 5):

- Las enfermeras principiantes (entre 3 meses y 1 año en la unidad) declaran más incidentes que las noveles (<3 meses en la unidad)
- Las enfermeras competentes (entre 1 y 3 años en la unidad) declaran más incidentes que las noveles y son quienes más declaran.

A través de un contraste con la prueba Chi-cuadrado ($p < 0,005$) entre el número de errores de medicación y los distintos niveles de experiencia se observó que según aumenta la experiencia también lo hacen el número de errores cometidos (véase tabla 52 en anexo 5). De tal forma que son las noveles quienes menos errores cometen y las eficientes y las expertas quienes más.

Se realizó un contraste entre el número de errores de medicación y los distintos niveles mediante la prueba Kruskal-Wallis pero no se obtuvieron diferencias significativas (véase tabla 53 en anexo 5). También se realizó un contraste entre el grupo de las noveles con el resto a través de la prueba U de Mann-Whitney con la que sí se obtuvieron diferencias significativas con el grupo de las eficientes (entre 3 y 5 años en la unidad) y con las expertas (>5 años). Siendo en todos los casos las noveles quienes menos errores de medicación han tenido y las eficientes quienes más, seguidas de las expertas. (Véase tabla 54 en anexo 5)

Igualmente se realizó un contraste entre el número de caídas y los distintos niveles mediante la prueba de Chi-Cuadrado ($p < 0,005$) con la que también se observó una tendencia ascendente entre la experiencia y el número de errores, pero no exacta como en el caso de los errores de medicación (véase tabla 55 en anexo 5)

Se analizó la relación entre el número de caídas y los distintos grupos de experiencia mediante la prueba de Kruskal-Wallis con la que no se hallaron diferencias significativas (véase tabla 56 en anexo 5). Asimismo, se realizó un contraste en el grupo de las noveles con el resto de grupos mediante la prueba U de Mann-Whitney con la que sí se hallaron diferencias significativas con todos menos el de las competentes (1-3 años). Una vez más las noveles son quienes menos eventos adversos indican. En este

caso, son las principiantes quienes más caídas indican, seguidas de las eficientes, competentes y expertas, por este orden (véase tabla 57 en anexo 5).

Diferencias para la formación en las dimensiones

Se realizó la prueba Kruskal-Wallis para analizar la relación entre títulos postgrado (Licenciatura, Master y Doctorado) de Enfermería y las respuestas a las dimensiones, pero no se hallaron diferencias significativas (véanse tablas 58 y 59 en anexo 5).

Se midió la relación entre la posesión de otras titulaciones superiores y las respuestas a las dimensiones a través de la prueba Kruskal-Wallis. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas positivas en el “Trabajo en equipo”, “Comunicación franca”, “Respuesta no punitiva” y “Problemas en el cambio de turnos y transiciones entre servicios/unidades”, no así en las respuestas negativas. Posteriormente se realizó la prueba U-Mann Whitney bivariadas para esas dimensiones con diferencias significativas. En términos simplificados, quienes tienen mayor titulación responden de forma más positiva a la percepción de seguridad. (Véanse tablas 60, 61 y 62 en anexo 5)

Se analizaron también la relación entre los distintos servicios previos realizados y las respuestas a las dimensiones, donde no se encontraron prácticamente diferencias estadísticamente significativas. Estos resultados quedan reflejados desde la tabla nº 63 a la 87 en el anexo 5, ambas inclusive.

V. 6. Fortalezas y debilidades

Resumen de las fortalezas y debilidades en el clima de seguridad del HUD percibidas por las enfermeras de unidades médico-quirúrgicas

A continuación, se presentan las dimensiones e ítems que han sido identificadas como fortalezas o como debilidades u oportunidades de mejora indicándose el porcentaje de respuestas obtenido y ordenadas de mayor a menor.

FORTALEZAS (> 75% de las respuestas de carácter positivo):

Tan solo una de las dimensiones puede ser identificada como fortaleza, pero cabe señalar otras dos por el elevado número de respuestas obtenidas y que por tanto resultan reforzadas en su conjunto:

Tabla 76. Dimensiones con mayores respuestas positivas

| Dimensión | Puntuación |
|---|------------|
| “Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio” (Dimensión 5) | 78,9%. |
| “Expectativas y acciones de la supervisión de la Unidad que favorecen la seguridad” (Dimensión 3) | 68,3%. |
| “Aprendizaje organizacional/mejora continua” (Dimensión 4) | 61,9%. |

De manera individual son 6 los ítems que podemos considerar como fortalezas, todos ellos han logrado porcentajes elevados de respuestas positivas y 5 forman parte de las dimensiones que hemos señalado como fortaleza o por su carácter positivo:

Tabla 77. Preguntas consideradas fortalezas

| Pregunta | Puntuación |
|--|------------|
| El personal se apoya mutuamente | 84,6% |
| Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros | 84% |
| Mi superior/jefe no pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente | 81,8% |
| Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo | 77,7% |
| En esta unidad nos tratamos todos con respeto | 76,4% |
| Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, no lo utilizan en tu contra | 72,9% |

DEBILIDADES U OPORTUNIDADES DE MEJORA (> 50% de las respuestas de carácter negativo):

Al analizar las dimensiones en su conjunto tan solo una de las dimensiones puede ser identificada como fortaleza, pero cabe señalar otras dos por el elevado número de respuestas obtenidas y que por tanto resultan reforzadas en su conjunto:

Tabla 78. Dimensiones consideradas debilidades

| Dimensión | Puntuación |
|--|------------|
| “Dotación de personal” (Dimensión 9): | 67% |
| “Apoyo de la gerencia del hospital en la SP (Dimensión 10) | 54,7% |
| “Percepción de seguridad” (Dimensión 2) | 43,1% |

De manera individual, son 8 los elementos clasificados como debilidades y oportunidades de mejora, algunos con porcentajes muy elevados de respuestas negativas:

Tabla 79. Preguntas consideradas debilidades

| Pregunta | Puntuación |
|--|------------|
| A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora | 78,8% |
| Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa | 76,7% |
| Se aumenta el ritmo de trabajo aunque eso implica sacrificar la SP | 70,9% |
| Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo | 63,2% |
| La gerencia o la dirección del hospital no facilita un clima laboral que favorece la SP | 62% |
| La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la SP cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente | 59,3% |
| No se producen más fallos por casualidad | 57,8% |
| Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas | 51% |

V. 7. Las dimensiones en la calificación del clima de seguridad

Recordemos que la calificación del clima de seguridad ha sido puntuada a través de una escala de 0 a 10. Tal como vimos en páginas anteriores la calificación media fue de 7,2 y mediana de 7,5, con un 25% de participantes que indicaron una calificación por debajo de 6,5 y otro 25% que lo hicieron por encima de 8.

La influencia que las distintas dimensiones tienen sobre la calificación del clima de seguridad y la correlación que existe entre ellas se refleja en una matriz de

correlaciones (Correlación de Pearson) en el anexo 7. Se observa que existe una relación directa entre las respuestas de carácter positivo de las dimensiones y la percepción del clima de seguridad (r de Pearson, $p < 0,000$ en 6 dimensiones). A continuación, se indican las dimensiones que tienen un coeficiente de correlación mayor ($p < 0,000$) con la calificación del clima de seguridad siguiendo un orden de mayor a menor:

- “Percepción de seguridad” (Dimensión 2) $r=0,571$ ($p < 0,000$)
- “Trabajo en equipo entre unidades” (Dimensión 11) $r=0,445$ ($p < 0,000$)
- “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades” (Dimensión 12) $r=0,390$ ($p < 0,000$)
- “Aprendizaje organizacional/mejora continua” (Dimensión 4) $r=0,363$ ($p < 0,000$)
- “Feed-back y comunicación sobre errores” (Dimensión 7) $r=0,328$ ($p < 0,000$)
- “Franqueza en la comunicación” (Dimensión 6) $r=0,302$ ($p < 0,000$)
- “Frecuencia de eventos notificados” (Dimensión 1) $r=0,302$ ($p < 0,000$)

Dos de los coeficientes de correlación más bajos los presentan las dimensiones que hemos clasificado como las más débiles anteriormente:

- “Dotación de personal” (Dimensión 9): $r=0,197$ ($p < 0,010$)
- “Apoyo de la gerencia del hospital en la SP” (Dimensión 10): $r=0,204$ ($p < 0,007$)

Los coeficientes de correlación más altos ($p < 0,000$) y de mayor consistencia entre dimensiones, y que por tanto tienen mayor fiabilidad son las siguientes:

- “Feed-back y comunicación sobre errores” (Dimensión 7) con “Franqueza en la comunicación” (Dimensión 6) ($r=0,521$) y con “Frecuencia de eventos notificados” (Dimensión 1) ($r=0,500$)
- “Trabajo en equipo entre unidades” (Dimensión 11) con “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades” (Dimensión 12) ($r=0,533$)

En cuanto a la correlación (Correlación de Pearson) entre las respuestas de carácter negativo entre cada una de las dimensiones y con la calificación del clima de seguridad (correspondiente a la pregunta nº 43) observamos que cuando disminuye la percepción de seguridad aumentan las respuestas negativas. (Véase anexo 7)

Capítulo VI. Discusión

El instrumento utilizado, el CEHSP, ha sido considerado largo por algunas de las personas participantes. Éste parte de uno adaptado y validado al contexto español por el Ministerio de Sanidad^{1,2} y que ha sido usado en un estudio en hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) midiendo la cultura de seguridad de distintos profesionales sanitarios^{3,4}. Ambos parten del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture⁵ que ha sido utilizado para conocer la percepción de los profesionales de la salud en Estados Unidos⁷. Este cuestionario también ha sido adaptado y usado en distintos contextos como, el mejicano⁷, el omaní⁸ y el jordano⁹, para medir la percepción de las enfermeras, tal como hemos realizado en el nuestro. En todas estas investigaciones el objetivo final ha sido conocer la percepción de los profesionales sobre la cultura de seguridad del paciente en sus hospitales para identificar fortalezas y debilidades que sirvan de punto de partida para la realización de estrategias de mejora.

Estos puntos en común nos permiten la comparación de nuestros resultados con los hallazgos de los citados. No obstante, en los últimos años se está estudiando la seguridad del paciente desde distintos ángulos, entre los que se encuentran los cuidados y las condiciones laborales enfermeras. Por lo tanto, aunque se utilicen distintos instrumentos y otro tipo de metodología, hemos intentado recoger sus resultados principales para confrontarlos con los nuestros y así enriquecer la discusión.

Resumiendo estos estudios, podemos indicar que las condiciones laborales enfermeras tienen una influencia sobre la seguridad del paciente. Las principales fortalezas son el trabajo en equipo, el apoyo de la supervisora en la seguridad del paciente y el aprendizaje organizacional para la mejora continua. Las debilidades más destacadas son la falta de dotación de personal. En nuestro contexto también destaca negativamente la falta de apoyo gerencial, mientras que en el contexto internacional la respuesta punitiva ante los errores.

En nuestro estudio, a pesar de la extensión del cuestionario, la respuesta ha sido aceptable y la colaboración de las unidades ha sido muy buena. Han participado 260 enfermeras cumplimentando los cuestionarios, superando las 247 que habíamos calculado para la muestra, lo que supone que la tasa de respuesta ha sido del 47,1%. La recogida de datos se ha realizado en única fase, lo que pone de relieve la buena participación de las enfermeras y el interés y la acogida por parte de la Dirección de Enfermería, supervisoras y enfermeras. Esto también ha sido expresado a lo largo de la recogida de datos, lo que creemos que puede interpretarse como una forma de manifestación de las inquietudes y preocupaciones de este colectivo profesional.

En nuestro estudio la tasa de respuesta ha sido superior a otros en las que también se ha utilizado la misma encuesta. En el caso del estudio realizado por el Ministerio de Sanidad³, la tasa de respuesta fue del 40%, en el que se recogieron 2503

cuestionarios cumplimentados por enfermeras (61,1%), médicos (30,2%) y farmacéuticos (1,3%) de 24 hospitales públicos españoles. Entre los estudios en los que se usó el mismo cuestionario base, encontramos que la tasa de respuesta más elevada fue del 83,1% en el desarrollado en Jordania donde participaron 658 enfermeras de 21 hospitales⁹. El número de participantes más elevado se ha dado en un estudio realizado en Estados Unidos donde se usó el cuestionario Hospital Survey, en el que participaron 1128 hospital y un total de 567.703 profesionales sanitario⁶

Como ya hemos indicado en la parte de análisis de la metodología, no se han descrito los resultados diferenciando las especialidades de las unidades para garantizar su anonimato y el de las enfermeras participantes. De esta forma, las unidades fueron agrupadas en servicios médicos y quirúrgicos. A pesar de que la plantilla de enfermeras del servicio médico (299 enfermeras) es superior a la del quirúrgico (253 enfermeras), se obtuvo mayor número de cuestionarios cumplimentados de este último (107 y 153 respectivamente), siendo la tasa de respuesta del servicio médico del 35,8% y del quirúrgico del 60,4%.

La media de edad de las enfermeras fue de 38,3 años, con un amplio rango de edad desde los 21 a los 60. En nuestro estudio las enfermeras menores de 45 años han supuesto el 67% y el 33% restante tienen una edad comprendida entre 45 y 60 años. Según datos del INE¹⁰, las enfermeras españolas con edad inferior a 45 años representan el 58,3% del total y el 41,7% restante tiene entre 45 y 64 años. Nuestros datos probablemente se expliquen por el mayor número de enfermeras eventuales, principalmente jóvenes, que trabajan durante las vacaciones de verano que es cuando se realizó la recogida de datos. En cuanto al sexo, el 94,8% han sido mujeres y el 5,2% hombres. Se refleja la amplia mayoría de mujeres que ejerce esta profesión, lo cual se corresponde con los datos recogidos por el INE¹⁰, según el cual el 84,3% de las enfermeras españolas son mujeres y el 15,7% hombres. Sin embargo, opinamos que los hombres están infrarrepresentados en nuestro estudio.

En nuestro estudio, la media del tiempo ejerciendo como enfermera fue de 14,7 años, con una oscilación entre 1 mes y 39 años. La antigüedad media trabajando en el Hospital Universitario Donostia (HUD) fue de 11,4 años, con una variación entre 1 mes a 39 años, mientras que la media del tiempo trabajado en la unidad actual fue de 4,8 años, con una oscilación entre 5 días y 39 años. Lo que es un reflejo de movilidad interna a la que están acostumbradas las enfermeras en los hospitales públicos. En el estudio desarrollado por el Ministerio de Sanidad³ en los hospitales públicos españoles donde se midió la cultura de seguridad del paciente en médicos, enfermeras y farmacéuticos, el 90% indicó llevar trabajando más de 6 años en su hospital, pero tan solo el 65% indicó llevar 6 años en su unidad o servicio, lo que también se explicó por la movilidad de las enfermeras.

Nuestros datos sociodemográficos son similares a los del estudio realizado en 4 hospitales públicos de Omán a 414 enfermeras, con una edad media de 35 años y 12,6 años de experiencia en sus hospitales, siendo el 89,6% mujeres y la mayoría de ellas licenciadas y diplomadas⁸. Estos datos varían en el estudio llevado a cabo en 21

hospitales –públicos y privados- en Jordania a 658 enfermeras, donde las enfermeras tenían una edad media de 30 años, la mayoría de ellas eran licenciadas (87,1%) y el resto diplomadas; En cuanto al sexo, el 59,9% eran mujeres y el 40,1% hombres y su antigüedad media en el hospital fue de 6,3 años y en la unidad de 4,8 años⁹. En el estudio mexicano formaron parte 157 enfermeras de un hospital público, de las cuales el 36,8% eran licenciadas, el 75% había trabajado menos de 15 años en el hospital y el 85% menos de 15 años en la unidad⁷. Lo anterior es un reflejo del abanico que conforma el colectivo enfermero.

En la interpretación de estos datos sociodemográficos y básicos de las enfermeras participantes, en nuestro estudio hemos observado que la edad influye en la percepción de la seguridad de tal forma que cuando aumenta la edad disminuyen las respuestas positivas y aumentan las negativas, tendencia que se repite entre las enfermeras jordanas⁹. Sin embargo, esta relación no se ha dado en el contexto omaní, donde el aumento de la edad está relacionado con un aumento de las respuestas positivas⁸. En nuestro estudio, además, hemos observado que el sexo también ha influido en la percepción general de la seguridad, siendo las mujeres quienes contestan de manera más negativa.

Eventos adversos y clima de seguridad

El 37% de las enfermeras indicó haber tenido alguno de los dos tipos de eventos adversos estudiados (errores de medicación y caídas) y el 63% no tuvo ninguno de éstos. El 36,8% afirmó haber cometido un error de medicación, con una media de errores de 1,8, y un rango de 1 a 6. El 37,3% indicó haber tenido caídas, con una media de 2 caídas por enfermera y rango de 1 a 11. Se constató la sensibilidad de estos indicadores a los cuidados enfermeros debido a su alta frecuencia en nuestro estudio.

En términos generales, se ha observado que quienes han cometido errores de medicación o han tenido caídas entre sus pacientes tienen una percepción más negativa sobre la seguridad y sobre el apoyo de la gerencia del hospital. Además, la comisión de errores de medicación específicamente se ha relacionado con una percepción negativa sobre las acciones que realiza la supervisora para mejorar la SP, el aprendizaje organizacional, el proceso de feed-back y comunicación sobre errores y la dotación de personal.

Resulta complicada la comparación de estos datos ya que en la bibliografía científica es común encontrar la incidencia de eventos adversos por paciente, no así por enfermera.

El 73,8% indicó no haber notificado ningún incidente en el último año, frente a un 26,6% que sí lo hizo. La media de notificación de incidentes por enfermera fue de 0,5 y el rango de 0 a 6. En el estudio del Ministerio de Sanidad³ el 77,8% indicó no

haber notificado ningún incidente en el último año, pero debe considerarse que en su estudio el 93% de quienes contestaron tenían contacto directo con el paciente y que en el nuestro es del 100% y que dadas las características de las labores enfermeras es relativamente sencillo cometer errores.

Teniendo en cuenta que el total de eventos adversos recogidos ascendió a 341 (solo errores de medicación y caídas) y que el de notificación realizadas fue de 135, queda de relieve la baja notificación de eventos adversos y de incidentes que no hayan causado daños en los pacientes. Más aun considerando que en este estudio solo se han recogido los datos relativos a dos tipos de eventos adversos (errores de medicación y caídas) y no la totalidad de ellos. Esto supone que, si consideráramos los eventos adversos estudiados como la totalidad de los ocurridos, consideraríamos que el 39,6% fueron notificados. Esto puede deberse a que el personal tiene miedo a que los errores cometidos queden reflejados en su práctica, tal como quedó reflejado en las respuestas al CEHSP.

Calificación del clima de seguridad

La calificación media para el clima de seguridad en la unidad fue de 7,2 y la mediana de 7,5, con un 25% de participantes que indicaron una calificación por debajo de 6,5 y otro 25% que lo hicieron por encima de 8. Estos datos son muy similares a los recogidos por el estudio del Ministerio de Sanidad³, donde la calificación media fue de 7 y un 25% de los participantes otorgaron una calificación por debajo de 6 y otro 25% por encima de 8. Esto nos hace pensar que el clima de seguridad percibido en el HUD se corresponde al percibido en los de los demás hospitales públicos españoles, tratándose de una valoración moderadamente alta y mejorable. Estos datos también se corresponden con los hallazgos del estudio realizado en México donde la calificación del clima de seguridad fue de 7,92⁷.

A pesar de que la calificación del clima de seguridad es relativamente alta, el clima de seguridad también se mide con el número de notificaciones y las dimensiones “Frecuencia de notificación de eventos adversos” y “Percepción de seguridad”. Con lo que ha quedado reflejada, por un lado, la infranotificación de incidentes y por otro, la percepción negativa de las dimensiones. Concretamente, solo el 45,2% valora positivamente la “Frecuencia de notificación de eventos adversos” lo que viene a apoyar la baja notificación de incidentes observada. Asimismo, la “percepción de seguridad” tan solo es valorada positivamente por el 43,1% de enfermeras. Dentro de esta dimensión se recoge que el 70,9% considera que se aumenta el ritmo de trabajo aunque eso implica sacrificar la seguridad del paciente y el 57,8% opina que no se producen más fallos por casualidad. Estos datos son bastante similares a los obtenidos por el estudio del Ministerio de Sanidad³ en el que la “Frecuencia de notificación de eventos

adversos” es valorada positivamente por el 46,9% de los profesionales y la “percepción de seguridad” por el 48,4%.

Cultura de seguridad de la unidad/área

Dentro de los factores influyentes de la unidad hospitalaria en la seguridad del paciente han sido tres los destacados positivamente por las enfermeras del HUD: el trabajo en equipo, la supervisora y el aprendizaje organizacional para la mejora continua.

La dimensión “trabajo en equipo” ha sido valorada positivamente por el 78,9% de enfermeras. Dentro de esta dimensión, el 84,6% considera que el personal se apoya, el 76,4% que se tratan de manera respetuosa y el 84% que se colabora entre los profesionales cuando existe sobrecarga. Esto supone que en el HUD el trabajo en equipo sea valorado como una fortaleza por las enfermeras, lo que no sucede en el estudio del Ministerio de Sanidad³ donde el porcentaje de respuestas positivas fue 71,8%. Esta dimensión también resultó ser la mejor valorada en el estudio realizado a 414 enfermeras en hospitales omaníes, donde registró 83,4% de respuestas positivas⁸. Entre las enfermeras jordanas también fue la dimensión más valorada con un 79% de respuestas positivas, por lo que también se considera como una fortaleza en sus hospitales⁹. Esta dimensión también es la mejor valorada, con un 80% de respuestas positivas, por el estudio desarrollado en Estados Unidos en el que participaron un alto número de distintos profesionales sanitarios⁶. La misma percepción positiva también fue recogida por las enfermeras mexicanas⁷.

Las acciones realizadas por la supervisora para mejorar la seguridad del paciente han sido valoradas positivamente por el 68,3% de enfermeras. Destaca que el 81,8% considera que la supervisora no pasa por alto los problemas de seguridad del paciente habituales. En este caso la valoración de las enfermeras a las supervisoras también es más positiva que la recogida en el estudio del Ministerio de Sanidad³, donde los supervisores obtuvieron un 61,8% de respuestas positivas y también coincidió que se destacó que los supervisores no pasan por alto los problemas de seguridad del paciente habituales respaldado por el 73,1%. En la investigación de Estados Unidos también ésta fue la segunda dimensión mejor valorada, con un total del 75% de respuestas positivas⁶.

Las supervisoras de Enfermería tienen un papel clave a la hora de establecer y mantener la cultura de seguridad del paciente en sus unidades y centros, ya que pueden favorecer la involucración de las enfermeras que resultan cruciales en este proceso¹¹. En un estudio inédito con metodología cualitativa en la que se estudió los factores de permanencia de las enfermeras en el HUD, se destacó el papel de la supervisora como una figura muy importante que tiene la responsabilidad de organizar la unidad y que influye mucho en la satisfacción laboral. La supervisora fue considerada como un

motivo influyente en su permanencia para 5 de las 9 enfermeras entrevistadas¹². En un estudio cualitativo sobre la construcción de un equipo sanitario multidisciplinar desarrollado en el mismo hospital se destacó a la supervisora como líder y figura esencial para guiar y motivar a los miembros a participar activamente en el proceso y a adaptarse al cambio que también fue motivo de satisfacción para las enfermeras entrevistadas¹³. Esto es coincidente en diferentes contextos, donde el apoyo de la supervisora y de los gestores en la unidad hospitalaria influye sobre la satisfacción laboral y la calidad de los cuidados a los pacientes¹⁴. Las relaciones mantenidas entre las supervisoras y las enfermeras que sean de apoyo y empoderamiento pueden influir en las actitudes positivas de la enfermera aumentando su habilidad para ofrecer buenos cuidados a los pacientes¹⁴. La supervisora también influye en la relación entre los miembros del equipo y su sentimiento de pertenencia al mismo¹⁵. Lo cual está poniendo de relieve la positiva figura que resulta para nuestras enfermeras y su importante función en las unidades hospitalarias.

La dimensión sobre “el aprendizaje organizacional para la mejora continua” ha sido valorada positivamente por el 61,9%. Una amplia mayoría (el 77,7%) considera que se toman las medidas necesarias para evitar que un error vuelva a suceder y el 67,1% también opina que se realizan actividades con el fin de mejorar la seguridad del paciente, sin embargo, tan solo el 40,9% considera que los cambios realizados para mejorar la seguridad del paciente son evaluados para comprobar su efectividad. Esto podría entenderse como que se realizan medidas preventivas y se toman medidas una vez sucedido el fallo, pero que después no se percibe que se evalúen. El mismo patrón se repite en los hallazgos del estudio del Ministerio de Sanidad³ en los que el 54,4% valora positivamente el aprendizaje organizacional, destacando que el 76,8% considera que se toman las medidas necesarias para evitar que se repita un error, pero solo el 37,2% opina que estos cambios realizados son evaluados. Lo mismo sucede en el estudio a las enfermeras omaníes, donde esta dimensión alcanza el 81,1% de respuestas positivas y es especialmente valorada por las acciones que se están desarrollando para mejorar la seguridad del paciente y por considerar que éstas son evaluadas posteriormente para comprobar su eficacia⁸. Este último punto es valorado de manera negativa en nuestro contexto. El 76,6% de las enfermeras jordanas indicó haber recibido formación en seguridad del paciente⁹. En el estudio desarrollado en México, las enfermeras indicaron esta dimensión como la mejor valorada⁷. Estos hallazgos ponen de manifiesto las distintas estrategias que las organizaciones llevan a cabo y la falta de valoración posterior que parece percibirse en nuestro contexto.

La comunicación ha sido percibida de una manera neutra en lo que se refiere a cuestionar a los superiores, preguntar sobre procedimientos incorrectos, discutir maneras de evitar la repetición de errores y recibir información sobre los errores ocurridos y los procedimientos posteriores a la notificación de un incidente. La comunicación en general también es valorada de una manera neutra en el estudio del Ministerio de Sanidad³. La relativa neutralidad con la que es percibida la comunicación en estos estudios debería ser revisada ya que tal como indica la Joint Commission¹⁶ el 82% de los eventos registrados en 2010 fueron consecuencia de un fallo de

comunicación. La dimensión “feedback y comunicación de errores” a diferencia de los hallazgos en nuestro contexto, fue percibida como positiva entre las enfermeras omaníes con un 68,7% de respuestas positivas⁸.

En cuanto a la dimensión sobre las “acciones punitivas tras cometer un error”, el carácter de la dimensión es débil (con un 49,2% de respuestas positivas), ya que a pesar de que el 72,9% considera que la comisión de un error no es usada por los compañeros ni los superiores en contra de la persona, casi la mitad (el 46,7%) teme que éste quede reflejado en el expediente. Estos resultados son similares a los reflejados por el del Ministerio de Sanidad³ donde el 52,9% valoró positivamente la dimensión en general, el 68,7% consideró que los errores no son utilizados en contra, pero el 40% teme que éstos queden reflejados en su expediente. También en Estados Unidos fue la dimensión peor valorada con un 44% de respuestas positivas⁶. En los contextos omaní y jordano, esta dimensión es la peor valorada con tan solo un 21% de respuestas positivas en ambas, lo cual se debe al miedo de las enfermeras a notificar errores, situación que los autores explican se repite en su contexto a pesar del apoyo a la seguridad del paciente y el clima de seguridad de sus hospitales^{8,9}. Esta percepción negativa también se da entre las enfermeras mexicanas⁷.

En cuanto a los factores relativos a la unidad hospitalaria percibidos por las enfermeras como más débiles del HUD en relación a la seguridad del paciente destacan la dotación de personal y el apoyo de la gerencia del hospital.

La dotación de personal es percibida por el 67% de las enfermeras como el factor más negativo en relación a la seguridad del paciente. El 63,2% cree que no hay suficiente personal para hacer frente a la carga de trabajo, el 78,8% que en ocasiones no se puede ofrecer la mejor atención porque la jornada laboral es agotadora y el 76,7% que trabaja “bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa”. Al mismo tiempo, casi la mitad 49,4% afirma que a veces no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos. En el estudio del Ministerio de Sanidad³ esta dimensión también fue valorada como negativa con un 61,7% de respuestas negativas, dentro de la cual el 65,6% opinó que se trabaja bajo presión para realizar demasiadas tareas deprisa y el 70,4% que no siempre se puede ofrecer la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora. Todos los porcentajes de respuesta de nuestro estudio son más negativos, lo cual podría explicarse porque nuestros datos recogen exclusivamente la percepción de las enfermeras y el del Ministerio recoge las de médicos, enfermeras y farmacéuticos. Nuestros datos pueden estar reflejando el bajo ratio enfermera-paciente existente en España, que no se da entre los médicos, y la baja dotación de las plantillas enfermeras en los hospitales españoles. Esta dimensión también es valorada negativamente entre las enfermeras omaníes, ya que tan solo es percibida positivamente por el 27%⁸. Entre las enfermeras mexicanas también es una de las dimensiones peor valoradas, haciendo hincapié en que la jornada laboral es agotadora⁷.

Un adecuado ratio enfermera/paciente, la formación graduada de las enfermeras y un buen ambiente laboral se ha demostrado que repercuten sobre la satisfacción, la

calidad de cuidados y la seguridad del paciente y de las enfermeras a través de relevantes estudios internacionales¹⁷⁻²².

Esta percepción de aumento de carga laboral y estrés relacionado con el trabajo se ha reagudizado en países golpeados por la crisis económica como son España, Portugal e Italia, donde los recortes financieros están teniendo un impacto sobre las enfermeras²³. Lo cual ha quedado patente en un estudio internacional sobre la seguridad del paciente y la calidad de los cuidados en el que participaron 12 países europeos, incluida España, y Estados Unidos¹⁷. Se determinó que en los hospitales con mayor ratio paciente/enfermera, los pacientes dan una puntuación más baja al hospital y es más difícil que lo recomienden y las enfermeras indican percibir una calidad de cuidados y seguridad bajas¹⁷. En este estudio los pacientes españoles otorgaron las puntuaciones más bajas a sus hospitales¹⁷. En relación a estos hallazgos, encontramos los del grupo de investigación RN4CAST en España²⁴ que dentro de un proyecto europeo estudió la percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del SNS en el que participaron 5654 enfermeras, con una edad media de 37,5 años. El ratio paciente/enfermera fue de 11/1, la calidad de los cuidados fue calificada como buena por el 59% y el 46% valoró la seguridad del paciente en su unidad como buena, lo cual se corresponde con los datos obtenidos en nuestro estudio²⁴. Este estudio añadió que el entorno laboral es descrito como desfavorable por el 48% de las enfermeras, donde una vez más valoran de manera negativa la dotación de la plantilla y, además, la participación de las enfermeras en la toma de decisiones del hospital²⁴. Además, el 73% opinó que tenía que realizar tareas ajenas a su cometido, como contestar al teléfono y otras tareas administrativas; El 43% indicó no haber podido realizar educación sanitaria por falta de tiempo, el 39% no actualizaron los planes de cuidado y el 36% dejaron de hablar o de reconfortar al paciente, el 27% dejó sin preparar al paciente y familia para el alta y el 20% no registró adecuadamente los cuidados realizados²⁴. También se halló una correlación positiva entre la edad, la experiencia laboral y la percepción positiva del entorno laboral²⁴, a diferencia de nuestros resultados.

El apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente también es percibido como un factor negativo con un total de 54.7% de respuestas negativas. El 62% no considera que los mandos faciliten un clima laboral que favorezca la seguridad del paciente y el 59,3% opina que se interesan por la seguridad del paciente cuando ha acontecido algún evento adverso. Además, el 42,6% no está de acuerdo con que los mandos demuestren que la seguridad del paciente es una de sus prioridades. Los resultados de nuestro estudio en esta dimensión también son más negativos en comparación a los del Ministerio de Sanidad³ donde el 45,5% evaluó negativamente esta dimensión. La falta de apoyo gerencial también es común en contextos distintos al nuestro como en el omaní donde tan solo recibe el apoyo positivo del 25,2% de las enfermeras⁸.

Las políticas sobre la formación enfermera y la gestión de las plantillas enfermeras son una fuente de malestar para las enfermeras. También quedó demostrado en un estudio realizado en Cataluña para valorar áreas de mejora en la gestión del cuidado que las enfermeras expertas consideran que el factor organizativo más negativo

es la falta de un programa de tutorización previa a la incorporación en las unidades²⁵. Parece que los profesionales en general no se sienten apoyados por sus gerencias. En el caso particular de las enfermeras, la política y gestión de personal que se realiza en sus hospitales es percibida como negativa sobre la seguridad del paciente, tal como reflejan nuestros hallazgos.

Cultura organizacional

Podríamos decir que como en las dimensiones de edad y de experiencia, a mayor tiempo ejerciendo las respuestas de nuestras enfermeras son más críticas y otorgan más respuestas negativas. Sin embargo, en el contexto jordano la tendencia observada fue inversa, de tal forma que a mayor número de años de experiencia más positiva es la percepción que las enfermeras tienen de la seguridad del paciente, otorgando más repuestas positivas⁹.

En cuanto al tipo de contrato, el 34,8% (87 enfermeras) tenían un contrato indefinido con plaza en propiedad, el 14% (35 enfermeras) tenían un contrato de interinidad y el 51,2% (128 enfermeras) tenían contratos eventuales. Lo que supone que tan solo un tercio eran fijas, frente a un medio del total que eran sustitutas eventuales y una séptima parte que eran interinas (14%). Esto puede deberse a que el periodo en el que se realizó la recogida de datos coincidió con las vacaciones estivales, en el que se produce un aumento de la contratación de enfermeras sustitutas.

La temporalidad también es considerada como un factor influyente en la seguridad laboral y en la calidad de los cuidados prestados al paciente, dificultando la continuidad asistencial^{24,26}. También se ha relacionado el aumento de horas semanales con un empeoramiento de la percepción de la seguridad del paciente⁹.

La asignación de pacientes varió según el turno de la siguiente manera: en el de mañanas la media fue de 11,8 con un mínimo de 0 y un máximo de 30, lo que se explica mediante el papel de refuerzo o apoyo que cumplen algunas enfermeras en algunas unidades en este turno sin llegar a tener ningún paciente asignado y, por otro lado, porque en las unidades de hospital de día la cifra de pacientes que se atiende es muy amplia. En el turno de tarde la media fue de 11,8 y el rango varió desde 6 a 16 pacientes asignados.

La formación previa a la incorporación a la unidad fue referida por el 22% de las enfermeras encuestadas (56 frente a 198 que no recibieron formación alguna). En la mitad de los casos se limitó a la lectura de guías y protocolos sobre el funcionamiento y cuidados enfermeros de la unidad. La otra mitad recibió una formación o instrucción de forma personal sobre el funcionamiento, protocolos y cuidados enfermeros que fue realizada en 4 ocasiones por la supervisora y en otras 4 por otras enfermeras. En la mitad de los casos (7 ocasiones) duró unas horas o un día y en los demás casos 2, 3, 4, 7

y 14 días cada uno. También se han recogido los casos de dos enfermeras que informan sobre una práctica asistencial o “toma de contacto” realizada el día previo de manera voluntaria, lo que también ha sido recogido en la bibliografía científica a través de relatos biográficos²⁷ y demuestra la buena voluntad e interés por intentar ofrecer la mejor atención posible de nuestras enfermeras.

En cuanto a formación reglada, en el HUD se realizan periódicamente “cursos de formación” de 6 semanas en unidades específicas para que las enfermeras puedan entrar en las listas de contratación de esas unidades especializadas (p. e. Neonatos, Quirófano, Hemodiálisis, Reanimación, Urgencias de Pediatría...). Las unidades médicas y quirúrgicas no tienen este tipo de cursos y en la práctica realizar esta formación y formar parte de la lista específica no es un criterio imprescindible para trabajar en esas unidades.

De las 47 que indicaron haber recibido apoyo de otra compañera enfermera durante su incorporación a la unidad, tan solo una hizo referencia a que se trataba de una “enfermera de enseñanza”, figura de la que desconocemos más información. El resto indicaron que en 9 ocasiones fueron enfermeras fijas, en 5 fueron eventuales, en 4 eventuales del servicio de “retén” (enfermeras que cuentan con una cartelera definida pero no el servicio ni la unidad que se les comunica al comienzo del turno), en 6 fueron supervisoras y en una ocasión fue 1 alumna de Enfermería con más experiencia en la unidad que la enfermera novel.

Tanto en la formación como en el apoyo recibido durante la incorporación, observamos grandes diferencias en relación a lo recomendado por las asociaciones enfermeras internacionales y asociaciones relacionadas con la seguridad del paciente, como la Joint Commission^{28,29}. En la bibliografía científica existe un consenso sobre la necesidad de que sean las instituciones quienes garanticen la adaptación de las enfermeras noveles (entendiendo en este caso a las recién graduadas y las que sin serlo se incorporen por primera vez a una unidad) a sus nuevas unidades hospitalarias^{28,29}. También se recomienda un apoyo reglado durante el periodo de transición de las enfermeras recién graduadas con una duración mínima de 3 meses en el que se combine formación y el apoyo de enfermeras mentoras o tutoras formadas para ello, con el fin de favorecer la asunción de responsabilidades y desarrollo de competencias gradualmente, asegurando la seguridad tanto del paciente como de la propia enfermera^{28,29}.

En España esta formación institucionalizada no es habitual y la que se realiza no es comparable a la recomendada por organizaciones, asociaciones y bibliografía científica. Un ejemplo tenemos en la descripción de un programa de tutoría virtual de seguimiento a enfermeras noveles durante sus primeros 3 meses de contrato en el que se realizaron mínimo 3 contactos virtuales y 1 presencial en un hospital catalán³⁰. Se determinaron resultados positivos en el manejo del estrés de las enfermeras noveles y se identificó la plataforma virtual como un apoyo motivacional entre las noveles³⁰.

Este tipo de programas son desarrollados en los países occidentales asentados en los estudios y clasificación de los niveles de competencia y de experiencia de Benner²⁸.

También se enfatiza en distintos contextos la figura de la enfermera mentora o tutora, que coincide en ser una experta preparada para ejercer este rol de preceptora para las enfermeras recién graduadas³¹. El acompañamiento y apoyo de las enfermeras noveles por estas enfermeras facilita el periodo de transición^{28,31}. Si bien el análisis realizado sobre los grupos de experiencia y competencia siguiendo la clasificación de Benner y su relación con la seguridad del paciente arrojan información interesante, resulta difícil compararla ya que en la práctica en nuestro contexto no existe una clasificación de enfermeras según su grado de experiencia. Más aún cuando en los países occidentales sí existe y se establecen medidas y estrategias en torno a esta clasificación para favorecer la adaptación de las enfermeras recién graduadas garantizando su seguridad y la del paciente^{28,29}. Otro elemento a tener en cuenta es que en el mundo anglosajón las enfermeras no son generalistas sino que ya la formación universitaria también tiene algún grado de especialización lo que también dificulta la comparación de los datos con otros estudios internacionales.

Otras consideraciones a tener en cuenta es que la percepción de las enfermeras es un indicador de la calidad de los cuidados que se desarrollan en su hospital. También se ha corroborado que las enfermeras y los pacientes coinciden al indicar cuáles son los hospitales en los que se ofrecen mejores cuidados y los que recomendarían¹⁷, con lo que la percepción de las enfermeras debería valorarse más si cabe.

Siendo los núcleos centrales sobre los que se asientan los Hospitales Magnéticos: liderazgo enfermero, trabajo en equipo, buenas condiciones laborales incluyendo el ratio enfermera/pacientes y la participación en la toma de decisiones, consideramos que pueden ser también un foco de atención para establecer estrategias adecuadas en la gestión de los cuidados y personal enfermero³²⁻³⁴.

En resumen, en cuanto a la percepción de seguridad, las enfermeras califican muy positivamente el rol de la supervisora y sus acciones por favorecer la seguridad del paciente, así como el trabajo en equipo y muy negativamente la baja dotación de personal y el apoyo gerencial. Hay fortalezas y debilidades que se repiten independientemente de los profesionales sanitarios participantes y los contextos. Entre las fortalezas coincidentes en distintos estudios destaca en primer lugar el trabajo en equipo, la supervisora y el aprendizaje organizacional para la mejora y entre las debilidades situamos las respuestas punitivas antes los errores. En los estudios desarrollados en nuestro contexto y en los internacionales en los que solo participaban enfermeras, ha destacado la mala percepción sobre la dotación de personal. En nuestro contexto también ha destacado la baja valoración sobre el apoyo de los mandos gerenciales del hospital, algo que no sucedía en otros estudios.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf> [acceso 14/06/2014]
2. Gascón Cánovas Juan J, Saturno Hernández Pedro J, Grupo de Trabajo del Proyecto sobre Cultura de Seguridad del Paciente. Adaptación del cuestionario “Hospital survey on patient safety culture” para el análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: MSC; 2006.
3. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf [acceso 18/06/2014]
4. Saturno PJ, Da Silva ZA, de Oliveira-Sousa SL, Fonseca YA, De Souza-Oliveira AC, et al. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud Español. *Med Clín*. 2008; 131(3): 18-25.
5. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. [monografía en Internet]. Rockville: AHRQ; 2004. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf> [acceso 28/04/2015]
6. Sorra J, Famolaro T, Dyer N, Smith DNSA. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2012 user comparative database report. [monografía en Internet] Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2012/hospSurv121.pdf> [acceso 10/10/2015]
7. González Salinas J Fernanda, Castañeda Hidalgo Hortensia, Pineda Zúñiga M^a. de las Mercedes, Rangel Torres M^a. del Socorro, Melendez Méndez Concepción. Percepción de Enfermería acerca de la cultura de la seguridad del paciente. *Desarrollo Científ Enferm* [revista en Internet] 2012; 20(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/20/20-122.php> [acceso 10/10/2015]
8. Ammouri AA, Tailakh A., Muliira JK, Geethakrishnan R, Al Kindi SN. Patient safety culture among nurses. *International Nursing Review* [revista en Internet] 2015; 62: 102–110. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12159/full> [acceso 10/10/2015]
9. Khater WA, Akhu-Zaheya LM, AL-Mahasneh SI, Khater R. Nurses' perceptions of patient safety culture in Jordanian hospitals. *Int Nurs Rev*, [revista en Internet] 2015;

- 62: 82–91. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12155/epdf> [acceso 12/10/2015]
10. Instituto Nacional de Estadística. Notas de prensa. 27 de mayo de 2015. Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados. Año 2014. [monografía en Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2015. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np909.pdf> [acceso 04/11/2015]
 11. Groves PS, Meisenbach RJ, Scott-Cawiezell J. Keeping patients safe in healthcare organizations: a structuration theory of safety culture. *JAN* [revista en Internet] 2011; 67(8), 1846–1855. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2011.05619.x/pdf> [acceso 28/01/2013].
 12. Orkaizagirre Gómara Aintzane. El impacto de los factores contextuales en la permanencia de las enfermeras en las unidades hospitalarias. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2010. Inédito.
 13. Orkaizagirre Gómara, Aintzane. La construcción de un equipo multidisciplinar sanitario desde la experiencia enfermera. *Biblioteca Lascasas*, 2010; 6(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0517.php> [acceso 10/12/2014]
 14. Gunnarsdóttir S, Clarke SP, Rafferty AM, Nutbeam D. Front-line management, staffing and nurse-doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses. *IJNS* 2009; 46(7): 920-927. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748906003154> [acceso 13/03/2015]
 15. Vestal Katherine. Managing Challenges: Employee Engagement. *Nurse Leader* [revista en Internet] 2009; 7(4):6-7. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1541461209001335> [acceso 21/03/2015]
 16. The Joint Commission. Sentinel Event Data – Root Causes by Event Type. [monografía en Internet] Washington: The Joint Commission; 2013. Disponible en: http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Root_Causes_Event_Type_2004-2Q_2015.pdf [acceso 11/09/2015]
 17. Aiken Linda H, Sermeus Walter, Van den Heede Koen, Sloane Douglas M, Busse Reinhard, McKee Martin, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* [revista en Internet] 2012; 344:e1717. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e1717> [acceso 10/10/2015]
 18. Aiken Linda H, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *JONA* [revista en Internet]; 2008; 38(5):223-229. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2586978/> [acceso 08/07/2015]

19. Aiken Linda H, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede Koen, Griffiths Peter, Busse, R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet* [revista en Internet] 2014; 383(9931):1824-1830. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4035380/> [acceso 20/10/2015]
20. Stone PW, Mooney-Kane C, Larson EL, Horan T, Glance LG, Zwanziger J, et al. Nurse working conditions and patient safety outcomes. *Med Care* [revista en Internet] 2007. 45(6):5771-8. Disponible en: http://ovidsp.ovid.com/sp-3.17.0a/ovidweb.cgi?&S=BPMKPDDEIAHFDNACFNJKBDCGOGLCAA00&Link+Set=jb.search.9108_1445772371_32%7c1%7csl_10 [acceso 12/10/2015]
21. Tourangeau AE, Doran DM, Hall LM, O'Brien Pallas L, Pringle D, Tu JV, et al. Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *JAN* [revista en Internet] 2007; 57: 32-44. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.04084.x/pdf> [acceso 08/07/2015]
22. You Li-ming, Aiken Linda H, Sloane Douglas M, Liu Ke, He Guo-ping, Hu Yan, et al. Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: Cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *IJNS* [revista en Internet] 2013; 50(2):154-161. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S0020748912001563> [acceso 10/10/2015]
23. Sermeus Walter. Efectos de la crisis económica y de la crisis de trabajadores sanitarios en la sostenibilidad del sistema sanitario: ¿qué es lo siguiente? *Enferm Clín.* 2012; 22(4):179-181.
24. Fuentelsaz Gallego Carmen, Moreno Casbas Teresa, López Zorraquino David, Gómez García Teresa, González María Esther, RN4CAST-España. Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. *Enferm Clín.* 2012;22(5):261-268.
25. Juvé ME, Huguet M, Monteverde D, Sanmartín MJ. Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario. Parte I. *Nurs* 2007; 25(4):56-61
26. Morón Gema. Enfermería: una misma profesión, dos realidades laborales. *Enfermería facultativa* 2013; (173): 6-8).
27. Celorrio González Delia. Recuperar la ilusión perdida. *Arch Memoria* [revista en Internet] 2014; (11 fasc. 2). Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/11/11205.php> [acceso 08/06/2014]
28. Benner Patricia. *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice.* New Jersey: Prentice-Hall; 2001.
29. Anderson G, Hair C, Todero C. Nurse Residency Programs: An Evidence-Based Review of Theory, Process, and Outcomes. *Journal of Professional Nursing* [revista en Internet] 2012; 28(4):203-212. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S8755722311002043> [acceso 10/10/2015]

30. Lleixà Fortuño, Mar, Gisbert-Cervera, Mercè, Marqués-Molíás, Luis, Espuny Vidal, Cinta, González Martínez, Juan, Albarac Riobóo, Nuria. Tutoría virtual para profesionales de enfermería noveles. *Revista Iberoamericana de Educación a Distancia* [revista en Internet] 2013; 16(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331427377010> [acceso 20/10/2014]
31. Tastan S, Unver V. Hatipoglu S An analysis of the factors affecting the transition period to professional roles for newly graduated nurses in Turkey. *International Nursing Review* [revista en Internet] 2013;60(3):405-412. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1111/inr.12026/> [acceso 20/10/2013]
32. Santillán García A. Evidencia para determinar el impacto de la designación Hospital Imán sobre la práctica enfermera y los resultados de los pacientes. *ENE Revista de Enfermería* [revista en Internet] 2015; 9(1). Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/518/resumenevidencia> [acceso 08/07/2015]
33. McHugh M, Kelly LA, Smith HL, Evan S, Vanak J, Aiken Linda H. Lower mortality in Magnet hospitals. *Med Care* [revista en Internet] 2013; 51(5): 382–388. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3568449/#> [acceso 08/07/2015]
34. Lake ET, Shang J, Klaus S, Dunton NE. Patient falls: Association with hospital magnet status and nursing unit staffing. *Res Nurs Health* [revista en Internet] 2010; 33(5):413-425. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2974438/> [acceso 08/07/2015]

VII. Recomendaciones

Se ve necesaria una revisión de las políticas de gestión de los recursos humanos de Enfermería del Sistema Nacional de Salud que valore la necesidad de contratación por criterios de especialización ya que en la actualidad sigue fundamentándose en la visión de la enfermera de cuidados generalistas competente. Cabe añadir la perspectiva de género ya que los “estereotipos de género antiguos basados en una concepción de la enfermera de subordinación-sumisión pueden estar influyendo en estas políticas y en la gestión”¹.

Dentro de esta revisión de la gestión de la plantilla de enfermeras, a la luz de los resultados obtenidos en los múltiples estudios internacionales que se vienen desarrollando desde hace 3 décadas y apoyados también por el nuestro, consideramos justificada la implantación de programas de adaptación para enfermeras noveles y enfermeras de nueva incorporación en una unidad hospitalaria. Los gestores deberían valorar el impacto de estos programas en términos económicos, en resultados de salud para el paciente y satisfacción del profesional².

No obstante, una recomendación clave para el personal de Enfermería es la mejora del ratio paciente/enfermera³ que se ve imprescindible para mejorar la calidad de cuidados y garantizar la seguridad tanto del paciente como de la enfermera.

La baja valoración sobre los gerentes hospitalarios también debería considerarse como un punto a mejorar, probablemente mediante estrategias de participación en la toma de decisiones de las enfermeras y con el establecimiento de políticas de trato más considerado y respetuoso. Un buen modelo puede tomarse de los Hospitales Magnéticos conocidos por su modelo de gestión excelente para las enfermeras y con resultados positivos en los pacientes.

En cualquier caso, garantizar una mejora en el ambiente de trabajo puede ser una estrategia para mejorar la seguridad clínica, la calidad de la atención y la satisfacción de los pacientes⁴.

Por lo que respecta a la interiorización de los valores relacionados con la cultura de seguridad, que se considera como un desafío por la complejidad que supone su interiorización en cada uno de los miembros de una institución, se recomienda el establecimiento de un currículo de seguridad como medio para mostrar las estrategias, filosofía y compromiso de la organización⁵.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Germán Bes Concha. Enfermera sí, pero no así. MYS. 2010; 27-28: 23-26
2. Lleixá Fortuño M, Gisbert Cervera M, Marqués Molías L, Albacar Riobóo N. La inserción laboral de los profesionales de Enfermería. Rev ROL Enf 2009; 32(9):566-570.
3. Fuentelsaz Gallego Carmen, Moreno Casbas Teresa, López Zorraquino David, Gómez García Teresa, González María Esther, RN4CAST-España. Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Enferm Clín. 2012;22(5):261-268.
4. Aiken Linda H, Sermeus Walter, Van den Heede Koen, Sloane Douglas M, Busse Reinhard, McKee Martin, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. BMJ [revista en Internet] 2012; 344:e1717. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e1717> [acceso 10/10/2015]
5. Romero Ruiz Adolfo, Gómez Salgado Juan. Enfermería y seguridad clínica: ¿Cuál es el camino? Enferm Clín. 2015; 25(4):155-157

VIII. Limitaciones del estudio

El estudio desarrollado ha sido de metodología cuantitativa descriptivo transversal, lo que dificulta la interpretación de los hallazgos. Sería recomendable en este sentido realizar estudios posteriores en los que se incluyera la metodología cualitativa para poder incorporar las voces de las participantes y que sean ellas mismas quienes den sentido e interpreten sus resultados cuantitativos.

Una dificultad ha sido la falta de nivelación competencial en los hospitales españoles a diferencia de lo que sucede en los occidentales, lo que ha dificultado la comparación de los datos hallados de la nivelación siguiendo el criterio de clasificación de Patricia Benner.

IX. Conclusiones

1. La hipótesis primera “En las unidades hospitalarias médicas y quirúrgicas las enfermeras noveles cometen más eventos adversos (errores de medicación y caídas) y notifican más incidentes que las enfermeras con mayor experiencia que ellas” no se ha podido corroborar ya que quienes más incidentes notifican son las enfermeras competentes que llevan en la unidad un mínimo de un año. Quienes más errores de medicación cometen son las enfermeras eficientes que cuentan con una experiencia entre 3 y 5 años en la unidad. En cuanto a las caídas, son las enfermeras principiantes, con una experiencia de entre 3 meses a 1 año, quienes más eventos adversos de este tipo han indicado.
2. La hipótesis segunda “Las enfermeras que reciben formación previa sobre el funcionamiento de la unidad hospitalaria en la que se incorporan y/o reciben apoyo de otra enfermera durante su incorporación en la misma tienen una percepción más positiva sobre la seguridad del paciente” sí ha sido aceptada ya que se han determinado diferencias estadísticamente significativas que lo corroboran. Por un lado, quienes recibieron formación previa a su incorporación han valorado de manera más positiva algunas de las dimensiones relacionadas con la seguridad del paciente que quienes no la recibieron (en concreto, el papel de la supervisora en relación a la seguridad y el proceso de feed-back y comunicación de errores). Por otro lado, quienes han recibido apoyo tienen una percepción más positiva que quienes no lo han hecho de la seguridad del paciente en general, del aprendizaje organizacional, del proceso de feed-back y comunicación de errores, del apoyo de la gerencia y del trabajo en equipo entre unidades.
3. La hipótesis tercera “Las enfermeras de las unidades médicas y quirúrgicas del HUD perciben que las condiciones laborales (dotación de personal, trabajo en equipo y apoyo de la supervisora y niveles superiores jerárquicos del hospital) son factores que influyen en la seguridad del paciente” sí ha sido aceptada ya que estas variables han sido destacadas como las mayores fortalezas y debilidades del HUD. Por un lado, como fortalezas se han identificado el trabajo en equipo y el apoyo de la supervisora, y por otro, la dotación de personal y el apoyo de los mandos como debilidades.
4. La hipótesis cuarta “Las enfermeras con mayor nivel académico tienen una percepción más positiva de la cultura de seguridad” ha sido rechazada en cuanto a lo que los estudios enfermeros de postgrado se refiere, no así en cuanto a otros estudios superiores universitarios en cuyo caso sí se ha comprobado que a mayor titulación responden de forma más positiva a la percepción de seguridad.

5. La quinta hipótesis “La percepción del clima de seguridad y la calidad de cuidados de la unidad es paralela” sí ha sido aceptada ya que la calificación media del clima de seguridad fue 7,2 y la percepción mayoritaria (un 71,1%) de la calidad de los cuidados fue de “buena” en una escala de 5 valores (mala-regular-aceptable-buena-excelente).

CUESTIONARIO PARA ENFERMERAS HOSPITALARIAS SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Le agradecemos que conteste a este cuestionario sobre cuestiones relacionadas con la **seguridad del paciente** y posibles **incidentes**. Contestar le llevará unos **10 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.

Este cuestionario es **estrictamente confidencial**; todos los datos se gestionarán respetando de manera rigurosa el **secreto estadístico**, por lo que agradeceríamos que contestara de manera sincera. La contestación del cuestionario es libre y voluntaria lo que supone su consentimiento para que los datos puedan ser analizados. Puede rechazar formar parte del mismo sin tener que justificarse si así lo considera.

Adaptada para enfermeras hospitalarias de la versión española del Hospital Survey on Patient Safety desarrollada por la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)

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 |

Anexo 1.

| | | | | | |
|--|------------------------|--------------------|------------------|-----------------|---------------------|
| 17. En esta unidad hay problemas relacionados con la “seguridad del paciente”. | 1 Muy en desacuerdo | 2 En desacuerdo | 3 Indiferente | 4 De acuerdo | 5 Muy de acuerdo |
| 18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia. | 1 Muy en desacuerdo | 2 En desacuerdo | 3 Indiferente | 4 De acuerdo | 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

Anexo 1.

| | | | | | |
|--|-------------------|---------------------------|--------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| 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 |

Anexo 1.

| | | | | | |
|---|-------------------|---------------------------|--------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| 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. | 1 NUNCA | 2 CASI NUNCA | 3 ^A VECES | 4 CASI SIEMPRE | 5 SIEMPRE |
| 41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente. | 1 NUNCA | 2 CASI NUNCA | 3 A VECES | 4 CASI SIEMPRE | 5 SIEMPRE |
| 42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente. | 1 NUNCA | 2 CASI NUNCA | 3 ^A VECES | 4 CASI SIEMPRE | 5 SIEMPRE |

Sección D: Información complementaria

43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de **seguridad del paciente** en su servicio/unidad

Anexo 1

57. ¿Cuál ha sido el último turno en el que ha trabajado? 1 2 3
MANANA TARDE NOCHE

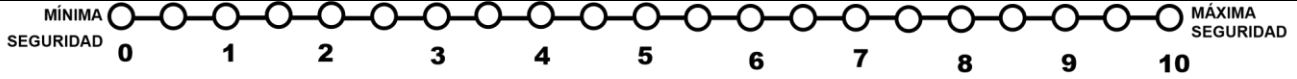
58. ¿Cuántos pacientes ha tenido asignados en este último turno? pacientes.

59. Durante el último año ¿cuántos incidentes ha notificado por escrito?incidentes

60. En general ¿Cómo describiría la calidad de los cuidados de Enfermería que se prestan en su unidad?

1 2 3 4 5
MALA REGULAR ACEPTABLE BUENA EXCELENTE

61. En la unidad en la que se encuentra trabajando en la actualidad, ¿ha cometido a lo largo del último año algún error de medicación o de dosis administrada con los pacientes que ud. tenía asignados? 1 Sí 2 No



44. Edad:años.

45. Sexo: 1 Mujer 2 Hombre

46. ¿Cuánto tiempo lleva ud. ejerciendo como enfermera?días / meses / años (indique el nº y marque con una X)

47. ¿Cuánto tiempo lleva ud. trabajando en este hospital? días / meses / años (indique el nº y marque con una X)

48. ¿Cuánto tiempo lleva ud. trabajando en la unidad actual?días / meses / años (indique el nº y marque con una X)

49. ¿Qué tipo de contrato tiene en este hospital? 1 2 3
INDEFINIDO / PLAZA INTERINIDAD EVENTUAL

50. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital?horas/semana.

51. ¿Qué tipo de jornada laboral tiene ud.? 1 2 3
A TIEMPO COMPLETA JORNADA PARCIAL DÍAS SUELTOS/EVENTUAL

52. ¿Trabaja ud. a turnos rotatorios? 1 Sí 2 No

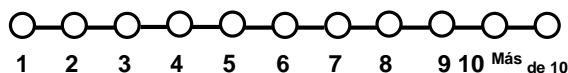
53. ¿Recibió ud. algún tipo de formación previa a su incorporación a esta unidad (formación sobre Seguridad del Paciente, funcionamiento u organización de la unidad, los cuidados principales que se realizan en la unidad, formación específica para trabajar en la unidad, etc.)? 1 Sí 2 No

54. Si ha contestado **Sí** a la pregunta anterior ¿podría indicarnos qué tipo de formación y durante cuánto tiempo la recibió?

55. ¿En el momento de su incorporación a la unidad, se le facilitó desde la misma o desde la institución una enfermera de apoyo hasta su adaptación al nuevo lugar de trabajo? 1 Sí 2 No

56. Si ha contestado **Sí** a la pregunta anterior ¿podría indicarnos el perfil de la enfermera de apoyo (enfermera con plaza en la unidad, enfermera sustituta, enfermera retén,...) y durante cuánto tiempo la recibió?

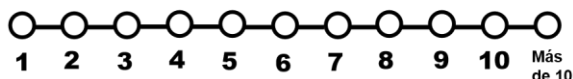
62. Si ha contestado **Sí** a la pregunta anterior, ¿podría indicarnos el número de errores que cometió?



63. En la unidad en la que se encuentra trabajando en la actualidad, ¿a lo largo del último año se ha caído algún paciente de los que ud. tenía asignados causándose una herida o traumatismo? 1 Sí 2 No

64. Si ha contestado **Sí** a la pregunta anterior, ¿podría indicarnos el número caídas que causaron alguna herida o traumatismo?

Anexo 1.



| | |
|--|---|
| 65. ¿En qué servicio o unidad trabaja en la actualidad? (Puede marcar con una X más de una casilla si fuera necesario) | |
| 1 <input type="checkbox"/> Medicina Interna | 12 <input type="checkbox"/> Neurología |
| 2 <input type="checkbox"/> Cirugía General | 13 <input type="checkbox"/> Traumatología |
| 3 <input type="checkbox"/> Cirugía Plástica | 14 <input type="checkbox"/> Rehabilitación |
| 4 <input type="checkbox"/> Hematología | 15 <input type="checkbox"/> ORL, Cirugía torácica y maxilofacial |
| 5 <input type="checkbox"/> Cámara estéril | 16 <input type="checkbox"/> Unidad de Corta Estancia |
| 6 <input type="checkbox"/> Oncología | 17 <input type="checkbox"/> Unidad de Cirugía Sin Ingreso |
| 7 <input type="checkbox"/> Cardiología | 18 <input type="checkbox"/> Hospital de Día |
| 8 <input type="checkbox"/> Digestivo | 19 <input type="checkbox"/> Unidad polivalente (nefro, endocrino, reuma,...) |
| 9 <input type="checkbox"/> Neumología | 20 <input type="checkbox"/> Otro, por favor, especifique..... |
| 10 <input type="checkbox"/> Urología | 21 <input type="checkbox"/> |
| 11 <input type="checkbox"/> Enfermedades Infecciosas | 22 <input type="checkbox"/> |
| 66. ¿Cuál es el título universitario más alto que posee en Enfermería? | <input type="checkbox"/> 1 DIPLOMATURA/GRADO <input type="checkbox"/> 2 LICENCIATURA <input type="checkbox"/> 3 MASTER <input type="checkbox"/> 4 DOCTORADO <input type="checkbox"/> |
| 67. ¿Cuál es el título universitario más alto que posee en otra disciplina a parte de la Enfermería? | <input type="checkbox"/> 1 DIPLOMATURA/GRADO <input type="checkbox"/> 2 LICENCIATURA <input type="checkbox"/> 3 MASTER <input type="checkbox"/> 4 DOCTORADO <input type="checkbox"/> 5 NINGUNO |
| 68. ¿Cómo describiría su nivel de experiencia en su unidad actual? | <input type="checkbox"/> 1 PRINCIPIANTE <input type="checkbox"/> 2 MEDIO <input type="checkbox"/> 3 ALTO <input type="checkbox"/> 4 EXPERTA <input type="checkbox"/> |
| 69. ¿En qué ámbito ha sido su experiencia previa como enfermera? | <input type="checkbox"/> 1 HOSPITAL DONOSTIA <input type="checkbox"/> 2 ATENCIÓN PRIMARIA <input type="checkbox"/> 3 EMPRESA <input type="checkbox"/> 4 CLÍNICA PRIVADA <input type="checkbox"/> 5 GERONTOL... |
| Otros:..... (Otros hospitales de Osakidetza, Otros hospitales públicos, Otros Sistemas de Salud, Docencia, Investigación,...) | |
| 70. ¿Tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés? | |
| | |

Muchas gracias por su colaboración

Carta de presentación del cuestionario

Estimado Sr./Sra.:

Se va a llevar a cabo un estudio sobre la cultura de la seguridad del paciente de las enfermeras que desarrollan su labor en unidades médicas y quirúrgicas en el Hospital Donostia. El estudio forma parte de la tesis doctoral de Enfermería de la investigadora principal (la abajo firmante) y cuenta con la aprobación y apoyo de la Dirección de Enfermería de su hospital.

Los datos se van a recoger en unidades médicas y quirúrgicas del H. Donostia a través del “Cuestionario para enfermeras hospitalarias sobre la seguridad del paciente”. El cuestionario es autocontestable y se rellena en unos 10 minutos. Consta de distintas preguntas relacionadas con la seguridad del paciente que se deben contestar siguiendo la experiencia y opinión personal de cada enfermera participante. Todos los datos recogidos serán tratados y analizados conjuntamente, garantizando el anonimato de todos los participantes y de las unidades que formen parte, por lo que se ruega que la información que se indique sea veraz.

La contestación del cuestionario es libre y supone el consentimiento de la enfermera participante para que se puedan analizar los datos que aporte. Así como la participación es voluntaria, quien tome parte también puede rehusar hacerlo en cualquier momento sin tener que justificarse.

Se entregará una carpeta en su unidad con los cuestionarios y unos sobres para que una vez rellenos los cuestionarios puedan sellarse para asegurar la protección de los datos y guardarse en la carpeta. La carpeta se recogerá en el plazo de un mes.

Es importante que como supervisora anime a participar a las enfermeras de su unidad, independientemente de su contrato o antigüedad, ya que los datos que puedan aportar desde su experiencia como enfermeras son relevantes.

No dude en ponerse en contacto con la investigadora principal en caso de precisar alguna aclaración durante el proceso. Gustosamente estaremos a su disposición en el teléfono 943017348 y en la dirección de correo electrónico aintzane.orkaizagirre@ehu.es. Igualmente, si está interesada en el tema no dude en solicitar información el mismo. En cualquier caso, me acercaré a su unidad cada semana para facilitar el contacto y la información (p.e. aclaración de dudas, etc.) con quien así lo desee.

Le agradezco su colaboración y atención,

Un cordial saludo,

Aintzane Orkaizagirre Gómara

Carta de presentación del cuestionario

Estimad@ compañe@ enfermer@:

Se va a llevar a cabo un estudio sobre la cultura de la seguridad del paciente de las enfermeras que desarrollan su labor en unidades médico-quirúrgicas en el Hospital Donostia. El estudio forma parte de la tesis doctoral de Enfermería de la investigadora principal y cuenta con la aprobación y apoyo de la Dirección de Enfermería de su hospital.

Los datos se van a recoger en unidades médicas y quirúrgicas del H. Donostia a través del “Cuestionario para enfermeras hospitalarias sobre la seguridad del paciente”. El cuestionario es autocontestable y se rellena en unos 10 minutos. Consta de distintas preguntas relacionadas con la seguridad del paciente que se deben contestar siguiendo su experiencia y opinión personal. Todos los datos recogidos serán tratados y analizados conjuntamente, garantizando el anonimato de todos los participantes y de las unidades que formen parte, por lo que se ruega que la información que se indique sea veraz.

La contestación del cuestionario es libre y supone su consentimiento para que los datos que aporte puedan ser analizados. Así como la participación es voluntaria, puede negarse a hacerlo en cualquier momento sin tener que justificarse.

Se entregará una carpeta en su unidad con los cuestionarios y unos sobres para que una vez rellene el cuestionario pueda sellarlo para asegurar la protección de los datos y guardarlo en la carpeta. La carpeta se recogerá en el plazo de un mes.

No dude en ponerse en contacto con la investigadora principal en caso de precisar alguna aclaración durante el proceso. Gustosamente estaremos a su disposición en el teléfono 943017348 y en la dirección de correo electrónico aintzane.orkaizagirre@ehu.es. Igualmente, si está interesada en el tema no dude en solicitar información el mismo. En cualquier caso, me acercaré a su unidad cada semana para facilitar el contacto y la información (p.e. aclaración de dudas, etc.) con quien así lo desee.

Le agradezco su colaboración y atención,

Un cordial saludo,

Aintzane Orkaizagirre Gómara

Vista la solicitud de investigación: "**La seguridad del paciente atendido por enfermeras noveles**", enmarcado en el del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza,

Autorizo

A Dña **Aintzane Orkaizaguirre Gomara**. Colegiada 6112, a la realización de la recogida de datos para dicho estudio en nuestro Hospital, consistente en el pase de un cuestionario autoadministrado a enfermeras de unidades médico-quirúrgicas, diseñado para medir la cultura de seguridad, los errores adversos y otros factores relacionados.

La participación de las enfermeras tal como consta en el diseño del proyecto deberá ser voluntaria y los datos serán tratados garantizando el anonimato.

A la finalización del estudio, y con nuestro compromiso de respeto a sus derechos de propiedad intelectual, deberá presentar los resultados a esta Dirección, para que puedan servir de base a la mejora de la seguridad clínica y calidad de los cuidados en nuestro Hospital.

Y para que conste a los efectos oportunos, se firma el presente en

Donostia San Sebastián, a 8 de Julio de 2014

DONOSTIA UNIBERTSITATE OSPITALEA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA

ERIZAINZAKO ZUZENDARITZA
DIRECCIÓN DE ENFERMERIA
IRAKASKUNTZA
DOCENCIA



Fdo. Olvido Martinez Fernández

Directora de Enfermería del Hospital Universitario Donostia

Anexo 5.

Tabla 1. Porcentaje de respuestas por unidad hospitalaria

| Unidades hospitalarias | Nº de respuestas | % de respuestas |
|-------------------------------|-------------------------|------------------------|
| Medicina Interna | 38 | 14,6% |
| Cirugía General | 28 | 10,8% |
| Hematología | 6 | 2,3% |
| Cámara Estéril | 1 | 0,4% |
| Oncología | 10 | 3,8% |
| Cardiología | 16 | 6,2% |
| Digestivo | 7 | 2,7% |
| Neumología | 8 | 3,1% |
| Urología | 12 | 4,6% |
| Enfermedades Infecciosas | 13 | 5,0% |
| Neurología | 12 | 4,6% |
| Traumatología | 14 | 5,4% |
| Rehabilitación | 7 | 2,7% |
| ORL | 6 | 2,3% |
| Unidad de Corta Estancia | 11 | 4,2% |
| Hospital de día | 10 | 3,8% |
| Unidad polivalente | 7 | 2,7% |
| Cirugía Vasculat | 14 | 5,4% |
| Hospital de día oncológico | 10 | 3,8% |
| Neurocirugía | 13 | 5,0% |
| Cuidados paliativos | 17 | 6,5% |
| Total | 260 | 99,9% |

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de respuesta por unidades médicas y quirúrgicas

| Unidades | Nº de respuesta | % de respuesta |
|-----------------|------------------------|-----------------------|
| Médicas | 107 | 40,8% |
| Quirúrgicas | 153 | 58,4% |
| Total | 260 | 99,2% |

Tabla 3. Contraste entre respuestas positivas según el tipo de servicio (T-Student)

| Dimensión | Tipo servicio | N | Media | (DE) | t | p |
|--|---------------|-----|-------|-------|--------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Médicos | 104 | 48,08 | 43,78 | 0,772 | 0,441 |
| | Quirúrgicos | 150 | 43,78 | 43,54 | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Médicos | 107 | 34,97 | 30,45 | -0,266 | 0,822 |
| | Quirúrgicos | 152 | 35,80 | 28,29 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Médicos | 107 | 67,13 | 32,41 | -0,505 | 0,614 |
| | Quirúrgicos | 150 | 69,28 | 34,31 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (Dimensión 4) | Médicos | 107 | 68,54 | 32,32 | 2,678 | 0,008 |
| | Quirúrgicos | 152 | 57,24 | 34,19 | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Médicos | 107 | 80,84 | 27,26 | 0,975 | 0,331 |
| | Quirúrgicos | 152 | 77,25 | 30,51 | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Médicos | 105 | 45,71 | 35,28 | 1,342 | 0,181 |
| | Quirúrgicos | 152 | 39,91 | 33,23 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Médicos | 106 | 43,71 | 36,91 | 1,082 | 0,280 |
| | Quirúrgicos | 152 | 38,93 | 33,50 | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Médicos | 107 | 29,28 | 26,19 | 2,372 | 0,018 |
| | Quirúrgicos | 152 | 21,93 | 23,37 | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Médicos | 107 | 14,95 | 19,68 | -1,906 | 0,058 |
| | Quirúrgicos | 152 | 20,39 | 24,48 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Médicos | 107 | 22,12 | 32,68 | 3,029 | 0,003 |
| | Quirúrgicos | 151 | 11,48 | 23,74 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Médicos | 107 | 41,82 | 34,30 | 0,284 | 0,776 |
| | Quirúrgicos | 152 | 40,63 | 32,71 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Médicos | 107 | 49,61 | 36,46 | -1,079 | 0,281 |
| | Quirúrgicos | 152 | 54,17 | 31,17 | | |

Tabla 4. Contraste entre respuestas negativas según el tipo de servicio (T-Student)

| Dimensión | Tipo Servicio | N | Media | (DE) | t | p |
|--|---------------|-----|-------|-------|--------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Médicos | 104 | 18,59 | 31,79 | 1,055 | 0,292 |
| | Quirúrgicos | 150 | 14,67 | 27,17 | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Médicos | 107 | 41,67 | 26,65 | -0,542 | 0,588 |
| | Quirúrgicos | 152 | 43,53 | 27,65 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Médicos | 107 | 10,90 | 21,27 | -0,093 | 0,926 |
| | Quirúrgicos | 150 | 11,17 | 23,17 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (Dimensión 4) | Médicos | 107 | 11,84 | 22,08 | -2,062 | 0,040 |
| | Quirúrgicos | 152 | 18,42 | 27,34 | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Médicos | 107 | 8,26 | 18,83 | -0,375 | 0,708 |
| | Quirúrgicos | 152 | 9,21 | 21,08 | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Médicos | 105 | 16,51 | 25,37 | 0,135 | 0,893 |
| | Quirúrgicos | 152 | 16,12 | 20,78 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Médicos | 106 | 18,40 | 28,17 | -1,405 | 0,161 |
| | Quirúrgicos | 152 | 23,68 | 30,78 | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Médicos | 107 | 47,98 | 25,57 | -0,694 | 0,488 |
| | Quirúrgicos | 152 | 50,22 | 25,66 | | |

| | | | | | | |
|---|-------------|-----|-------|-------|--------|-------|
| Dotación de personal (dimensión 9) | Médicos | 107 | 71,03 | 27,07 | 1,831 | 0,068 |
| | Quirúrgicos | 152 | 64,25 | 30,79 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Médicos | 107 | 55,14 | 36,37 | 0,174 | 0,862 |
| | Quirúrgicos | 151 | 54,30 | 38,99 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Médicos | 107 | 24,45 | 27,12 | -0,480 | 0,632 |
| | Quirúrgicos | 152 | 26,10 | 27,14 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Médicos | 107 | 29,67 | 29,85 | 1,482 | 0,140 |
| | Quirúrgicos | 152 | 24,40 | 26,99 | | |

Tabla 5. Correlación de % de respuestas positivas y la edad (preg. 44) (Correlación de Pearson)

| | | EDAD |
|---|-------------|-------------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Correlación | -0,121 |
| | p | 0,062 |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Correlación | -0,145* |
| | p | 0,025 |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Correlación | 0,018 |
| | p | 0,780 |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Correlación | -0,054 |
| | p | 0,403 |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Correlación | -0,216** |
| | p | 0,001 |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Correlación | -0,014 |
| | p | 0,828 |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Correlación | -0,175** |
| | p | 0,007 |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Correlación | 0,047 |
| | p | 0,467 |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Correlación | -0,138* |
| | p | 0,034 |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Correlación | -0,105 |
| | p | 0,106 |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Correlación | -0,145* |
| | p | 0,024 |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Correlación | 0,036 |
| | p | ,574 |

*Correlación significativa a nivel <0,05

**Correlación significativa a nivel <0,01

Tabla 6. Correlación de % de respuestas negativas y la edad (preg. 44) (Correlación de Pearson)

| Dimensión | | EDAD |
|--|-------------|---------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Correlación | 0,100 |
| | p | 0,123 |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Correlación | 0,240** |
| | p | 0,000 |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Correlación | 0,104 |
| | p | 0,111 |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (Dimensión 4) | Correlación | 0,078 |
| | p | 0,228 |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Correlación | 0,190** |
| | p | 0,003 |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Correlación | -0,030 |
| | p | 0,643 |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Correlación | 0,155* |
| | p | 0,016 |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Correlación | 0,008 |
| | p | 0,902 |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Correlación | 0,140* |
| | p | 0,031 |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Correlación | 0,106 |
| | p | 0,101 |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Correlación | 0,129* |
| | p | 0,047 |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Correlación | -0,023 |
| | p | 0,720 |

*Correlación significativa a nivel <0,05

**Correlación significativa a nivel <0,01

Tabla 7. Media de % de respuestas positivas según el sexo (preg.45) (t-Student, U de Mann-Whitney)

| Dimensión | Sexo | N | Media | (DE) | U Mann-Whitney | |
|--|--------|-----|-------|-------|----------------|-------|
| | | | | | Z | p |
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Mujer | 237 | 45,29 | 43,75 | -0,26 | 0,794 |
| | Hombre | 13 | 48,72 | 39,94 | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Mujer | 237 | 36,22 | 28,94 | -0,61 | 0,540 |
| | Hombre | 13 | 30,77 | 32,52 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Mujer | 236 | 70,02 | 33,14 | -1,48 | 0,139 |
| | Hombre | 13 | 59,61 | 29,82 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Mujer | 237 | 61,60 | 33,79 | -1,36 | 0,173 |
| | Hombre | 13 | 74,36 | 30,89 | | |

| | | | | | | |
|---|--------|-----|-------|--------|-------|-------|
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Mujer | 237 | 79,08 | 29,46 | -0,05 | 0,960 |
| | Hombre | 13 | 82,69 | 21,37 | | |
| Franqueza en la comunicación (dim. 6) | Mujer | 237 | 42,05 | 33,88 | -0,45 | 0,650 |
| | Hombre | 13 | 46,15 | 34,80 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dim. 7) | Mujer | 238 | 40,55 | 34,75 | -1,53 | 0,125 |
| | Hombre | 13 | 56,41 | 36,98 | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Mujer | 237 | 24,89 | 24,82 | -0,17 | 0,863 |
| | Hombre | 13 | 25,64 | 24,17 | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Mujer | 237 | 18,35 | 23,37 | -0,05 | 0,957 |
| | Hombre | 13 | 15,38 | 16,26 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Mujer | 237 | 16,03 | 28,05 | -0,99 | 0,324 |
| | Hombre | 13 | 10,26 | 25,04 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Mujer | 238 | 41,81 | 33,96 | -0,20 | 0,841 |
| | Hombre | 13 | 38,46 | 28,16 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Mujer | 238 | 53,75 | 33,161 | -1,84 | 0,065 |
| | Hombre | 13 | 36,54 | 33,251 | | |

Tabla 8. Media de % de respuestas negativas según el sexo (preg.45) (t-Student, U de Mann-Whitney)

| Dimensión | Sexo | N | Media | (DE) | U Mann-Whitney | |
|---|--------|-----|-------|-------|----------------|-------|
| | | | | | Z | p |
| Frecuencia de eventos notificados (dim. 1) | Mujer | 237 | 16,60 | 28,89 | -1,550 | 0,121 |
| | Hombre | 13 | 7,69 | 27,74 | | |
| Percepción de seguridad (dim. 2) | Mujer | 237 | 42,16 | 27,01 | -0,497 | 0,619 |
| | Hombre | 13 | 46,15 | 26,70 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Mujer | 236 | 10,66 | 22,42 | -0,404 | 0,686 |
| | Hombre | 13 | 9,62 | 16,26 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (Dimensión 4) | Mujer | 237 | 15,75 | 25,03 | -0,711 | 0,477 |
| | Hombre | 13 | 12,82 | 28,99 | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Mujer | 237 | 9,11 | 20,41 | -1,858 | 0,063 |
| | Hombre | 13 | 0,00 | 0,00 | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Mujer | 237 | 16,39 | 22,34 | -0,134 | 0,893 |
| | Hombre | 13 | 15,38 | 22,01 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Mujer | 238 | 21,15 | 29,11 | -0,829 | 0,407 |
| | Hombre | 13 | 15,38 | 29,24 | | |
| Respuesta no punitiva | Mujer | 237 | 49,93 | 25,56 | -0,974 | 0,330 |

| | | | | | | |
|--|--------|-----|-------|-------|--------|-------|
| a los errores (dimensión 8) | Hombre | 13 | 43,59 | 25,04 | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Mujer | 237 | 67,48 | 29,73 | -0,867 | 0,386 |
| | Hombre | 13 | 63,46 | 21,93 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Mujer | 237 | 55,13 | 37,93 | -0,059 | 0,953 |
| | Hombre | 13 | 56,41 | 34,39 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Mujer | 238 | 25,42 | 27,60 | -0,524 | 0,600 |
| | Hombre | 13 | 25,64 | 20,54 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios y unidades (dim. 12) | Mujer | 238 | 26,05 | 28,43 | -2,003 | 0,045 |
| | Hombre | 13 | 40,38 | 26,10 | | |

Tabla 9. Número y porcentaje de errores relacionados con la medicación

| Comisión de error | Frecuencia | % de errores |
|--------------------------|-------------------|---------------------|
| Sí | 91 | 36,8 |
| No | 156 | 63,2 |

Tabla 10. Total, rango y media de los errores cometidos relacionados con la medicación

| Total de errores | Nº mínimo de errores | Nº máximo de errores | Media de errores (DE) |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 159 | 1,0 | 6,0 | 1,8 (1,05) |

Tabla 11. Número y porcentaje de caídas que causan heridas o traumatismos en los pacientes

| Caídas en pacientes | Frecuencia | % de caídas |
|----------------------------|-------------------|--------------------|
| Sí | 93 | 37,3 |
| No | 156 | 62,7 |

Tabla 12. Total, rango y media de caídas que causan heridas o traumatismos en los pacientes

| Total de caídas | Nº mínimo de caídas | Nº máximo de caídas | Media de caídas (DE) |
|------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 182 | 0 | 11,0 | 2,0 (1,9) |

Tabla 13. Correlación entre las respuestas positivas y nº incidentes (preg.59)
(Correlación de Pearson)

| Dimensión | | P.59 |
|--|-------------|---------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Correlación | -0,144* |
| | p | 0,025 |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Correlación | -0,111 |
| | p | 0,084 |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Correlación | -0,127* |
| | p | 0,049 |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Correlación | 0,083 |
| | p | 0,199 |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dim.5) | Correlación | -0,096 |
| | p | 0,135 |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Correlación | -0,069 |
| | p | 0,282 |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dim. 7) | Correlación | 0,007 |
| | p | 0,915 |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Correlación | 0,194** |
| | p | 0,002 |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Correlación | -0,099 |
| | p | 0,122 |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Correlación | -0,024 |
| | p | 0,708 |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Correlación | -0,057 |
| | p | 0,378 |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Correlación | -0,083 |
| | p | 0,195 |

*Correlación significativa a nivel <0,05

**Correlación significativa a nivel <0,01

Tabla 14. Correlación entre las respuestas negativas y nº incidentes (preg.59)
(Correlación de Pearson)

| Dimensión | | P.59 |
|--|-------------|--------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Correlación | 0,046 |
| | p | 0,473 |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Correlación | 0,090 |
| | p | 0,164 |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Correlación | 0,155* |
| | p | 0,016 |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Correlación | -0,058 |
| | p | 0,370 |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Correlación | 0,109 |
| | p | 0,090 |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Correlación | 0,092 |
| | p | 0,153 |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Correlación | 0,065 |

| | | |
|---|-------------|--------|
| | p | 0,315 |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Correlación | -0,029 |
| | p | 0,655 |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Correlación | 0,114 |
| | p | 0,077 |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Correlación | 0,028 |
| | p | 0,664 |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Correlación | 0,021 |
| | p | 0,743 |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Correlación | 0,118 |
| | p | 0,066 |

*Correlación significativa a nivel <0,05

**Correlación significativa a nivel <0,01

Tabla 15. Media de % de respuestas positivas según errores (preg.61) (t-Student)

| Dimensión | Errores | N | Media | (DE) | t | P |
|---|----------------|----------|--------------|-------------|----------|----------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Sí | 89 | 41,57 | 44,18 | -0,97 | 0,331 |
| | No | 156 | 47,22 | 43,33 | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Sí | 90 | 27,41 | 28,71 | -3,64 | 0,000 |
| | No | 156 | 41,13 | 28,38 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Sí | 90 | 61,85 | 35,62 | -2,61 | 0,010 |
| | No | 155 | 73,28 | 31,41 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Sí | 90 | 56,30 | 35,91 | -1,79 | 0,075 |
| | No | 156 | 64,32 | 32,60 | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Sí | 90 | 76,48 | 31,57 | -0,95 | 0,344 |
| | No | 156 | 80,18 | 28,26 | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Sí | 91 | 38,83 | 33,80 | -1,49 | 0,137 |
| | No | 155 | 45,59 | 34,61 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Sí | 91 | 33,15 | 33,93 | -2,75 | 0,006 |
| | No | 156 | 45,73 | 35,11 | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Sí | 90 | 27,04 | 25,43 | 0,75 | 0,455 |
| | No | 156 | 24,57 | 24,57 | | |
| Dotación de personal (dim.9) | Sí | 90 | 12,22 | 18,45 | -2,99 | 0,003 |
| | No | 156 | 21,15 | 24,62 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Sí | 90 | 10,37 | 22,70 | -1,99 | 0,048 |
| | No | 156 | 17,52 | 29,44 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Sí | 91 | 33,97 | 30,28 | -2,77 | 0,006 |
| | No | 156 | 46,05 | 34,46 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Sí | 91 | 44,78 | 33,12 | -2,93 | 0,004 |
| | No | 156 | 57,48 | 32,66 | | |

Tabla 16. Media de % de respuestas negativas según errores (preg.61) (t-Student)

| Dimensión | Errores | N | Media | (DE) | t | P |
|--|---------|-----|-------|-------|--------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Sí | 89 | 19,48 | 32,49 | 1,340 | 0,182 |
| | No | 156 | 14,32 | 26,80 | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Sí | 90 | 50,56 | 27,13 | 3,802 | 0,000 |
| | No | 156 | 37,29 | 25,91 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Sí | 90 | 16,94 | 26,83 | 3,160 | 0,002 |
| | No | 155 | 7,69 | 18,84 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Sí | 90 | 20,37 | 28,13 | 2,032 | 0,043 |
| | No | 156 | 13,46 | 24,18 | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Sí | 90 | 10,09 | 21,55 | 0,842 | 0,401 |
| | No | 156 | 7,85 | 19,22 | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Sí | 91 | 18,68 | 23,42 | 1,427 | 0,155 |
| | No | 155 | 14,52 | 21,30 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Sí | 91 | 27,29 | 32,63 | 2,124 | 0,035 |
| | No | 156 | 18,91 | 28,21 | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Sí | 90 | 47,04 | 24,93 | -0,873 | 0,383 |
| | No | 156 | 50,00 | 26,03 | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Sí | 90 | 75,56 | 27,02 | 3,350 | 0,001 |
| | No | 156 | 62,77 | 29,84 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Sí | 90 | 64,07 | 34,70 | 2,541 | 0,012 |
| | No | 156 | 51,50 | 38,86 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Sí | 91 | 28,30 | 25,73 | 1,315 | 0,190 |
| | No | 156 | 23,61 | 27,72 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Sí | 91 | 33,88 | 29,52 | 3,167 | 0,002 |
| | No | 156 | 22,28 | 26,73 | | |

Tabla 17. Correlación entre las respuestas positivas y nº errores (preg.62) (Correlación de Pearson)

| Dimensión | | P.62 |
|--|-------------|----------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Correlación | -0,111 |
| | p | 0,087 |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Correlación | -0,141* |
| | p | 0,029 |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Correlación | -,147* |
| | p | 0,023 |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Correlación | -0,102 |
| | p | 0,115 |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Correlación | -0,083 |
| | p | 0,200 |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Correlación | -0,092 |
| | p | 0,156 |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Correlación | -0,196** |
| | p | 0,002 |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Correlación | 0,002 |

| | | |
|--|-------------|--------|
| 8) | p | 0,978 |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Correlación | -0,077 |
| | p | 0,238 |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Correlación | -0,119 |
| | p | 0,067 |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Correlación | -0,126 |
| | p | 0,051 |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Correlación | -0,100 |
| | p | 0,121 |

*Correlación significativa a nivel <0,05

**Correlación significativa a nivel <0,01

Tabla 18. Correlación entre las respuestas negativas y nº errores (preg.62) (Correlación de Pearson)

| Dimensión | | P.62 |
|--|-------------|---------|
| Frecuencia de eventos notificados (dim.1) | Correlación | 0,122 |
| | p | 0,061 |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Correlación | 0,208** |
| | p | 0,001 |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Correlación | 0,158* |
| | p | 0,015 |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Correlación | 0,164* |
| | p | 0,011 |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Correlación | 0,041 |
| | p | 0,527 |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Correlación | 0,083 |
| | p | 0,202 |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Correlación | 0,153* |
| | p | 0,018 |
| Respuesta no punitiva a los errores (dim. 8) | Correlación | -0,028 |
| | p | 0,662 |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Correlación | 0,096 |
| | p | 0,137 |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Correlación | 0,137* |
| | p | 0,035 |
| Trabajo en equipo entre unidades (dim. 11) | Correlación | 0,051 |
| | p | 0,428 |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Correlación | 0,137 |
| | p | 0,034 |

*Correlación significativa a nivel <0,05

**Correlación significativa a nivel <0,01

Tabla 19. Media de % de respuestas positivas según caídas (preg.63) (t-Student)

| Dimensión | Caídas | N | Media | (DE) | t | p |
|--|--------|-----|-------|-------|--------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Sí | 93 | 38,71 | 42,93 | -1,868 | 0,063 |
| | No | 154 | 49,35 | 43,66 | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Sí | 93 | 28,58 | 26,22 | -3,199 | 0,002 |
| | No | 155 | 40,65 | 30,16 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Sí | 93 | 68,82 | 32,06 | -0,077 | 0,939 |
| | No | 154 | 69,16 | 34,35 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Sí | 93 | 57,35 | 34,18 | -1,466 | 0,144 |
| | No | 155 | 63,87 | 33,75 | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Sí | 93 | 78,85 | 29,60 | -0,060 | 0,952 |
| | No | 155 | 79,09 | 29,45 | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Sí | 92 | 40,22 | 31,85 | -0,935 | 0,351 |
| | No | 156 | 44,44 | 35,79 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Sí | 93 | 37,81 | 34,50 | -1,116 | 0,265 |
| | No | 156 | 42,95 | 35,47 | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Sí | 93 | 25,81 | 24,64 | 0,198 | 0,843 |
| | No | 155 | 25,16 | 25,01 | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Sí | 93 | 15,86 | 20,45 | -1,163 | 0,246 |
| | No | 155 | 19,35 | 24,27 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Sí | 93 | 11,47 | 22,79 | -1,547 | 0,123 |
| | No | 155 | 16,99 | 29,51 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Sí | 93 | 36,83 | 31,19 | -1,774 | 0,077 |
| | No | 156 | 44,55 | 34,40 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Sí | 93 | 49,28 | 33,42 | -1,320 | 0,188 |
| | No | 156 | 55,02 | 33,03 | | |

Tabla 20. Media de % de respuestas negativas según caídas (preg.63) (t-Student)

| Dimensión | Caídas | N | Media | (DE) | t | p |
|--|--------|-----|-------|-------|--------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Sí | 93 | 19,00 | 30,45 | 1,240 | 0,216 |
| | No | 154 | 14,29 | 27,97 | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Sí | 93 | 48,21 | 25,00 | 2,877 | 0,004 |
| | No | 155 | 38,12 | 27,72 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Sí | 93 | 11,29 | 23,17 | 0,158 | 0,874 |
| | No | 154 | 10,82 | 22,06 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Sí | 93 | 16,49 | 26,75 | 0,296 | 0,767 |
| | No | 155 | 15,48 | 25,28 | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Sí | 93 | 9,77 | 21,59 | 0,709 | 0,479 |
| | No | 155 | 7,90 | 19,06 | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Sí | 92 | 14,86 | 19,37 | -0,586 | 0,558 |
| | No | 156 | 16,56 | 23,61 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Sí | 93 | 23,30 | 32,15 | 0,598 | 0,551 |
| | No | 156 | 20,94 | 28,83 | | |

| | | | | | | |
|--|----|-----|-------|-------|-------|-------|
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Sí | 93 | 51,25 | 23,34 | 1,112 | 0,267 |
| | No | 155 | 47,53 | 26,78 | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Sí | 93 | 71,15 | 26,82 | 1,597 | 0,112 |
| | No | 155 | 65,00 | 30,76 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Sí | 93 | 63,08 | 34,21 | 2,411 | 0,017 |
| | No | 155 | 51,18 | 39,53 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Sí | 93 | 26,25 | 26,52 | 0,460 | 0,646 |
| | No | 156 | 24,63 | 27,33 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Sí | 93 | 29,75 | 30,55 | 1,432 | 0,153 |
| | No | 156 | 24,47 | 26,65 | | |

Tabla 21. Correlación entre las respuestas positivas y nº caídas (preg.64) (Correlación de Pearson)

| Dimensión | | P.64 |
|--|-------------|----------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Correlación | -0,148* |
| | p | 0,022 |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Correlación | -0,202** |
| | p | 0,002 |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Correlación | -0,039 |
| | p | 0,545 |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Correlación | -0,054 |
| | p | 0,405 |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Correlación | 0,033 |
| | p | 0,613 |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Correlación | -0,080 |
| | p | 0,213 |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Correlación | -0,065 |
| | p | 0,309 |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Correlación | 0,004 |
| | p | 0,947 |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Correlación | -0,091 |
| | p | 0,157 |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Correlación | -0,094 |
| | p | 0,144 |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Correlación | -0,150* |
| | p | 0,020 |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Correlación | -0,144* |
| | p | 0,024 |

*Correlación significativa a nivel <0,05

Tabla 22. Correlación entre las respuestas positivas y nº caídas (preg.64) (Correlación de Pearson)

| Dimensión | | P.64 |
|--|-------------|---------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Correlación | 0,115 |
| | p | 0,076 |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Correlación | 0,155* |
| | p | 0,016 |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Correlación | -0,037 |
| | p | 0,565 |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Correlación | 0,074 |
| | p | 0,252 |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Correlación | -0,019 |
| | p | 0,765 |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Correlación | 0,049 |
| | p | 0,447 |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Correlación | -0,026 |
| | p | 0,688 |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Correlación | 0,081 |
| | p | 0,207 |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Correlación | 0,133* |
| | p | 0,038 |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Correlación | 0,127* |
| | p | 0,049 |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Correlación | 0,170** |
| | p | 0,008 |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Correlación | 0,135* |
| | p | 0,035 |

*Correlación significativa a nivel <0,05

**Correlación significativa a nivel <0,01

Tabla 23. Relación entre la calidad de los cuidados y las respuestas positivas de las dimensiones (preg. 60) (Kruskal-Wallis)

| Dimensión | Calidad cuidado | N | Media | DE | X ² | p |
|--|-----------------|-----|--------|-------|----------------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Mala | 1 | ,00 | . | 27,729 | 0,000 |
| | Regular | 6 | 16,67 | 40,82 | | |
| | Aceptable | 41 | 21,14 | 37,09 | | |
| | Buena | 169 | 48,32 | 43,33 | | |
| | Excelente | 22 | 77,27 | 31,52 | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Mala | 1 | ,00 | . | 56,457 | 0,000 |
| | Regular | 6 | 4,17 | 10,21 | | |
| | Aceptable | 41 | 17,07 | 27,64 | | |
| | Buena | 169 | 37,77 | 26,51 | | |
| | Excelente | 22 | 69,32 | 15,30 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Mala | 1 | 100,00 | . | 17,784 | 0,001 |
| | Regular | 6 | 70,83 | 29,23 | | |
| | Aceptable | 41 | 48,37 | 36,29 | | |
| | Buena | 169 | 71,84 | 31,86 | | |

| | | | | | | |
|---|-----------|-----|-------|-------|--------|-------|
| | Excelente | 22 | 77,27 | 26,62 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Mala | 1 | 33,33 | . | 22,905 | 0,000 |
| | Regular | 6 | 50,00 | 34,96 | | |
| | Aceptable | 41 | 44,72 | 30,38 | | |
| | Buena | 169 | 63,51 | 33,18 | | |
| | Excelente | 22 | 86,36 | 26,55 | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Mala | 1 | 75,00 | . | 22,888 | 0,000 |
| | Regular | 6 | 61,11 | 34,02 | | |
| | Aceptable | 41 | 65,85 | 34,35 | | |
| | Buena | 169 | 80,92 | 27,64 | | |
| | Excelente | 22 | 97,73 | 7,36 | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Mala | 1 | 33,33 | . | 24,941 | 0,000 |
| | Regular | 6 | 22,22 | 17,21 | | |
| | Aceptable | 41 | 27,64 | 30,64 | | |
| | Buena | 169 | 43,59 | 33,73 | | |
| | Excelente | 22 | 71,21 | 27,78 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Mala | 1 | ,00 | . | 29,942 | 0,000 |
| | Regular | 6 | 22,22 | 27,22 | | |
| | Aceptable | 41 | 23,17 | 28,60 | | |
| | Buena | 169 | 42,21 | 33,97 | | |
| | Excelente | 22 | 74,24 | 28,97 | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Mala | 1 | 33,33 | . | 13,510 | 0,009 |
| | Regular | 6 | 11,11 | 17,21 | | |
| | Aceptable | 41 | 23,58 | 26,08 | | |
| | Buena | 169 | 23,87 | 23,05 | | |
| | Excelente | 22 | 42,42 | 27,57 | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Mala | 1 | 25,00 | . | 8,408 | 0,078 |
| | Regular | 6 | 4,17 | 10,21 | | |
| | Aceptable | 41 | 10,37 | 13,67 | | |
| | Buena | 169 | 19,08 | 23,82 | | |
| | Excelente | 22 | 22,73 | 27,72 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Mala | 1 | ,00 | . | 7,070 | 0,132 |
| | Regular | 6 | ,00 | ,00 | | |
| | Aceptable | 41 | 10,57 | 21,65 | | |
| | Buena | 169 | 14,99 | 26,95 | | |
| | Excelente | 22 | 28,79 | 38,89 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Mala | 1 | ,00 | . | 24,912 | 0,000 |
| | Regular | 6 | 27,78 | 26,70 | | |
| | Aceptable | 41 | 21,34 | 23,43 | | |
| | Buena | 169 | 43,93 | 33,02 | | |
| | Excelente | 22 | 56,82 | 34,66 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Mala | 1 | ,00 | . | 12,651 | 0,013 |
| | Regular | 6 | 37,50 | 34,46 | | |
| | Aceptable | 41 | 42,68 | 31,74 | | |
| | Buena | 169 | 53,30 | 33,66 | | |
| | Excelente | 22 | 68,94 | 25,48 | | |

Tabla 24. Relación entre la calidad de los cuidados y las respuestas positivas de las dimensiones (preg. 60) U-Mann Whitney bivariadas

| Dimensión | Turno | U | Z | p | |
|--|-----------|-----------|----------|--------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Mala | Regular | 2,500 | -0,408 | 0,857 |
| | | Aceptable | 14,500 | -0,623 | 0,714 |
| | | Buena | 33,000 | -1,122 | 0,391 |
| | | Excelente | 1,000 | -1,664 | 0,167 |
| | Regular | Aceptable | 110,500 | -0,507 | 0,697 |
| | | Buena | 309,500 | -1,773 | 0,076 |
| | | Excelente | 21,500 | -2,743 | 0,008 |
| | Aceptable | Buena | 2327,000 | -3,642 | 0,000 |
| | | Excelente | 160,000 | -4,706 | 0,000 |
| | Buena | Excelente | 1330,500 | -2,710 | 0,007 |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Mala | Regular | 2,500 | -0,408 | 0,857 |
| | | Aceptable | 13,500 | -0,690 | 0,667 |
| | | Buena | 18,500 | -1,410 | 0,217 |
| | | Excelente | ,000 | -1,838 | 0,083 |
| | Regular | Aceptable | 97,000 | -1,004 | 0,426 |
| | | Buena | 151,000 | -3,071 | 0,002 |
| | | Excelente | ,000 | -3,935 | 0,000 |
| | Aceptable | Buena | 2003,000 | -4,530 | 0,000 |
| | | Excelente | 88,000 | -5,649 | 0,000 |
| | Buena | Excelente | 742,000 | -5,075 | 0,000 |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Mala | Regular | 1,000 | -1,048 | 0,571 |
| | | Aceptable | 4,000 | -1,388 | 0,238 |
| | | Buena | 37,500 | -1,031 | 0,437 |
| | | Excelente | 5,500 | -0,941 | 0,500 |
| | Regular | Aceptable | 79,500 | -1,414 | 0,170 |
| | | Buena | 484,000 | -0,296 | 0,767 |
| | | Excelente | 57,500 | -0,661 | 0,546 |
| | Aceptable | Buena | 2238,500 | -3,823 | 0,000 |
| | | Excelente | 251,000 | -3,164 | 0,002 |
| | Buena | Excelente | 1815,000 | -0,722 | 0,470 |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Mala | Regular | 2,000 | -0,524 | 0,857 |
| | | Aceptable | 15,500 | -0,435 | 0,762 |
| | | Buena | 38,500 | -1,005 | 0,446 |
| | | Excelente | 3,000 | -1,539 | 0,333 |
| | Regular | Aceptable | 112,000 | -0,369 | 0,744 |
| | | Buena | 404,500 | -0,980 | 0,327 |
| | | Excelente | 32,000 | -2,298 | 0,047 |
| | Aceptable | Buena | 2445,500 | -3,262 | 0,001 |
| | | Excelente | 184,000 | -4,187 | 0,000 |
| | Buena | Excelente | 1286,500 | -2,921 | 0,003 |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Mala | Regular | 2,000 | -0,519 | 0,857 |
| | | Aceptable | 19,500 | -0,086 | 0,952 |
| | | Buena | 56,500 | -0,676 | 0,651 |
| | | Excelente | 1,000 | -2,646 | 0,167 |
| | Regular | Aceptable | 109,500 | -0,445 | 0,675 |
| | | Buena | 308,000 | -1,897 | 0,058 |

| | | | | | |
|---|-----------|-----------|----------|--------|-------|
| | | Excelente | 14,500 | -3,916 | 0,002 |
| | Aceptable | Buena | 2699,500 | -2,659 | 0,008 |
| | | Excelente | 207,000 | -4,136 | 0,000 |
| | Buena | Excelente | 1295,500 | -3,159 | 0,002 |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Mala | Regular | 2,000 | -0,632 | 0,857 |
| | | Aceptable | 16,000 | -0,398 | 0,810 |
| | | Buena | 74,000 | -0,276 | 0,852 |
| | | Excelente | 3,000 | -1,282 | 0,348 |
| | Regular | Aceptable | 119,000 | -0,137 | 0,913 |
| | | Buena | 341,000 | -1,517 | 0,129 |
| | | Excelente | 12,000 | -3,176 | 0,001 |
| | Aceptable | Buena | 2642,500 | -2,731 | 0,006 |
| | | Excelente | 147,000 | -4,543 | 0,000 |
| | Buena | Excelente | 1074,000 | -3,502 | 0,000 |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Mala | Regular | 1,500 | -0,837 | 0,571 |
| | | Aceptable | 10,500 | -0,908 | 0,524 |
| | | Buena | 25,000 | -1,276 | 0,295 |
| | | Excelente | 1,000 | -1,609 | 0,167 |
| | Regular | Aceptable | 122,500 | -0,017 | 0,988 |
| | | Buena | 355,500 | -1,394 | 0,163 |
| | | Excelente | 19,000 | -2,807 | 0,005 |
| | Aceptable | Buena | 2458,500 | -3,264 | 0,001 |
| | | Excelente | 143,500 | -4,772 | 0,000 |
| | Buena | Excelente | 1100,500 | -3,651 | 0,000 |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Mala | Regular | 1,000 | -1,155 | 0,571 |
| | | Aceptable | 14,500 | -0,537 | 0,714 |
| | | Buena | 61,500 | -0,552 | 0,709 |
| | | Excelente | 8,500 | -0,464 | 0,750 |
| | Regular | Aceptable | 93,000 | -1,050 | 0,356 |
| | | Buena | 375,000 | -1,282 | 0,200 |
| | | Excelente | 25,000 | -2,503 | 0,016 |
| | Aceptable | Buena | 3508,500 | -0,178 | 0,859 |
| | | Excelente | 290,500 | -2,687 | 0,007 |
| | Buena | Excelente | 1207,500 | -3,343 | 0,001 |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Mala | Regular | ,500 | -1,581 | 0,286 |
| | | Aceptable | 8,500 | -1,155 | 0,429 |
| | | Buena | 59,500 | -0,593 | 0,686 |
| | | Excelente | 9,500 | -0,306 | 0,833 |
| | Regular | Aceptable | 95,000 | -1,066 | 0,390 |
| | | Buena | 322,000 | -1,742 | 0,082 |
| | | Excelente | 38,500 | -1,791 | 0,102 |
| | Aceptable | Buena | 2908,500 | -2,023 | 0,043 |
| | | Excelente | 346,000 | -1,969 | 0,049 |
| | Buena | Excelente | 1820,500 | -0,762 | 0,446 |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Mala | Regular | 3,000 | 0,000 | 1,000 |
| | | Aceptable | 15,500 | -0,556 | 0,762 |
| | | Buena | 62,000 | -0,623 | 0,720 |
| | | Excelente | 6,500 | -0,810 | 0,583 |
| | Regular | Aceptable | 93,000 | -1,343 | 0,356 |
| | | Buena | 372,000 | -1,520 | 0,129 |

| | | | | | |
|---|-----------|-----------|----------|--------|-------|
| | | Excelente | 39,000 | -1,910 | 0,114 |
| | Aceptable | Buena | 357,000 | -1,958 | 0,050 |
| | | Excelente | 2936,000 | -1,847 | 0,065 |
| | Buena | Excelente | 1629,000 | -1,784 | 0,074 |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Mala | Regular | 1,000 | -1,048 | 0,571 |
| | | Aceptable | 8,500 | -1,065 | 0,429 |
| | | Buena | 17,500 | -1,411 | 0,205 |
| | | Excelente | 1,500 | -1,482 | 0,167 |
| | Regular | Aceptable | 104,000 | -0,648 | 0,565 |
| | | Buena | 373,000 | -1,234 | 0,217 |
| | | Excelente | 34,500 | -1,897 | 0,062 |
| | Aceptable | Buena | 3360,500 | -0,732 | 0,464 |
| | | Excelente | 189,500 | -4,084 | 0,000 |
| | Buena | Excelente | 1571,000 | -1,748 | 0,080 |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Mala | Regular | 1,000 | -1,048 | 0,571 |
| | | Aceptable | 4,500 | -1,354 | 0,238 |
| | | Buena | 12,000 | -1,517 | 0,148 |
| | | Excelente | ,000 | -1,716 | 0,083 |
| | Regular | Aceptable | 112,500 | -0,344 | 0,744 |
| | | Buena | 33,000 | -2,000 | 0,054 |
| | | Excelente | 388,000 | -1,108 | 0,268 |
| | Aceptable | Buena | 2153,000 | -4,092 | 0,000 |
| | | Excelente | 254,500 | -3,109 | 0,002 |
| | Buena | Excelente | 1489,500 | -2,068 | 0,039 |

Tabla 25. Relación entre la calidad de los cuidados y las respuestas negativas de las dimensiones (preg. 60) (Kruskal-Wallis)

| Dimensión | Calidad cuidado | N | Media | DE | χ^2 | p |
|---|-----------------|-----|--------|-------|----------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Mala | 1 | 0,00 | - | 5,478 | 0,242 |
| | Regular | 6 | 33,33 | 36,51 | | |
| | Aceptable | 41 | 17,89 | 27,99 | | |
| | Buena | 169 | 16,18 | 29,55 | | |
| | Excelente | 22 | 7,25 | 22,38 | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Mala | 1 | 100,00 | - | 42,295 | 0,000 |
| | Regular | 6 | 75,00 | 27,39 | | |
| | Aceptable | 41 | 57,93 | 27,64 | | |
| | Buena | 169 | 39,70 | 24,99 | | |
| | Excelente | 22 | 18,84 | 15,73 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Mala | 1 | 0,00 | - | 15,253 | 0,004 |
| | Regular | 6 | 8,33 | 20,41 | | |
| | Aceptable | 41 | 21,54 | 27,76 | | |
| | Buena | 169 | 10,02 | 21,94 | | |
| | Excelente | 22 | 2,17 | 7,20 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Mala | 1 | ,00 | . | 13,480 | 0,009 |
| | Regular | 6 | 33,33 | 29,81 | | |
| | Aceptable | 41 | 23,58 | 29,10 | | |
| | Buena | 169 | 15,13 | 25,49 | | |

| | | | | | | |
|---|-----------|-----|-------|-------|--------|-------|
| | Excelente | 22 | 4,35 | 15,26 | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Mala | 1 | 0,00 | - | 10,824 | 0,029 |
| | Regular | 6 | 29,17 | 36,80 | | |
| | Aceptable | 41 | 10,98 | 21,69 | | |
| | Buena | 169 | 8,38 | 19,86 | | |
| | Excelente | 22 | 2,17 | 7,20 | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Mala | 1 | 0,00 | - | 16,504 | 0,002 |
| | Regular | 6 | 33,33 | 29,81 | | |
| | Aceptable | 41 | 23,58 | 26,08 | | |
| | Buena | 169 | 15,24 | 21,06 | | |
| | Excelente | 22 | 3,03 | 9,81 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Mala | 1 | 66,67 | - | 14,651 | 0,005 |
| | Regular | 6 | 38,89 | 44,31 | | |
| | Aceptable | 41 | 28,46 | 30,33 | | |
| | Buena | 169 | 21,71 | 30,24 | | |
| | Excelente | 22 | 4,35 | 11,48 | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Mala | 1 | 33,33 | - | 4,219 | 0,377 |
| | Regular | 6 | 61,11 | 25,09 | | |
| | Aceptable | 41 | 43,90 | 28,32 | | |
| | Buena | 169 | 50,38 | 24,96 | | |
| | Excelente | 22 | 44,93 | 25,84 | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Mala | 1 | 50,00 | - | 14,772 | 0,005 |
| | Regular | 6 | 91,67 | 12,91 | | |
| | Aceptable | 41 | 79,27 | 22,29 | | |
| | Buena | 169 | 65,04 | 30,14 | | |
| | Excelente | 22 | 58,70 | 32,52 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Mala | 1 | 66,67 | - | 11,171 | 0,025 |
| | Regular | 6 | 94,44 | 13,61 | | |
| | Aceptable | 41 | 60,16 | 33,52 | | |
| | Buena | 169 | 54,79 | 38,26 | | |
| | Excelente | 22 | 39,13 | 41,01 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Mala | 1 | 75,00 | - | 16,221 | 0,003 |
| | Regular | 6 | 47,22 | 23,37 | | |
| | Aceptable | 41 | 36,59 | 31,17 | | |
| | Buena | 169 | 22,57 | 24,73 | | |
| | Excelente | 22 | 20,65 | 28,85 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Mala | 1 | 75,00 | - | 9,547 | 0,049 |
| | Regular | 6 | 37,50 | 34,46 | | |
| | Aceptable | 41 | 35,98 | 32,62 | | |
| | Buena | 169 | 25,05 | 26,87 | | |
| | Excelente | 22 | 17,39 | 24,35 | | |

Tabla 26. Relación entre la calidad de los cuidados y las respuestas positivas de las dimensiones (preg. 60) U-Mann Whitney bivariadas

| Dimensión | Turno | U | Z | p |
|--|-----------|--------|--------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Regular | 1,500 | -0,866 | 0,386 |
| | Aceptable | 13,500 | -0,692 | 0,489 |
| | Buena | 62,000 | -0,617 | 0,537 |

| | | | | | |
|---|-----------|-----------|----------|--------|-------|
| | Regular | Excelente | 10,000 | -0,377 | 0,706 |
| | | Aceptable | 94,500 | -1,063 | 0,288 |
| | | Buena | 385,500 | -1,338 | 0,181 |
| | | Excelente | 42,000 | -2,055 | 0,040 |
| | Aceptable | Buena | 3363,000 | -0,641 | 0,521 |
| | | Excelente | 371,500 | -1,806 | 0,071 |
| | Buena | Excelente | 1680,500 | -1,560 | 0,119 |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Mala | Regular | 1,000 | -1,080 | 0,280 |
| | | Aceptable | 3,000 | -1,492 | 0,136 |
| | | Buena | 4,000 | -1,725 | 0,085 |
| | | Excelente | ,000 | -1,814 | 0,070 |
| | Regular | Aceptable | 78,500 | -1,469 | 0,142 |
| | | Buena | 178,500 | -2,865 | 0,004 |
| | | Excelente | 9,000 | -3,428 | 0,001 |
| | Aceptable | Buena | 2249,000 | -3,837 | 0,000 |
| | | Excelente | 122,000 | -5,027 | 0,000 |
| | Buena | Excelente | 1026,000 | -3,973 | 0,000 |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Mala | Regular | 2,500 | -0,408 | 0,683 |
| | | Aceptable | 11,000 | -0,862 | 0,389 |
| | | Buena | 67,000 | -0,533 | 0,594 |
| | | Excelente | 10,500 | -0,302 | 0,763 |
| | Regular | Aceptable | 88,500 | -1,228 | 0,219 |
| | | Buena | 494,000 | -0,275 | 0,783 |
| | | Excelente | 62,500 | -0,662 | 0,508 |
| | Aceptable | Buena | 2665,500 | -3,164 | 0,002 |
| | | Excelente | 282,000 | -3,186 | 0,001 |
| | Buena | Excelente | 1696,000 | -1,618 | 0,106 |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Mala | Regular | 1,000 | -1,058 | 0,290 |
| | | Aceptable | 11,000 | -0,868 | 0,386 |
| | | Buena | 59,500 | -0,666 | 0,505 |
| | | Excelente | 10,500 | -0,301 | 0,763 |
| | Regular | Aceptable | 98,000 | -0,869 | 0,385 |
| | | Buena | 327,000 | -1,876 | 0,061 |
| | | Excelente | 29,000 | -3,047 | 0,002 |
| | Aceptable | Buena | 2987,500 | -1,923 | 0,054 |
| | | Excelente | 294,000 | -2,992 | 0,003 |
| | Buena | Excelente | 1548,500 | -2,211 | 0,027 |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Mala | Regular | 1,000 | -1,080 | 0,280 |
| | | Aceptable | 15,000 | -0,589 | 0,556 |
| | | Buena | 70,500 | -0,479 | 0,632 |
| | | Excelente | 10,500 | -0,302 | 0,763 |
| | Regular | Aceptable | 76,500 | -1,802 | 0,072 |
| | | Buena | 282,500 | -2,706 | 0,007 |
| | | Excelente | 28,000 | -3,133 | 0,002 |
| | Aceptable | Buena | 3303,500 | -1,045 | 0,296 |
| | | Excelente | 381,000 | -1,805 | 0,071 |
| | Buena | Excelente | 1778,500 | -1,301 | 0,193 |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Mala | Regular | 1,000 | -1,058 | 0,290 |
| | | Aceptable | 9,500 | -0,993 | 0,321 |
| | | Buena | 53,000 | -0,792 | 0,429 |

| | | | | | |
|---|-----------|-----------|----------|--------|-------|
| | Regular | Excelente | 10,000 | -0,309 | 0,758 |
| | | Aceptable | 98,000 | -0,864 | 0,388 |
| | | Buena | 333,000 | -1,760 | 0,078 |
| | | Excelente | 26,000 | -3,129 | 0,002 |
| | Aceptable | Buena | 2970,500 | -1,962 | 0,050 |
| | | Excelente | 244,000 | -3,471 | 0,001 |
| | Buena | Excelente | 1332,000 | -2,798 | 0,005 |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Mala | Regular | 2,000 | -0,540 | 0,589 |
| | | Aceptable | 6,000 | -1,274 | 0,203 |
| | | Buena | 20,000 | -1,495 | 0,135 |
| | | Excelente | ,000 | -2,563 | 0,010 |
| | Regular | Aceptable | 109,000 | -0,476 | 0,634 |
| | | Buena | 417,500 | -0,958 | 0,338 |
| | | Excelente | 39,000 | -2,284 | 0,022 |
| | Aceptable | Buena | 3079,000 | -1,568 | 0,117 |
| | | Excelente | 253,500 | -3,469 | 0,001 |
| | Buena | Excelente | 1389,000 | -2,780 | 0,005 |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Mala | Regular | 1,000 | -1,080 | 0,280 |
| | | Aceptable | 15,500 | -0,440 | 0,660 |
| | | Buena | 51,000 | -0,777 | 0,437 |
| | | Excelente | 8,500 | -0,489 | 0,625 |
| | Regular | Aceptable | 82,500 | -1,374 | 0,169 |
| | | Buena | 400,500 | -1,053 | 0,292 |
| | | Excelente | 45,000 | -1,417 | 0,156 |
| | Aceptable | Buena | 3150,500 | -1,259 | 0,208 |
| | | Excelente | 469,500 | -0,030 | 0,976 |
| | Buena | Excelente | 1755,000 | -1,044 | 0,296 |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Mala | Regular | ,000 | -1,673 | 0,094 |
| | | Aceptable | 5,000 | -1,374 | 0,169 |
| | | Buena | 52,000 | -0,717 | 0,473 |
| | | Excelente | 8,000 | -0,524 | 0,600 |
| | Regular | Aceptable | 85,000 | -1,318 | 0,187 |
| | | Buena | 244,000 | -2,297 | 0,022 |
| | | Excelente | 25,000 | -2,469 | 0,014 |
| | Aceptable | Buena | 2621,000 | -2,749 | 0,006 |
| | | Excelente | 294,000 | -2,625 | 0,009 |
| | Buena | Excelente | 1782,500 | -0,881 | 0,378 |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Mala | Regular | ,500 | -1,581 | 0,114 |
| | | Aceptable | 19,000 | -0,129 | 0,897 |
| | | Buena | 75,000 | -0,246 | 0,806 |
| | | Excelente | 7,000 | -0,683 | 0,495 |
| | Regular | Aceptable | 49,000 | -2,473 | 0,013 |
| | | Buena | 215,000 | -2,538 | 0,011 |
| | | Excelente | 19,500 | -2,792 | 0,005 |
| | Aceptable | Buena | 3311,000 | -0,740 | 0,459 |
| | | Excelente | 328,000 | -2,075 | 0,038 |
| | Buena | Excelente | 1552,000 | -1,809 | 0,071 |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Mala | Regular | 1,000 | -1,048 | 0,295 |
| | | Aceptable | 6,000 | -1,235 | 0,217 |
| | | Buena | 8,000 | -1,665 | 0,096 |

| | | | | | |
|---|-----------|-----------|----------|--------|-------|
| | Regular | Excelente | 2,000 | -1,489 | 0,136 |
| | | Aceptable | 89,500 | -1,102 | 0,270 |
| | | Buena | 229,000 | -2,488 | 0,013 |
| | | Excelente | 26,500 | -2,416 | 0,016 |
| | Aceptable | Buena | 2656,500 | -2,728 | 0,006 |
| | | Excelente | 316,500 | -2,262 | 0,024 |
| | Buena | Excelente | 1838,500 | -0,719 | 0,472 |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/idades (dimensión 12) | Mala | Regular | 1,000 | -1,038 | 0,299 |
| | | Aceptable | 6,000 | -1,234 | 0,217 |
| | | Buena | 11,500 | -1,579 | 0,114 |
| | | Excelente | ,500 | -1,786 | 0,074 |
| | Regular | Aceptable | 120,500 | -0,082 | 0,934 |
| | | Buena | 404,500 | -1,007 | 0,314 |
| | | Excelente | 42,000 | -1,582 | 0,114 |
| | Aceptable | Buena | 2927,500 | -1,924 | 0,054 |
| | | Excelente | 316,000 | -2,291 | 0,022 |
| | Buena | Excelente | 1676,500 | -1,381 | 0,167 |

Tabla 27. Media de % de respuestas positivas según formación previa (preg.53) (t-Student)

| Dimensión | Formación | N | Media | (DE) | t | p |
|--|-----------|-----|-------|-------|-------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Sí | 56 | 50,00 | 45,84 | 0,91 | 0,364 |
| | No | 197 | 43,99 | 42,91 | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Sí | 56 | 36,01 | 24,05 | 0,00 | 0,998 |
| | No | 197 | 36,00 | 30,46 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Sí | 56 | 77,68 | 31,14 | 2,19 | 0,030 |
| | No | 196 | 66,84 | 33,13 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Sí | 56 | 67,86 | 26,94 | 1,49 | 0,137 |
| | No | 197 | 60,24 | 35,37 | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Sí | 56 | 82,74 | 27,88 | 1,00 | 0,317 |
| | No | 197 | 78,34 | 29,22 | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Sí | 56 | 39,88 | 32,05 | -0,73 | 0,466 |
| | No | 197 | 43,65 | 34,68 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Sí | 56 | 50,60 | 33,63 | 2,28 | 0,023 |
| | No | 198 | 38,64 | 34,88 | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Sí | 56 | 25,00 | 22,25 | -0,05 | 0,955 |
| | No | 197 | 25,21 | 25,46 | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Sí | 56 | 17,41 | 22,32 | -0,28 | 0,776 |
| | No | 197 | 18,40 | 23,16 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Sí | 56 | 15,48 | 29,10 | -0,02 | 0,983 |
| | No | 197 | 15,57 | 27,46 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Sí | 56 | 44,05 | 33,92 | 0,66 | 0,510 |
| | No | 198 | 40,70 | 33,42 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/idades (dim. 12) | Sí | 56 | 50,45 | 32,51 | -0,55 | 0,580 |
| | No | 198 | 53,24 | 33,56 | | |

Tabla 28. Media de % de respuestas negativas según formación previa (preg.53) (t-Student)

| Dimensión | Formación | N | Media | (DE) | t | p |
|--|-----------|-----|-------|-------|--------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Sí | 56 | 12,50 | 26,64 | -1,115 | 0,266 |
| | No | 197 | 17,43 | 29,85 | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Sí | 56 | 40,18 | 22,70 | -0,625 | 0,532 |
| | No | 197 | 42,72 | 27,96 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Sí | 56 | 8,93 | 25,86 | -0,674 | 0,501 |
| | No | 196 | 11,18 | 20,86 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Sí | 56 | 8,93 | 16,19 | -2,208 | 0,028 |
| | No | 197 | 17,26 | 26,85 | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Sí | 56 | 10,71 | 25,16 | 0,931 | 0,353 |
| | No | 197 | 7,91 | 18,13 | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Sí | 56 | 18,45 | 24,55 | 0,882 | 0,378 |
| | No | 197 | 15,48 | 21,53 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Sí | 56 | 12,50 | 21,61 | -2,544 | 0,012 |
| | No | 198 | 23,74 | 30,97 | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Sí | 56 | 48,81 | 23,75 | -0,199 | 0,842 |
| | No | 197 | 49,58 | 25,94 | | |
| Dotación de personal (dim. 9) | Sí | 56 | 69,20 | 29,38 | 0,558 | 0,577 |
| | No | 197 | 66,71 | 29,42 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Sí | 56 | 54,17 | 37,37 | -0,203 | 0,839 |
| | No | 197 | 55,33 | 37,96 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Sí | 56 | 23,96 | 26,78 | -0,457 | 0,648 |
| | No | 198 | 25,84 | 27,34 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Sí | 56 | 25,45 | 30,34 | -0,405 | 0,686 |
| | No | 198 | 27,19 | 27,85 | | |

Tabla 29. Media de % de respuestas positivas según apoyo a la adaptación (preg.55) (t-Student)

| Dimensión | Apoyo | N | Media | (DE) | t | p |
|--|-------|-----|-------|-------|------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Sí | 47 | 53,90 | 42,59 | 1,50 | 0,135 |
| | No | 206 | 43,37 | 43,64 | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Sí | 47 | 45,92 | 25,59 | 2,62 | 0,009 |
| | No | 206 | 33,74 | 29,46 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Sí | 47 | 73,58 | 31,63 | 1,00 | 0,318 |
| | No | 205 | 68,25 | 33,24 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Sí | 47 | 78,01 | 28,04 | 3,71 | 0,000 |
| | No | 206 | 58,25 | 33,97 | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Sí | 47 | 85,64 | 24,31 | 1,67 | 0,097 |
| | No | 206 | 77,87 | 29,75 | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Sí | 47 | 48,94 | 32,49 | 1,37 | 0,173 |
| | No | 206 | 41,42 | 34,36 | | |
| Feed-back y comunicación | Sí | 47 | 53,90 | 32,27 | 2,78 | 0,006 |

| | | | | | | |
|--|----|-----|-------|-------|------|-------|
| sobre errores (dimensión 7) | No | 207 | 38,41 | 34,91 | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Sí | 47 | 25,53 | 24,29 | 0,11 | 0,910 |
| | No | 206 | 25,08 | 24,90 | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Sí | 47 | 23,40 | 25,22 | 1,73 | 0,084 |
| | No | 206 | 16,99 | 22,28 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Sí | 47 | 26,95 | 37,20 | 3,17 | 0,002 |
| | No | 206 | 12,94 | 24,52 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Sí | 47 | 51,95 | 34,41 | 2,41 | 0,017 |
| | No | 207 | 39,05 | 32,90 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dim. 12) | Sí | 47 | 58,51 | 35,08 | 1,35 | 0,180 |
| | No | 207 | 51,29 | 32,81 | | |

Tabla 30. Media de % de respuestas negativas según apoyo a la adaptación (preg.55) (t-Student)

| Dimensión | Apoyo | N | Media | (DE) | t | p |
|---|--------------|----------|--------------|-------------|----------|----------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Sí | 47 | 9,22 | 23,78 | -1,862 | 0,064 |
| | No | 206 | 17,96 | 30,10 | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Sí | 47 | 33,33 | 26,47 | -2,523 | 0,012 |
| | No | 206 | 44,17 | 26,60 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Sí | 47 | 8,33 | 21,14 | -0,809 | 0,419 |
| | No | 205 | 11,22 | 22,25 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Sí | 47 | 5,67 | 14,44 | -2,995 | 0,003 |
| | No | 206 | 17,64 | 26,48 | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Sí | 47 | 5,85 | 16,66 | -1,024 | 0,307 |
| | No | 206 | 9,14 | 20,53 | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Sí | 47 | 14,89 | 19,42 | -0,425 | 0,671 |
| | No | 206 | 16,42 | 22,84 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Sí | 47 | 19,86 | 26,61 | -0,360 | 0,719 |
| | No | 207 | 21,58 | 30,17 | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Sí | 47 | 46,10 | 25,59 | -0,988 | 0,324 |
| | No | 206 | 50,16 | 25,40 | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Sí | 47 | 63,83 | 29,40 | -0,887 | 0,376 |
| | No | 206 | 68,04 | 29,38 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Sí | 47 | 43,26 | 36,72 | -2,399 | 0,017 |
| | No | 206 | 57,77 | 37,56 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Sí | 47 | 17,73 | 23,93 | -2,166 | 0,031 |
| | No | 207 | 27,17 | 27,61 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Sí | 47 | 22,34 | 28,66 | -1,196 | 0,233 |
| | No | 207 | 27,82 | 28,27 | | |

Tabla 31. Media de % de respuestas positivas según último turno (Preg. 57) (ANOVA)

| Dimensión | Turno | N | Media | DE | F | p |
|--|--------|-----|-------|-------|-------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Mañana | 138 | 46,14 | 44,18 | 0,212 | 0,809 |
| | Tarde | 61 | 46,45 | 41,85 | | |
| | Noche | 48 | 41,67 | 44,83 | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Mañana | 139 | 36,99 | 29,96 | 0,268 | 0,765 |
| | Tarde | 61 | 33,74 | 26,63 | | |
| | Noche | 48 | 36,63 | 30,88 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Mañana | 140 | 67,80 | 33,19 | 0,337 | 0,714 |
| | Tarde | 59 | 69,21 | 34,68 | | |
| | Noche | 48 | 72,40 | 33,12 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Mañana | 139 | 62,35 | 34,25 | 0,144 | 0,866 |
| | Tarde | 61 | 59,56 | 32,27 | | |
| | Noche | 48 | 61,11 | 35,95 | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Mañana | 139 | 79,26 | 29,65 | 0,027 | 0,974 |
| | Tarde | 61 | 79,10 | 29,09 | | |
| | Noche | 48 | 78,13 | 29,90 | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Mañana | 140 | 41,90 | 34,94 | 0,154 | 0,857 |
| | Tarde | 61 | 44,81 | 30,96 | | |
| | Noche | 47 | 43,26 | 37,37 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Mañana | 140 | 39,64 | 34,77 | 0,340 | 0,712 |
| | Tarde | 61 | 41,53 | 33,56 | | |
| | Noche | 48 | 44,44 | 38,49 | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Mañana | 139 | 26,14 | 25,93 | 0,158 | 0,854 |
| | Tarde | 61 | 24,04 | 23,67 | | |
| | Noche | 48 | 25,00 | 23,32 | | |
| Dotación de personal (dim. 9) | Mañana | 139 | 21,76 | 26,04 | 4,549 | 0,011 |
| | Tarde | 61 | 11,89 | 15,55 | | |
| | Noche | 48 | 15,10 | 19,12 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Mañana | 139 | 15,83 | 27,90 | 0,922 | 0,399 |
| | Tarde | 61 | 10,93 | 24,13 | | |
| | Noche | 48 | 17,36 | 29,16 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Mañana | 140 | 40,89 | 34,35 | 1,043 | 0,354 |
| | Tarde | 61 | 46,58 | 32,32 | | |
| | Noche | 48 | 37,67 | 31,74 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Mañana | 140 | 51,25 | 34,55 | 2,441 | 0,089 |
| | Tarde | 61 | 60,66 | 30,09 | | |
| | Noche | 48 | 47,74 | 32,01 | | |

Tabla 32. Media de % de respuestas negativas según último turno (Preg. 57) (ANOVA)

| Dimensión | Turno | N | Media | DE | F | p |
|---|--------|-----|-------|-------|-------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Mañana | 138 | 14,01 | 26,66 | 1,722 | 0,181 |
| | Tarde | 61 | 15,30 | 28,27 | | |
| | Noche | 48 | 22,92 | 35,17 | | |
| Percepción de seguridad | Mañana | 139 | 40,11 | 26,42 | 0,790 | 0,455 |
| | Tarde | 61 | 45,22 | 27,62 | | |

| | | | | | | |
|---|--------|-----|-------|-------|-------|-------|
| (dimensión 2) | Noche | 48 | 42,88 | 28,61 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Mañana | 140 | 11,31 | 20,73 | 0,470 | 0,626 |
| | Tarde | 59 | 12,43 | 28,08 | | |
| | Noche | 48 | 8,33 | 19,52 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Mañana | 139 | 15,83 | 27,02 | 0,001 | 0,999 |
| | Tarde | 61 | 15,85 | 23,26 | | |
| | Noche | 48 | 15,97 | 25,72 | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Mañana | 139 | 7,55 | 17,97 | 1,903 | 0,151 |
| | Tarde | 61 | 12,84 | 25,76 | | |
| | Noche | 48 | 6,25 | 16,71 | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Mañana | 140 | 15,71 | 22,06 | 0,249 | 0,779 |
| | Tarde | 61 | 17,49 | 21,61 | | |
| | Noche | 47 | 14,54 | 23,21 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Mañana | 140 | 22,26 | 31,46 | 0,078 | 0,925 |
| | Tarde | 61 | 20,49 | 25,53 | | |
| | Noche | 48 | 22,22 | 31,76 | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Mañana | 139 | 47,12 | 24,65 | 0,834 | 0,436 |
| | Tarde | 61 | 50,55 | 24,71 | | |
| | Noche | 48 | 52,08 | 29,10 | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Mañana | 139 | 66,13 | 30,66 | 1,924 | 0,148 |
| | Tarde | 61 | 73,36 | 26,17 | | |
| | Noche | 48 | 63,02 | 29,17 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Mañana | 139 | 55,64 | 37,08 | 1,792 | 0,169 |
| | Tarde | 61 | 61,75 | 37,43 | | |
| | Noche | 48 | 47,92 | 40,63 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Mañana | 140 | 26,79 | 26,59 | 0,569 | 0,567 |
| | Tarde | 61 | 23,91 | 28,11 | | |
| | Noche | 48 | 22,40 | 26,92 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Mañana | 140 | 27,92 | 27,25 | 0,557 | 0,573 |
| | Tarde | 61 | 23,36 | 27,34 | | |
| | Noche | 48 | 26,04 | 32,19 | | |

Tabla 33. Correlación entre las respuestas positivas y nº pacientes (preg.58)
(Correlación de Pearson)

| Dimensión | | P.58 |
|--|-------------|-------------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Correlación | 0,017 |
| | p | 0,801 |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Correlación | 0,051 |
| | p | 0,435 |

| | | |
|---|-------------|--------|
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Correlación | -0,025 |
| | p | 0,709 |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Correlación | -0,004 |
| | p | 0,950 |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Correlación | 0,033 |
| | p | 0,611 |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Correlación | 0,032 |
| | p | 0,630 |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Correlación | 0,011 |
| | p | 0,864 |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Correlación | 0,035 |
| | p | 0,592 |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Correlación | -0,043 |
| | p | 0,518 |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Correlación | 0,031 |
| | p | 0,638 |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Correlación | -0,025 |
| | p | 0,705 |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Correlación | 0,043 |
| | p | 0,517 |

Tabla 34. Correlación entre las respuestas negativas y nº pacientes (preg.58)
(Correlación de Pearson)

| Dimensión | | P.58 |
|---|-------------|-------------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Correlación | 0,025 |
| | p | 0,704 |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Correlación | 0,009 |
| | p | 0,890 |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Correlación | 0,073 |
| | p | 0,265 |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Correlación | -0,013 |
| | p | 0,844 |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Correlación | 0,001 |
| | p | 0,985 |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Correlación | -0,075 |
| | p | 0,257 |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Correlación | 0,068 |
| | p | 0,299 |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Correlación | 0,034 |
| | p | 0,609 |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Correlación | 0,000 |
| | p | 0,998 |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Correlación | 0,023 |
| | p | 0,721 |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Correlación | 0,042 |
| | p | 0,527 |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Correlación | -0,014 |
| | p | 0,835 |

Tabla 35. Correlación entre las respuestas positivas y el tiempo en el hospital (preg.47)
(Correlación de Pearson)

| Dimensión | | P.47 |
|--|-------------|----------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Correlación | -0,090 |
| | p | 0,160 |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Correlación | -0,118 |
| | p | 0,065 |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Correlación | -0,021 |
| | p | 0,739 |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Correlación | -0,079 |
| | p | 0,217 |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Correlación | -0,174** |
| | p | 0,006 |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Correlación | 0,030 |
| | p | 0,638 |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Correlación | -0,145* |
| | p | 0,022 |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Correlación | 0,074 |
| | p | 0,250 |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Correlación | -0,096 |
| | p | 0,134 |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Correlación | -0,089 |
| | p | 0,163 |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Correlación | -0,110 |
| | p | 0,084 |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Correlación | 0,111 |
| | p | 0,081 |

*Correlación significativa a nivel <0,05

**Correlación significativa a nivel <0,01

Tabla 36. Correlación entre las respuestas negativas y el tiempo en el hospital (preg.47)
(Correlación de Pearson)

| Dimensión | | P.47 |
|--|-------------|---------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Correlación | -0,031 |
| | p | 0,632 |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Correlación | 0,220** |
| | p | 0,001 |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Correlación | 0,116 |
| | p | 0,069 |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Correlación | 0,090 |
| | p | 0,161 |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Correlación | 0,227** |
| | p | 0,000 |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Correlación | -0,050 |
| | p | 0,432 |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Correlación | 0,054 |
| | p | 0,396 |

| | | |
|---|-------------|--------|
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Correlación | -0,001 |
| | p | 0,989 |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Correlación | 0,132* |
| | p | 0,038 |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Correlación | 0,094 |
| | p | 0,139* |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Correlación | 0,022 |
| | p | 0,735 |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Correlación | -0,086 |
| | p | 0,177 |

*Correlación significativa a nivel <0,05

**Correlación significativa a nivel <0,01

Tabla 37. Correlación entre las respuestas positivas y el tiempo en la unidad (preg.48)
(Correlación de Pearson)

| Dimensión | | P.48 |
|---|-------------|-------------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Correlación | -0,046 |
| | p | 0,470 |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Correlación | -0,023 |
| | p | 0,715 |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Correlación | 0,003 |
| | p | 0,965 |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Correlación | -0,006 |
| | p | 0,922 |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Correlación | -0,012 |
| | p | 0,846 |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Correlación | 0,141* |
| | p | 0,027 |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Correlación | -0,052 |
| | p | 0,420 |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Correlación | 0,051 |
| | p | 0,430 |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Correlación | -0,036 |
| | p | 0,578 |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Correlación | -0,074 |
| | p | 0,245 |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Correlación | -0,036 |
| | p | 0,569 |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Correlación | 0,036 |
| | p | 0,577 |

*Correlación significativa a nivel <0,05

**Correlación significativa a nivel <0,01

Tabla 38. Correlación entre las respuestas negativas y el tiempo en la unidad (preg.48)
(Correlación de Pearson)

| Dimensión | | P.48 |
|--|-------------|--------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Correlación | -0,005 |
| | p | 0,942 |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Correlación | 0,107 |
| | p | 0,094 |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Correlación | 0,032 |
| | p | 0,615 |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Correlación | 0,053 |
| | p | 0,405 |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Correlación | 0,021 |
| | p | 0,741 |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Correlación | -0,094 |
| | p | 0,142 |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Correlación | 0,034 |
| | p | 0,594 |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Correlación | -0,004 |
| | p | 0,955 |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Correlación | 0,086 |
| | p | 0,177 |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Correlación | 0,040 |
| | p | 0,532 |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Correlación | 0,014 |
| | p | 0,828 |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Correlación | -0,055 |
| | p | 0,390 |

*Correlación significativa a nivel <0,05

**Correlación significativa a nivel <0,01

Tabla 39. Media de % de respuestas positivas según contrato (Preg. 49) (ANOVA)

| Dimensión | Contrato | N | Media | DE | F | p |
|--|-------------|-----|-------|-------|-------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Indefinido | 86 | 37,60 | 43,32 | 2,304 | 0,102 |
| | Interinidad | 35 | 51,43 | 43,04 | | |
| | Sustitución | 128 | 49,48 | 43,27 | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Indefinido | 86 | 32,07 | 27,82 | 3,934 | 0,021 |
| | Interinidad | 35 | 27,14 | 25,99 | | |
| | Sustitución | 128 | 40,23 | 29,28 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Indefinido | 86 | 66,67 | 36,00 | ,556 | 0,574 |
| | Interinidad | 35 | 67,86 | 30,66 | | |
| | Sustitución | 127 | 71,39 | 31,80 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Indefinido | 86 | 61,24 | 33,08 | 1,890 | 0,153 |
| | Interinidad | 35 | 52,38 | 38,17 | | |
| | Sustitución | 128 | 64,84 | 33,02 | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Indefinido | 86 | 74,52 | 31,99 | 2,667 | 0,071 |
| | Interinidad | 35 | 75,71 | 31,20 | | |
| | Sustitución | 128 | 83,27 | 25,75 | | |

| | | | | | | |
|---|--------------------|------------|--------------|--------------|-------|-------|
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Indefinido | 86 | 43,41 | 34,33 | 1,595 | 0,205 |
| | Interinidad | 35 | 33,33 | 32,34 | | |
| | Sustitución | 128 | 44,79 | 34,10 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Indefinido | 87 | 35,06 | 35,59 | 2,732 | 0,067 |
| | Interinidad | 35 | 37,62 | 34,14 | | |
| | Sustitución | 128 | 45,96 | 34,48 | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Indefinido | 86 | 27,52 | 25,15 | ,736 | 0,480 |
| | Interinidad | 35 | 23,81 | 26,29 | | |
| | Sustitución | 128 | 23,44 | 24,16 | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Indefinido | 86 | 14,83 | 21,82 | 1,311 | 0,272 |
| | Interinidad | 35 | 17,14 | 20,80 | | |
| | Sustitución | 128 | 19,92 | 23,76 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Indefinido | 87 | 13,03 | 23,49 | ,823 | 0,440 |
| | Interinidad | 35 | 11,43 | 26,74 | | |
| | Sustitución | 127 | 16,80 | 28,75 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Indefinido | 87 | 33,33 | 32,27 | 5,906 | 0,003 |
| | Interinidad | 35 | 35,00 | 30,71 | | |
| | Sustitución | 128 | 48,05 | 33,73 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Indefinido | 87 | 53,07 | 34,01 | ,606 | 0,547 |
| | Interinidad | 35 | 46,67 | 32,60 | | |
| | Sustitución | 128 | 53,45 | 32,68 | | |

Tabla 40. Post-hoc de Bonferroni para las variables con $p < 0,05$

| Dimensión | Tipo de contrato | | Diferencia de medias (I-J) | p |
|--|------------------|-------------|----------------------------|-------|
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Indefinido | Interinidad | 4,93079 | 1,000 |
| | | Sustitución | -8,16073 | 0,120 |
| | Interinidad | Indefinido | -4,93079 | 1,000 |
| | | Sustitución | -13,09152 | 0,049 |
| | Sustitución | Indefinido | 8,16073 | 0,120 |
| | | Interinidad | 13,09152 | 0,049 |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Indefinido | Interinidad | -1,66667 | 1,000 |
| | | Sustitución | -14,71354 | 0,004 |
| | Interinidad | Indefinido | 1,66667 | 1,000 |
| | | Sustitución | -13,04688 | 0,115 |
| | Sustitución | Indefinido | 14,71354 | 0,004 |
| | | Interinidad | 13,04688 | ,115 |

Tabla 41. Media de % de respuestas negativas según contrato (Preg. 49) (ANOVA)

| Dimensión | Contrato | N | Media | DE | F | p |
|--|-------------|-----|-------|-------|-------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Indefinido | 86 | 18,99 | 31,74 | 1,048 | 0,352 |
| | Interinidad | 35 | 10,48 | 25,27 | | |
| | Sustitución | 128 | 16,67 | 28,68 | | |

| | | | | | | |
|---|-------------|-----|-------|-------|-------|-------|
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Indefinido | 86 | 47,48 | 26,51 | 7,001 | 0,001 |
| | Interinidad | 35 | 52,14 | 25,99 | | |
| | Sustitución | 128 | 36,78 | 25,92 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Indefinido | 86 | 15,31 | 25,85 | 3,458 | 0,033 |
| | Interinidad | 35 | 11,43 | 20,42 | | |
| | Sustitución | 127 | 7,28 | 19,30 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Indefinido | 86 | 16,67 | 24,92 | 1,035 | 0,357 |
| | Interinidad | 35 | 20,00 | 29,37 | | |
| | Sustitución | 128 | 13,54 | 24,19 | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Indefinido | 86 | 12,89 | 24,54 | 2,996 | 0,052 |
| | Interinidad | 35 | 7,14 | 17,75 | | |
| | Sustitución | 128 | 6,25 | 16,60 | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Indefinido | 86 | 15,89 | 24,38 | 0,078 | 0,925 |
| | Interinidad | 35 | 17,62 | 23,89 | | |
| | Sustitución | 128 | 16,15 | 20,49 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Indefinido | 87 | 28,35 | 31,04 | 4,133 | 0,017 |
| | Interinidad | 35 | 21,90 | 31,25 | | |
| | Sustitución | 128 | 16,67 | 27,43 | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Indefinido | 86 | 48,84 | 25,79 | 0,032 | 0,968 |
| | Interinidad | 35 | 49,52 | 26,04 | | |
| | Sustitución | 128 | 49,74 | 25,44 | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Indefinido | 86 | 70,54 | 27,44 | 1,925 | 0,148 |
| | Interinidad | 35 | 72,86 | 28,03 | | |
| | Sustitución | 128 | 64,06 | 30,86 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Indefinido | 87 | 57,47 | 35,10 | 2,332 | 0,099 |
| | Interinidad | 35 | 66,67 | 35,24 | | |
| | Sustitución | 127 | 51,71 | 39,33 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Indefinido | 87 | 28,64 | 25,57 | 1,978 | 0,141 |
| | Interinidad | 35 | 30,24 | 30,79 | | |
| | Sustitución | 128 | 22,33 | 27,23 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Indefinido | 87 | 26,25 | 28,52 | 0,980 | 0,377 |
| | Interinidad | 35 | 33,33 | 31,76 | | |
| | Sustitución | 128 | 25,98 | 27,42 | | |

Tabla 42. Post-hoc de Bonferroni para las variables con $p < 0,05$

| Dimensión | Tipo de contrato | | Diferencia de medias (I-J) | p |
|---|------------------|-------------|----------------------------|-------|
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Indefinido | Interinidad | -4,66224 | 1,000 |
| | | Sustitución | 10,69677 | 0,011 |
| | Interinidad | Indefinido | 4,66224 | 1,000 |
| | | Sustitución | 15,35900 | 0,007 |
| | Sustitución | Indefinido | -10,69677 | 0,011 |
| | | Interinidad | -15,35900 | 0,007 |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad | Indefinido | Interinidad | 3,88151 | 1,000 |
| | | Sustitución | 8,02661 | 0,028 |
| | Interinidad | Indefinido | -3,88151 | 1,000 |
| | | Sustitución | 4,14511 | 0,970 |
| | Sustitución | Indefinido | -8,02661 | 0,028 |

| | | | | |
|---|-------------|-------------|-----------|-------|
| (dimensión 3) | | Interinidad | -4,14511 | 0,970 |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Indefinido | Interinidad | 6,44773 | 0,816 |
| | | Sustitución | 11,68582 | 0,013 |
| | Interinidad | Indefinido | -6,44773 | 0,816 |
| | | Sustitución | 5,23810 | 1,000 |
| | Sustitución | Indefinido | -11,68582 | 0,013 |
| | | Interinidad | -5,23810 | 1,000 |

Tabla 43. Media de % de respuestas positivas según turnicidad (preg.52) (t-Student, U de Mann-Whitney)

| Dimensión | Turnicidad | N | Media | (DE) | U Mann-Whitney | |
|--|------------|-----|-------|-------|----------------|-------|
| | | | | | Z | p |
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Sí | 227 | 45,23 | 43,11 | -0,08 | 0,936 |
| | No | 25 | 44,00 | 47,84 | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Sí | 227 | 36,38 | 28,80 | -0,86 | 0,387 |
| | No | 25 | 32,00 | 32,69 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Sí | 226 | 69,99 | 32,68 | -1,20 | 0,228 |
| | No | 25 | 61,33 | 35,10 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Sí | 227 | 62,70 | 33,32 | -1,00 | 0,319 |
| | No | 25 | 54,67 | 38,35 | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Sí | 227 | 79,41 | 28,89 | -0,38 | 0,703 |
| | No | 25 | 77,67 | 30,12 | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Sí | 227 | 42,44 | 34,57 | -0,52 | 0,604 |
| | No | 25 | 45,33 | 30,25 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Sí | 228 | 42,03 | 34,50 | -1,13 | 0,259 |
| | No | 25 | 34,67 | 39,06 | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Sí | 227 | 25,26 | 25,05 | -0,18 | 0,860 |
| | No | 25 | 25,33 | 22,11 | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Sí | 227 | 17,73 | 22,61 | -0,78 | 0,435 |
| | No | 25 | 22,00 | 26,34 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Sí | 227 | 15,42 | 27,73 | -0,12 | 0,908 |
| | No | 25 | 14,67 | 27,35 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Sí | 228 | 42,43 | 33,48 | -1,78 | 0,075 |
| | No | 25 | 30,00 | 30,62 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Sí | 228 | 53,91 | 33,05 | -2,13 | 0,034 |
| | No | 25 | 39,00 | 32,34 | | |

Tabla 44. Media de % de respuestas negativas según turnicidad (preg.52) (t-Student, U de Mann-Whitney)

| Dimensión | Turnicidad | N | Media | (DE) | U Mann-Whitney | |
|--|------------|-----|-------|-------|----------------|-------|
| | | | | | Z | p |
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Sí | 227 | 15,57 | 28,44 | -1,32 | 0,186 |
| | No | 25 | 24,00 | 35,38 | | |
| Percepción de seguridad (dim. 2) | Sí | 227 | 42,03 | 25,96 | -0,08 | 0,938 |
| | No | 25 | 43,00 | 35,00 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dim. 3) | Sí | 226 | 10,29 | 21,45 | -0,61 | 0,539 |
| | No | 25 | 14,67 | 27,25 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Sí | 227 | 14,83 | 23,89 | -0,43 | 0,665 |
| | No | 25 | 21,33 | 34,53 | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Sí | 227 | 8,74 | 20,10 | -0,53 | 0,597 |
| | No | 25 | 7,00 | 18,43 | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Sí | 227 | 16,67 | 22,56 | -0,94 | 0,348 |
| | No | 25 | 12,00 | 18,95 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Sí | 228 | 19,74 | 28,03 | -1,81 | 0,070 |
| | No | 25 | 34,67 | 39,06 | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Sí | 227 | 49,05 | 25,48 | -0,80 | 0,425 |
| | No | 25 | 53,33 | 25,46 | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Sí | 227 | 67,80 | 29,39 | -1,03 | 0,304 |
| | No | 25 | 62,00 | 29,86 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dim. 10) | Sí | 227 | 55,95 | 37,73 | -1,00 | 0,319 |
| | No | 25 | 48,00 | 38,59 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Sí | 228 | 24,71 | 26,86 | -1,43 | 0,152 |
| | No | 25 | 33,00 | 29,51 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Sí | 228 | 26,35 | 27,68 | -0,60 | 0,551 |
| | No | 25 | 32,00 | 34,25 | | |

Tabla 45. Correlación entre las respuestas positivas y horas trabajadas (preg.50) (Correlación de Pearson)

| Dimensión | | P.50 |
|--|-------------|--------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Correlación | 0,014 |
| | p | 0,837 |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Correlación | -0,046 |
| | p | 0,508 |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Correlación | 0,062 |
| | p | 0,369 |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dim. 4) | Correlación | -0,094 |
| | p | 0,172 |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Correlación | -0,003 |

| | | |
|---|-------------|--------|
| | p | 0,969 |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Correlación | -0,053 |
| | p | 0,445 |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Correlación | -0,078 |
| | p | 0,256 |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Correlación | -0,029 |
| | p | 0,670 |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Correlación | -0,098 |
| | p | 0,155 |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Correlación | 0,050 |
| | p | 0,462 |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Correlación | 0,016 |
| | p | 0,814 |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Correlación | 0,062 |
| | p | 0,367 |

Tabla 46. Correlación entre las respuestas negativas y horas trabajadas (preg.50)
(Correlación de Pearson)

| Dimensión | | P.50 |
|---|-------------|-------------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Correlación | 0,067 |
| | p | 0,330 |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Correlación | 0,016 |
| | p | 0,815 |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Correlación | -0,007 |
| | p | 0,918 |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Correlación | 0,076 |
| | p | 0,267 |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Correlación | -0,054 |
| | p | 0,431 |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Correlación | 0,072 |
| | p | 0,296 |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Correlación | 0,109 |
| | p | 0,111 |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Correlación | 0,097 |
| | p | 0,158 |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Correlación | 0,066 |
| | p | 0,341 |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Correlación | 0,044 |
| | p | 0,518 |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Correlación | -0,069 |
| | p | 0,318 |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Correlación | -0,106 |
| | p | 0,124 |

Tabla 47. Correlación entre las respuestas positivas y el tiempo de ejercicio (preg.46)
(Correlación de Pearson)

| Dimensión | | P.46 |
|--|-------------|----------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Correlación | -0,089 |
| | p | 0,162 |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Correlación | -0,146* |
| | p | 0,022 |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Correlación | -0,010 |
| | p | 0,874 |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Correlación | -0,097 |
| | p | 0,130 |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Correlación | -0,200** |
| | p | 0,002 |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Correlación | -0,022 |
| | p | 0,725 |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Correlación | -0,181** |
| | p | 0,004 |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Correlación | 0,072 |
| | p | 0,261 |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Correlación | -0,132* |
| | p | 0,038 |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Correlación | -0,110 |
| | p | 0,084 |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Correlación | -0,157* |
| | p | 0,013 |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Correlación | 0,079 |
| | p | 0,216 |

*Correlación significativa a nivel <0,05

**Correlación significativa a nivel <0,01

Tabla 48. Correlación entre las respuestas negativas y el tiempo de ejercicio (preg.46)
(Correlación de Pearson)

| Dimensión | | P.46 |
|--|-------------|---------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Correlación | 0,051 |
| | p | 0,423 |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Correlación | 0,229** |
| | p | 0,000 |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Correlación | 0,141* |
| | p | 0,027 |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Correlación | 0,114 |
| | p | 0,075 |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Correlación | 0,193** |
| | p | 0,002 |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Correlación | -0,011 |
| | p | 0,861 |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Correlación | 0,160* |
| | p | 0,012 |

| | | |
|---|-------------|--------|
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Correlación | 0,032 |
| | p | 0,620 |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Correlación | 0,151* |
| | p | 0,017 |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Correlación | 0,130* |
| | p | 0,041 |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Correlación | 0,077 |
| | p | 0,227 |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Correlación | -0,067 |
| | p | 0,296 |

*Correlación significativa a nivel <0,05

**Correlación significativa a nivel <0,01

Tabla 49. Contraste p.43 (Kruskal-Wallis)

| | N | Media | DE | p |
|---------------------|----------|--------------|-----------|----------|
| Novel | 35 | 7,61 | 1,08 | 0,470 |
| Principiante | 51 | 7,07 | 1,52 | |
| Competente | 15 | 6,80 | 1,80 | |
| Eficiente | 21 | 7,29 | 1,27 | |
| Experta | 45 | 7,20 | 1,19 | |
| Total | 167 | 7,22 | 1,36 | |

Tabla 50. Contraste p. 59 (Kruskal-Wallis)

| | N | Media | DE | p |
|---------------------|----------|--------------|-----------|----------|
| Novel | 57 | 0,19 | 0,48 | 0,67 |
| Principiante | 67 | 0,52 | 1,02 | |
| Competente | 20 | 1,30 | 2,03 | |
| Eficiente | 29 | 0,48 | 1,12 | |
| Experta | 65 | 0,66 | 1,40 | |
| Total | 238 | 0,54 | 1,20 | |

Tabla 51. Contraste Novel vs. Resto para p. 59 (U de Mann-Whitney)

| | U | Z | p |
|---------------------|----------|----------|----------|
| Novel | 1621,000 | -1,956 | 0,050 |
| Principiante | | | |
| | U | Z | p |
| Novel | 386,000 | -2,890 | 0,004 |
| Competente | | | |
| | U | Z | p |
| Novel | 749,000 | -1,045 | 0,296 |
| Eficiente | | | |
| | U | Z | p |
| Novel | 1617,500 | -1,686 | 0,092 |
| Experta | | | |

Tabla 52. Contraste p. 61 (Chi-Cuadrado)

| | Si | | No | |
|---------------------|----|----------|----|----------|
| | N | % válido | N | % válido |
| Novel | 13 | 22,4% | 45 | 77,6% |
| Principiante | 23 | 34,8% | 43 | 65,2% |
| Competente | 8 | 38,1% | 13 | 61,9% |
| Eficiente | 14 | 48,3% | 15 | 51,7% |
| Experta | 31 | 47,0% | 35 | 53,0% |

$\chi^2 = 9,822$; **p=0,044**

Tabla 53. Contraste p.62 (Kruskal-Wallis)

| | N | Media | DE | p |
|---------------------|-----|-------|------|------|
| Novel | 58 | 0,36 | 0,74 | 0,87 |
| Principiante | 65 | 0,71 | 1,17 | |
| Competente | 19 | 0,42 | 0,69 | |
| Eficiente | 27 | 0,89 | 1,25 | |
| Experta | 65 | 0,82 | 1,20 | |
| Total | 234 | 0,65 | 1,08 | |

Tabla 54. Contraste Novel vs. Resto para p. 62 (U de Mann-Whitney)

| | U | Z | p |
|---------------------|----------|--------|--------------|
| Novel | 1617,500 | -1,690 | 0,091 |
| Principiante | | | |
| | U | Z | p |
| Novel | 509,500 | -0,650 | 0,516 |
| Competente | | | |
| | U | Z | p |
| Novel | 597,000 | -2,188 | 0,029 |
| Eficiente | | | |
| | U | Z | p |
| Novel | 1445,000 | -2,633 | 0,008 |
| Experta | | | |

Tabla 55. Contraste p.63 (Chi-Cuadrado)

| | Si | | No | |
|---------------------|----|----------|----|----------|
| | N | % válido | N | % válido |
| Novel | 11 | 19,0% | 47 | 81,0% |
| Principiante | 29 | 42,6% | 39 | 57,4% |
| Competente | 8 | 38,1% | 13 | 61,9% |
| Eficiente | 17 | 58,6% | 12 | 41,4% |
| Experta | 25 | 37,9% | 41 | 62,1% |

$\chi^2 = 14,836$; $p = 0,005$

Tabla 56. Contraste p. 64 (Kruskal-Wallis)

| | N | Media | DE | p |
|---------------------|-----|-------|------|------|
| Novel | 58 | 0,31 | 0,73 | 0,70 |
| Principiante | 66 | 1,09 | 2,37 | |
| Competente | 20 | 0,85 | 1,57 | |
| Eficiente | 27 | 0,89 | 1,15 | |
| Experta | 65 | 0,63 | 0,96 | |
| Total | 236 | 0,73 | 1,54 | |

Tabla 57. Contraste Novel vs. Resto para p. 64 (U de Mann-Whitney)

| | U | Z | p |
|---------------------|----------|--------|-------|
| Novel | 1481,500 | -2,662 | 0,008 |
| Principiante | | | |
| | U | Z | p |
| Novel | 480,500 | -1,546 | 0,122 |
| Competente | | | |
| | U | Z | p |
| Novel | 525,500 | -3,030 | 0,002 |
| Eficiente | | | |
| | U | Z | p |
| Novel | 1540,000 | -2,202 | 0,028 |
| Experta | | | |

Tabla 58. Media de % de respuestas positivas según titulación en enfermería (preg.66) (Kruskal-Wallis)

| Dimensión | | N | Media | DE | χ^2 | p |
|--|-------------------|-----|-------|-------|----------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Diplomatura/Grado | 226 | 45,87 | 43,49 | 1,210 | 0,750 |
| | Licenciatura | 7 | 33,33 | 47,14 | | |
| | Máster | 11 | 48,48 | 50,25 | | |

| | | | | | | |
|---|-------------------|-----|-------|-------|-------|-------|
| | Especialidad | 2 | 16,67 | 23,57 | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Diplomatura/Grado | 227 | 36,12 | 29,37 | 3,378 | 0,337 |
| | Licenciatura | 7 | 50,00 | 32,27 | | |
| | Máster | 11 | 23,48 | 17,80 | | |
| | Especialidad | 2 | 37,50 | 53,03 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Diplomatura/Grado | 226 | 67,92 | 33,71 | 2,619 | 0,454 |
| | Licenciatura | 7 | 82,14 | 23,78 | | |
| | Máster | 11 | 77,27 | 34,38 | | |
| | Especialidad | 2 | 87,50 | 17,68 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Diplomatura/Grado | 227 | 61,53 | 33,45 | 2,848 | 0,416 |
| | Licenciatura | 7 | 76,19 | 31,71 | | |
| | Máster | 11 | 45,45 | 45,39 | | |
| | Especialidad | 2 | 66,67 | ,00 | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Diplomatura/Grado | 227 | 79,92 | 29,15 | 6,554 | 0,088 |
| | Licenciatura | 7 | 67,86 | 34,50 | | |
| | Máster | 11 | 72,73 | 30,53 | | |
| | Especialidad | 2 | 37,50 | 17,68 | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Diplomatura/Grado | 227 | 42,88 | 34,38 | 1,631 | 0,652 |
| | Licenciatura | 7 | 52,38 | 42,41 | | |
| | Máster | 11 | 42,42 | 33,63 | | |
| | Especialidad | 2 | 16,67 | 23,57 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Diplomatura/Grado | 228 | 41,30 | 35,17 | 1,366 | 0,713 |
| | Licenciatura | 7 | 33,33 | 38,49 | | |
| | Máster | 11 | 39,39 | 32,72 | | |
| | Especialidad | 2 | 16,67 | 23,57 | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Diplomatura/Grado | 227 | 25,55 | 24,75 | 0,308 | 0,959 |
| | Licenciatura | 7 | 28,57 | 29,99 | | |
| | Máster | 11 | 24,24 | 26,21 | | |
| | Especialidad | 2 | 16,67 | 23,57 | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Diplomatura/Grado | 227 | 18,28 | 23,32 | 1,531 | 0,675 |
| | Licenciatura | 7 | 21,43 | 26,73 | | |
| | Máster | 11 | 11,36 | 13,06 | | |
| | Especialidad | 2 | 25,00 | ,00 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Diplomatura/Grado | 227 | 15,12 | 27,89 | 3,007 | 0,391 |
| | Licenciatura | 7 | 23,81 | 25,20 | | |
| | Máster | 11 | 9,09 | 15,57 | | |
| | Especialidad | 2 | ,00 | ,00 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Diplomatura/Grado | 228 | 42,40 | 34,22 | 0,887 | 0,829 |
| | Licenciatura | 7 | 35,71 | 24,40 | | |
| | Máster | 11 | 31,82 | 22,61 | | |
| | Especialidad | 2 | 29,17 | 5,89 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Diplomatura/Grado | 228 | 52,70 | 32,88 | 1,133 | 0,769 |
| | Licenciatura | 7 | 57,14 | 42,61 | | |
| | Máster | 11 | 50,00 | 40,31 | | |
| | Especialidad | 2 | 75,00 | ,00 | | |

Tabla 59. Media de % de respuestas negativas según titulación en enfermería (preg.66)
(Kruskal-Wallis)

| Dimensión | | N | Media | DE | X ² | p |
|---|-------------------|-----|-------|-------|----------------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Diplomatura/Grado | 226 | 15,49 | 28,82 | 0,702 | 0,704 |
| | Licenciatura | 7 | 9,52 | 16,27 | | |
| | Máster | 11 | 24,24 | 36,79 | | |
| | Especialidad | 2 | 50,00 | 23,57 | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Diplomatura/Grado | 227 | 41,45 | 27,01 | 3,610 | 0,164 |
| | Licenciatura | 7 | 39,29 | 34,93 | | |
| | Máster | 11 | 55,30 | 26,16 | | |
| | Especialidad | 2 | 37,50 | 17,68 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Diplomatura/Grado | 226 | 11,47 | 23,06 | 0,881 | 0,644 |
| | Licenciatura | 7 | 3,57 | 9,45 | | |
| | Máster | 11 | 6,82 | 16,17 | | |
| | Especialidad | 2 | 12,50 | 17,68 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Diplomatura/Grado | 227 | 15,57 | 25,33 | 1,113 | 0,573 |
| | Licenciatura | 7 | 9,52 | 25,20 | | |
| | Máster | 11 | 24,24 | 36,79 | | |
| | Especialidad | 2 | 33,33 | ,00 | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Diplomatura/Grado | 227 | 8,85 | 20,53 | 0,462 | 0,794 |
| | Licenciatura | 7 | 3,57 | 9,45 | | |
| | Máster | 11 | 9,09 | 16,85 | | |
| | Especialidad | 2 | 0,00 | 0,00 | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Diplomatura/Grado | 227 | 15,71 | 22,24 | 2,881 | 0,237 |
| | Licenciatura | 7 | 9,52 | 16,27 | | |
| | Máster | 11 | 24,24 | 21,56 | | |
| | Especialidad | 2 | 25,00 | 35,36 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Diplomatura/Grado | 228 | 21,49 | 29,49 | 0,283 | 0,868 |
| | Licenciatura | 7 | 23,81 | 41,79 | | |
| | Máster | 11 | 27,27 | 35,96 | | |
| | Especialidad | 2 | 33,33 | 47,14 | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Diplomatura/Grado | 227 | 49,19 | 25,68 | 3,081 | 0,214 |
| | Licenciatura | 7 | 33,33 | 19,25 | | |
| | Máster | 11 | 51,52 | 17,41 | | |
| | Especialidad | 2 | 33,33 | 47,14 | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Diplomatura/Grado | 227 | 66,37 | 29,80 | 3,207 | 0,201 |
| | Licenciatura | 7 | 71,43 | 26,73 | | |
| | Máster | 11 | 81,82 | 22,61 | | |
| | Especialidad | 2 | 62,50 | 17,68 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Diplomatura/Grado | 227 | 54,77 | 37,90 | 3,531 | 0,171 |
| | Licenciatura | 7 | 47,62 | 42,41 | | |
| | Máster | 11 | 75,76 | 30,15 | | |
| | Especialidad | 2 | 50,00 | 70,71 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Diplomatura/Grado | 228 | 24,49 | 27,06 | 4,300 | 0,116 |
| | Licenciatura | 7 | 32,14 | 27,82 | | |
| | Máster | 11 | 38,64 | 25,89 | | |
| | Especialidad | 2 | 12,50 | 17,68 | | |
| Problemas en | Diplomatura/Grado | 228 | 26,57 | 27,87 | 0,134 | 0,935 |

| | | | | | | |
|---|--------------|----|-------|-------|--|--|
| cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades (dimensión 12) | Licenciatura | 7 | 28,57 | 39,34 | | |
| | Máster | 11 | 25,00 | 31,62 | | |
| | Especialidad | 2 | 0,00 | 0,00 | | |

Tabla 60. Media de % de respuestas positivas según otras titulaciones superiores (preg.67) (Kruskal-Wallis)

| Dimensión | | N | Media | DE | X² | p |
|---|---------------------|----------|--------------|-----------|----------------------|----------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Diplomatura/Grado | 31 | 31,18 | 40,31 | 4,944 | 0,176 |
| | Licenciatura | 8 | 37,50 | 51,75 | | |
| | Máster | 5 | 26,67 | 43,46 | | |
| | Sin otra titulación | 199 | 48,24 | 43,63 | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Diplomatura/Grado | 31 | 34,68 | 31,41 | 0,983 | 0,805 |
| | Licenciatura | 8 | 40,63 | 35,20 | | |
| | Máster | 5 | 25,00 | 25,00 | | |
| | Sin otra titulación | 200 | 37,04 | 28,88 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Diplomatura/Grado | 32 | 66,67 | 38,68 | 2,548 | 0,467 |
| | Licenciatura | 8 | 50,00 | 42,26 | | |
| | Máster | 5 | 55,00 | 44,72 | | |
| | Sin otra titulación | 198 | 70,54 | 32,02 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Diplomatura/Grado | 31 | 63,44 | 37,86 | 1,914 | 0,590 |
| | Licenciatura | 8 | 58,33 | 34,50 | | |
| | Máster | 5 | 80,00 | 29,81 | | |
| | Sin otra titulación | 200 | 60,83 | 33,82 | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Diplomatura/Grado | 31 | 83,06 | 28,42 | 9,352 | 0,025 |
| | Licenciatura | 8 | 46,88 | 47,13 | | |
| | Máster | 5 | 51,67 | 34,05 | | |
| | Sin otra titulación | 200 | 80,67 | 27,68 | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Diplomatura/Grado | 32 | 30,21 | 35,28 | 8,630 | 0,035 |
| | Licenciatura | 8 | 33,33 | 35,63 | | |
| | Máster | 5 | 26,67 | 36,51 | | |
| | Sin otra titulación | 199 | 46,06 | 33,42 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Diplomatura/Grado | 32 | 35,42 | 37,80 | 3,854 | 0,278 |
| | Licenciatura | 8 | 29,17 | 37,53 | | |
| | Máster | 5 | 26,67 | 43,46 | | |
| | Sin otra titulación | 200 | 42,92 | 34,42 | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Diplomatura/Grado | 31 | 32,26 | 25,07 | 9,193 | 0,027 |
| | Licenciatura | 8 | 45,83 | 24,80 | | |
| | Máster | 5 | 13,33 | 18,26 | | |
| | Sin otra titulación | 200 | 24,17 | 24,54 | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Diplomatura/Grado | 31 | 16,94 | 27,68 | 1,643 | 0,650 |
| | Licenciatura | 8 | 18,75 | 34,72 | | |
| | Máster | 5 | 20,00 | 20,92 | | |
| | Sin otra titulación | 200 | 18,50 | 21,88 | | |
| Apoyo de la gerencia | Diplomatura/Grado | 31 | 8,60 | 24,29 | 3,596 | 0,309 |

| | | | | | | |
|---|---------------------|-----|-------|-------|-------|-------|
| en la SP (dimensión 10) | Licenciatura | 8 | 12,50 | 24,80 | | |
| | Máster | 5 | 13,33 | 18,26 | | |
| | Sin otra titulación | 200 | 16,00 | 27,95 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Diplomatura/Grado | 32 | 34,38 | 30,29 | 2,345 | 0,504 |
| | Licenciatura | 8 | 40,63 | 39,95 | | |
| | Máster | 5 | 30,00 | 27,39 | | |
| | Sin otra titulación | 200 | 43,25 | 34,01 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Diplomatura/Grado | 32 | 48,96 | 31,87 | 9,003 | 0,029 |
| | Licenciatura | 8 | 50,00 | 42,26 | | |
| | Máster | 5 | 10,00 | 22,36 | | |
| | Sin otra titulación | 200 | 55,25 | 32,49 | | |

Tabla 61. U-Mann Whitney bivariadas para dimensiones con diferencias significativas

| Dimensión | Turno | U | Z | p | |
|---|-------------------|---------------------|----------|--------|-------|
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Diplomatura/Grado | Licenciatura | 72,000 | -2,036 | 0,073 |
| | | Máster | 35,500 | -2,154 | 0,053 |
| | | Sin otra titulación | 2903,000 | -0,641 | 0,521 |
| | Licenciatura | Máster | 17,500 | -0,375 | 0,724 |
| | | Sin otra titulación | 482,000 | -2,124 | 0,034 |
| | Máster | Sin otra titulación | 251,000 | -2,118 | 0,034 |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Diplomatura/Grado | Licenciatura | 119,000 | -0,325 | 0,778 |
| | | Máster | 74,500 | -0,263 | 0,813 |
| | | Sin otra titulación | 2312,500 | -2,582 | 0,010 |
| | Licenciatura | Máster | 17,500 | -0,390 | 0,724 |
| | | Sin otra titulación | 620,500 | -1,100 | 0,271 |
| | Máster | Sin otra titulación | 343,500 | -1,229 | 0,219 |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Diplomatura/Grado | Licenciatura | 87,500 | -1,360 | 0,209 |
| | | Máster | 45,500 | -1,574 | 0,147 |
| | | Sin otra titulación | 2544,000 | -1,738 | 0,082 |
| | Licenciatura | Máster | 6,500 | -2,095 | 0,045 |
| | | Sin otra titulación | 438,000 | -2,347 | 0,019 |
| | Máster | Sin otra titulación | 388,000 | -0,930 | 0,352 |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Diplomatura/Grado | Licenciatura | 124,000 | -0,138 | 0,908 |
| | | Máster | 27,500 | -2,406 | 0,016 |
| | | Sin otra titulación | 2854,000 | -1,003 | 0,316 |
| | Licenciatura | Máster | 8,000 | -1,856 | 0,093 |
| | | Sin otra titulación | 739,000 | -0,374 | 0,709 |
| | Máster | Sin otra titulación | 132,500 | -2,867 | 0,004 |

Tabla 62. Media de % de respuestas negativas según otras titulaciones superiores (preg.67) (Kruskal-Wallis)

| Dimensión | | N | Media | DE | χ^2 | p |
|--|---------------------|-----|-------|-------|----------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Diplomatura/Grado | 31 | 18,28 | 33,15 | 2,179 | 0,336 |
| | Licenciatura | 8 | 12,50 | 35,36 | | |
| | Máster | 5 | 26,67 | 27,89 | | |
| | Sin otra titulación | 199 | 15,75 | 28,39 | | |

| | | | | | | |
|---|---------------------|-----|-------|-------|-------|-------|
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Diplomatura/Grado | 31 | 39,52 | 29,42 | 1,692 | 0,429 |
| | Licenciatura | 8 | 53,13 | 31,16 | | |
| | Máster | 5 | 40,00 | 28,50 | | |
| | Sin otra titulación | 200 | 41,58 | 26,82 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Diplomatura/Grado | 32 | 10,42 | 22,10 | 3,024 | 0,220 |
| | Licenciatura | 8 | 28,13 | 33,91 | | |
| | Máster | 5 | 10,00 | 22,36 | | |
| | Sin otra titulación | 198 | 10,40 | 22,03 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Diplomatura/Grado | 31 | 20,43 | 31,83 | 0,747 | 0,688 |
| | Licenciatura | 8 | 20,83 | 30,54 | | |
| | Máster | 5 | 6,67 | 14,91 | | |
| | Sin otra titulación | 200 | 15,33 | 24,97 | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Diplomatura/Grado | 31 | 7,26 | 17,31 | 3,982 | 0,137 |
| | Licenciatura | 8 | 31,25 | 39,53 | | |
| | Máster | 5 | 15,00 | 33,54 | | |
| | Sin otra titulación | 200 | 7,79 | 18,70 | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Diplomatura/Grado | 32 | 18,75 | 23,85 | 1,115 | 0,573 |
| | Licenciatura | 8 | 25,00 | 34,50 | | |
| | Máster | 5 | 26,67 | 14,91 | | |
| | Sin otra titulación | 199 | 14,32 | 20,59 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Diplomatura/Grado | 32 | 23,96 | 34,11 | 0,225 | 0,894 |
| | Licenciatura | 8 | 27,08 | 39,78 | | |
| | Máster | 5 | 26,67 | 27,89 | | |
| | Sin otra titulación | 200 | 21,25 | 29,42 | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Diplomatura/Grado | 31 | 43,01 | 26,10 | 1,839 | 0,399 |
| | Licenciatura | 8 | 29,17 | 21,36 | | |
| | Máster | 5 | 40,00 | 27,89 | | |
| | Sin otra titulación | 200 | 50,83 | 25,38 | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Diplomatura/Grado | 31 | 63,71 | 32,17 | 0,973 | 0,615 |
| | Licenciatura | 8 | 75,00 | 32,73 | | |
| | Máster | 5 | 60,00 | 45,41 | | |
| | Sin otra titulación | 200 | 67,71 | 28,75 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Diplomatura/Grado | 31 | 66,67 | 36,51 | 1,246 | 0,536 |
| | Licenciatura | 8 | 54,17 | 30,54 | | |
| | Máster | 5 | 60,00 | 27,89 | | |
| | Sin otra titulación | 200 | 53,83 | 38,78 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Diplomatura/Grado | 32 | 31,25 | 31,11 | 0,182 | 0,913 |
| | Licenciatura | 8 | 28,13 | 28,15 | | |
| | Máster | 5 | 25,00 | 30,62 | | |
| | Sin otra titulación | 200 | 24,29 | 26,34 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Diplomatura/Grado | 32 | 29,95 | 29,39 | 1,741 | 0,419 |
| | Licenciatura | 8 | 31,25 | 34,72 | | |
| | Máster | 5 | 50,00 | 30,62 | | |
| | Sin otra titulación | 200 | 25,00 | 27,51 | | |

Tabla 63. Media de % de respuestas positivas según servicios previos en el Hospital Universitario Donostia (HUD) (preg.69A) (t-Student)

| Dimensión | HUD | N | Media | (DE) | t | p |
|--|-----|-----|-------|-------|--------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Sí | 120 | 43,61 | 43,60 | -0,465 | 0,642 |
| | No | 127 | 46,19 | 43,65 | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Sí | 122 | 34,49 | 29,37 | -0,805 | 0,421 |
| | No | 126 | 37,50 | 29,40 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Sí | 121 | 67,91 | 33,91 | -0,470 | 0,639 |
| | No | 126 | 69,91 | 32,98 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Sí | 122 | 60,93 | 34,47 | -0,286 | 0,775 |
| | No | 126 | 62,17 | 33,82 | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Sí | 122 | 78,62 | 29,94 | -0,199 | 0,843 |
| | No | 126 | 79,37 | 29,07 | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Sí | 122 | 36,89 | 34,23 | -2,625 | 0,009 |
| | No | 126 | 48,15 | 33,35 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Sí | 122 | 38,93 | 35,18 | -0,923 | 0,357 |
| | No | 127 | 43,04 | 35,10 | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Sí | 122 | 22,95 | 25,02 | -1,448 | 0,149 |
| | No | 126 | 27,51 | 24,61 | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Sí | 122 | 15,78 | 21,61 | -1,535 | 0,126 |
| | No | 126 | 20,24 | 24,02 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Sí | 121 | 14,33 | 26,11 | -0,334 | 0,738 |
| | No | 127 | 15,49 | 28,42 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Sí | 122 | 39,96 | 35,08 | -0,695 | 0,488 |
| | No | 127 | 42,91 | 31,95 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Sí | 122 | 50,75 | 33,66 | -0,990 | 0,323 |
| | No | 127 | 54,92 | 32,81 | | |

Tabla 64. Media de % de respuestas positivas según servicios previos en Atención Primaria (AP) (preg.69B) (t-Student)

| Dimensión | AP | N | Media | (DE) | t | p |
|--|----|-----|-------|-------|--------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Sí | 54 | 43,83 | 43,83 | -0,247 | 0,805 |
| | No | 192 | 45,49 | 43,58 | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Sí | 56 | 38,24 | 28,81 | 0,659 | 0,511 |
| | No | 191 | 35,30 | 29,62 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Sí | 56 | 66,67 | 34,30 | -0,595 | 0,553 |
| | No | 190 | 69,69 | 33,23 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Sí | 56 | 64,29 | 32,94 | 0,684 | 0,495 |
| | No | 191 | 60,73 | 34,54 | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Sí | 56 | 82,59 | 27,35 | 1,062 | 0,290 |
| | No | 191 | 77,84 | 30,05 | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Sí | 56 | 31,55 | 32,67 | -2,795 | 0,006 |
| | No | 191 | 45,90 | 34,10 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Sí | 56 | 41,67 | 34,96 | 0,146 | 0,884 |
| | No | 192 | 40,89 | 35,36 | | |
| Respuesta no punitiva a los errores | Sí | 56 | 23,81 | 24,38 | -0,534 | 0,594 |

| | | | | | | |
|---|----|-----|-------|-------|--------|-------|
| (dimensión 8) | No | 191 | 25,83 | 25,05 | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Sí | 56 | 15,63 | 21,09 | -0,885 | 0,377 |
| | No | 191 | 18,72 | 23,50 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Sí | 55 | 17,58 | 29,99 | 0,799 | 0,425 |
| | No | 192 | 14,24 | 26,53 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Sí | 56 | 44,64 | 34,10 | 0,788 | 0,431 |
| | No | 192 | 40,63 | 33,40 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Sí | 56 | 55,80 | 32,68 | 0,744 | 0,458 |
| | No | 192 | 52,04 | 33,50 | | |

Tabla 65. Media de % de respuestas positivas según servicios previos en empresa (preg.69C) (U Mann-Whitney)

| Dimensión | Empresas | N | Media | (DE) | U | Z | p |
|---|-----------------|----------|--------------|-------------|----------|----------|----------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Sí | 6 | 27,78 | 44,31 | 548,500 | -1,071 | 0,284 |
| | No | 241 | 45,78 | 43,59 | | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Sí | 6 | 37,50 | 26,22 | 697,500 | -0,187 | 0,852 |
| | No | 243 | 36,04 | 29,35 | | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Sí | 6 | 45,83 | 33,23 | 418,500 | -1,840 | 0,066 |
| | No | 241 | 69,29 | 33,22 | | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dim. 4) | Sí | 6 | 38,89 | 25,09 | 429,000 | -1,796 | 0,072 |
| | No | 243 | 62,55 | 34,17 | | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dim. 5) | Sí | 6 | 75,00 | 38,73 | 695,000 | -0,217 | 0,828 |
| | No | 243 | 78,98 | 29,28 | | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Sí | 6 | 38,89 | 38,97 | 675,000 | -0,305 | 0,760 |
| | No | 242 | 42,70 | 34,15 | | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Sí | 6 | 27,78 | 13,61 | 585,500 | -0,854 | 0,393 |
| | No | 243 | 41,63 | 35,38 | | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Sí | 6 | 16,67 | 18,26 | 604,500 | -0,773 | 0,440 |
| | No | 243 | 25,51 | 24,95 | | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Sí | 6 | 16,67 | 12,91 | 676,000 | -0,334 | 0,738 |
| | No | 243 | 18,11 | 23,10 | | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Sí | 6 | 11,11 | 27,22 | 654,000 | -0,524 | 0,600 |
| | No | 242 | 15,15 | 27,50 | | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Sí | 6 | 29,17 | 18,82 | 606,000 | -0,724 | 0,469 |
| | No | 243 | 41,46 | 33,77 | | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dim. 12) | Sí | 6 | 37,50 | 20,92 | 519,000 | -1,230 | 0,219 |
| | No | 243 | 53,16 | 33,54 | | | |

Tabla 66. Media de % de respuestas positivas según servicios previos en clínica privada (preg.69D) (t-Student)

| Dimensión | Privada | N | Media | (DE) | t | p |
|--|---------|-----|-------|-------|--------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Sí | 40 | 40,83 | 42,36 | -0,685 | 0,494 |
| | No | 208 | 45,99 | 43,90 | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Sí | 40 | 31,88 | 29,95 | -0,957 | 0,340 |
| | No | 210 | 36,71 | 29,13 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Sí | 40 | 75,63 | 30,74 | 1,406 | 0,161 |
| | No | 208 | 67,55 | 33,73 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Sí | 40 | 59,17 | 33,32 | -0,545 | 0,586 |
| | No | 210 | 62,38 | 34,32 | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Sí | 40 | 67,50 | 36,34 | -2,703 | 0,007 |
| | No | 210 | 81,03 | 27,44 | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Sí | 40 | 37,50 | 37,88 | -1,026 | 0,306 |
| | No | 209 | 43,54 | 33,37 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Sí | 40 | 37,08 | 35,30 | -0,796 | 0,427 |
| | No | 210 | 41,90 | 35,09 | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Sí | 40 | 20,00 | 22,39 | -1,449 | 0,149 |
| | No | 210 | 26,19 | 25,19 | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Sí | 40 | 16,88 | 22,92 | -0,339 | 0,735 |
| | No | 210 | 18,21 | 22,91 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Sí | 55 | 17,58 | 29,99 | -0,032 | 0,975 |
| | No | 192 | 14,24 | 26,53 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Sí | 56 | 44,64 | 34,10 | -1,646 | 0,101 |
| | No | 192 | 40,63 | 33,40 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Sí | 56 | 55,80 | 32,68 | -1,855 | 0,065 |
| | No | 192 | 52,04 | 33,50 | | |

Tabla 67. Media de % de respuestas positivas según servicios previos en centro gerontológico (preg.69E) (U Mann-Whitney)

| Dimensión | Geron. | N | Media | (DE) | U | Z | p |
|--|--------|-----|-------|-------|----------|--------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dim. 1) | Sí | 24 | 44,44 | 46,80 | 2679,000 | -0,029 | 0,977 |
| | No | 224 | 45,24 | 43,37 | | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Sí | 24 | 34,38 | 32,81 | 2583,000 | -0,396 | 0,692 |
| | No | 226 | 36,10 | 28,93 | | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Sí | 24 | 73,61 | 31,05 | 2455,500 | -0,728 | 0,467 |
| | No | 224 | 68,34 | 33,60 | | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dim. 4) | Sí | 24 | 56,94 | 37,40 | 2495,500 | -0,671 | 0,502 |
| | No | 226 | 62,39 | 33,80 | | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dim. 5) | Sí | 24 | 75,69 | 33,42 | 2593,500 | -0,390 | 0,696 |
| | No | 226 | 79,20 | 28,99 | | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Sí | 24 | 38,89 | 30,56 | 2549,000 | -0,468 | 0,640 |
| | No | 225 | 42,96 | 34,52 | | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Sí | 24 | 41,67 | 32,97 | 2677,500 | -0,106 | 0,915 |
| | No | 226 | 41,08 | 35,39 | | | |

| | | | | | | | |
|---|----|-----|-------|-------|----------|--------|-------|
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Sí | 24 | 23,61 | 26,88 | 2577,500 | -0,432 | 0,666 |
| | No | 226 | 25,37 | 24,66 | | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Sí | 24 | 9,38 | 14,39 | 2126,500 | -1,911 | 0,056 |
| | No | 226 | 18,92 | 23,43 | | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Sí | 23 | 5,80 | 12,92 | 2218,500 | -1,457 | 0,145 |
| | No | 226 | 16,08 | 28,32 | | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Sí | 24 | 38,89 | 29,35 | 2653,500 | -0,178 | 0,859 |
| | No | 226 | 41,56 | 33,98 | | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dim. 12) | Sí | 24 | 51,74 | 35,10 | 2640,500 | -0,217 | 0,828 |
| | No | 226 | 52,77 | 33,21 | | | |

Tabla 68. Media de % de respuestas positivas según servicios previos en otros hospitales de Osakidetza (preg.69F) (U Mann-Whitney)

| Dimensión | Osakid. | N | Media | (DE) | U | Z | p |
|--|---------|-----|-------|-------|----------|--------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Sí | 18 | 53,70 | 44,49 | 1831,500 | -0,863 | 0,388 |
| | No | 230 | 44,49 | 43,57 | | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Sí | 18 | 43,98 | 27,39 | 1738,500 | -1,222 | 0,222 |
| | No | 232 | 35,31 | 29,36 | | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Sí | 17 | 70,59 | 32,16 | 1922,500 | -0,150 | 0,881 |
| | No | 231 | 68,72 | 33,49 | | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Sí | 18 | 66,67 | 34,30 | 1906,000 | -0,643 | 0,521 |
| | No | 232 | 61,49 | 34,15 | | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dim. 5) | Sí | 18 | 87,50 | 23,09 | 1723,500 | -1,369 | 0,171 |
| | No | 232 | 78,20 | 29,75 | | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Sí | 18 | 42,59 | 33,93 | 2077,000 | -0,007 | 0,994 |
| | No | 231 | 42,57 | 34,21 | | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Sí | 18 | 53,70 | 34,56 | 1632,000 | -1,601 | 0,109 |
| | No | 232 | 40,16 | 35,02 | | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Sí | 18 | 27,78 | 26,20 | 1965,000 | -0,450 | 0,653 |
| | No | 232 | 25,00 | 24,76 | | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Sí | 18 | 25,00 | 29,70 | 1826,500 | -0,972 | 0,331 |
| | No | 232 | 17,46 | 22,24 | | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Sí | 18 | 20,37 | 30,55 | 1849,500 | -0,982 | 0,326 |
| | No | 231 | 14,72 | 27,18 | | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Sí | 18 | 40,28 | 38,48 | 2007,500 | -0,279 | 0,780 |
| | No | 232 | 41,38 | 33,20 | | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Sí | 18 | 48,61 | 35,84 | 1905,000 | -0,632 | 0,527 |
| | No | 232 | 52,98 | 33,19 | | | |

Tabla 69. Media de % de respuestas positivas según servicios previos en otros servicios sanitarios (preg.69G) (U Mann-Whitney)

| Dimensión | Otro serv. | N | Media | (DE) | U | Z | p |
|--|------------|-----|-------|-------|----------|--------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Sí | 14 | 42,86 | 47,91 | 1585,000 | -0,216 | 0,829 |
| | No | 234 | 45,30 | 43,45 | | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Sí | 15 | 18,33 | 19,97 | 1124,500 | -2,428 | 0,015 |
| | No | 235 | 37,06 | 29,43 | | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Sí | 15 | 51,67 | 35,94 | 1194,000 | -2,148 | 0,032 |
| | No | 233 | 69,96 | 32,94 | | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Sí | 15 | 53,33 | 35,19 | 1493,000 | -1,036 | 0,300 |
| | No | 235 | 62,41 | 34,05 | | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Sí | 15 | 81,67 | 29,07 | 1668,500 | -0,384 | 0,701 |
| | No | 235 | 78,69 | 29,46 | | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Sí | 15 | 31,11 | 32,04 | 1406,500 | -1,340 | 0,180 |
| | No | 234 | 43,30 | 34,19 | | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Sí | 15 | 28,89 | 37,52 | 1368,500 | -1,505 | 0,132 |
| | No | 235 | 41,91 | 34,88 | | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Sí | 15 | 15,56 | 27,79 | 1309,000 | -1,807 | 0,071 |
| | No | 235 | 25,82 | 24,56 | | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Sí | 15 | 15,00 | 15,81 | 1739,500 | -0,093 | 0,926 |
| | No | 235 | 18,19 | 23,26 | | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Sí | 15 | 8,89 | 15,26 | 1658,500 | -0,450 | 0,653 |
| | No | 234 | 15,53 | 27,98 | | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Sí | 15 | 46,67 | 38,81 | 1626,000 | -0,515 | 0,606 |
| | No | 235 | 40,96 | 33,22 | | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Sí | 15 | 58,33 | 36,19 | 1586,000 | -0,664 | 0,507 |
| | No | 235 | 52,30 | 33,19 | | | |

Tabla 70. Media de % de respuestas positivas según servicios previos en otros sistemas sanitarios (preg.69H) (U Mann-Whitney)

| Dimensión | Otro sist. | N | Media | (DE) | U | Z | p |
|---|------------|-----|-------|-------|---------|--------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Sí | 4 | 25,00 | 31,91 | 367,500 | -0,898 | 0,369 |
| | No | 244 | 45,49 | 43,75 | | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Sí | 4 | 18,75 | 12,50 | 322,000 | -1,225 | 0,221 |
| | No | 246 | 36,21 | 29,38 | | | |
| Expectativas y acciones de la | Sí | 4 | 56,25 | 31,46 | 363,500 | -0,914 | 0,361 |

| | | | | | | | |
|--|----|-----|-------|-------|---------|--------|-------|
| supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | No | 244 | 69,06 | 33,39 | | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Sí | 4 | 50,00 | 43,03 | 403,000 | -0,647 | 0,517 |
| | No | 246 | 62,06 | 34,03 | | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Sí | 4 | 81,25 | 37,50 | 433,500 | -0,453 | 0,651 |
| | No | 246 | 78,83 | 29,33 | | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Sí | 4 | 41,67 | 41,94 | 473,500 | -0,120 | 0,904 |
| | No | 245 | 42,59 | 34,08 | | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Sí | 4 | 25,00 | 50,00 | 340,000 | -1,099 | 0,272 |
| | No | 246 | 41,40 | 34,89 | | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Sí | 4 | 16,67 | 33,33 | 378,500 | -0,856 | 0,392 |
| | No | 246 | 25,34 | 24,73 | | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Sí | 4 | 6,25 | 12,50 | 349,500 | -1,092 | 0,275 |
| | No | 246 | 18,19 | 22,97 | | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Sí | 4 | ,00 | ,00 | 348,000 | -1,252 | 0,211 |
| | No | 245 | 15,37 | 27,57 | | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Sí | 4 | 6,25 | 12,50 | 177,000 | -2,251 | 0,024 |
| | No | 246 | 41,87 | 33,46 | | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Sí | 4 | 25,00 | 35,36 | 266,000 | -1,609 | 0,108 |
| | No | 246 | 53,12 | 33,18 | | | |

Tabla 71. Media de % de respuestas positivas según servicios previos en docencia (preg.69I) (U Mann-Whitney)

| Dimensión | Docenc. | N | Media | (DE) | U | Z | p |
|--|---------|-----|-------|-------|---------|--------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Sí | 2 | 33,33 | 47,14 | 202,000 | -0,462 | 0,644 |
| | No | 246 | 45,26 | 43,67 | | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Sí | 2 | 25,00 | 0,00 | 194,000 | -0,548 | 0,584 |
| | No | 248 | 36,02 | 29,36 | | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Sí | 2 | 62,50 | 53,03 | 232,500 | -0,140 | 0,889 |
| | No | 246 | 68,90 | 33,30 | | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Sí | 2 | 50,00 | 23,57 | 185,500 | -0,640 | 0,522 |
| | No | 248 | 61,96 | 34,20 | | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Sí | 2 | 75,00 | 35,36 | 222,000 | -0,283 | 0,777 |
| | No | 248 | 78,90 | 29,42 | | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Sí | 2 | 50,00 | 23,57 | 206,000 | -0,420 | 0,674 |
| | No | 247 | 42,51 | 34,22 | | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Sí | 2 | 33,33 | 0,00 | 226,000 | -0,224 | 0,823 |
| | No | 248 | 41,20 | 35,23 | | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Sí | 2 | 0,00 | 0,00 | 104,000 | -1,529 | 0,126 |
| | No | 248 | 25,40 | 24,82 | | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Sí | 2 | 25,00 | 0,00 | 158,000 | -0,971 | 0,331 |
| | No | 248 | 17,94 | 22,95 | | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Sí | 2 | 0,00 | 0,00 | 176,000 | -0,882 | 0,378 |
| | No | 247 | 15,25 | 27,49 | | | |

| | | | | | | | |
|---|----|-----|-------|-------|---------|--------|-------|
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Sí | 2 | 12,50 | 17,68 | 123,000 | -1,258 | 0,208 |
| | No | 248 | 41,53 | 33,53 | | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Sí | 2 | 50,00 | 35,36 | 235,000 | -0,130 | 0,896 |
| | No | 248 | 52,69 | 33,38 | | | |

Tabla 72. Media de % de respuestas positivas según servicios previos en ambulancias (preg.69J) (U Mann-Whitney)

| Dimensión | Ambulanc. | N | Media | (DE) | U | Z | p |
|---|------------------|----------|--------------|-------------|----------|----------|----------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Sí | 3 | 55,56 | 50,92 | 326,500 | -0,352 | 0,725 |
| | No | 245 | 45,03 | 43,62 | | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Sí | 3 | 25,00 | 25,00 | 294,500 | -0,631 | 0,528 |
| | No | 247 | 36,07 | 29,33 | | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Sí | 3 | 66,67 | 38,19 | 347,500 | -0,169 | 0,866 |
| | No | 245 | 68,88 | 33,37 | | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Sí | 3 | 22,22 | 19,25 | 131,000 | -2,007 | 0,045 |
| | No | 247 | 62,35 | 33,99 | | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Sí | 3 | 66,67 | 57,74 | 361,000 | -0,085 | 0,933 |
| | No | 247 | 79,01 | 29,07 | | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Sí | 3 | 55,56 | 38,49 | 294,500 | -0,625 | 0,532 |
| | No | 246 | 42,41 | 34,12 | | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Sí | 3 | 22,22 | 19,25 | 262,500 | -0,900 | 0,368 |
| | No | 247 | 41,36 | 35,21 | | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Sí | 3 | 11,11 | 19,25 | 257,500 | -0,982 | 0,326 |
| | No | 247 | 25,37 | 24,87 | | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Sí | 3 | 16,67 | 14,43 | 343,000 | -0,243 | 0,808 |
| | No | 247 | 18,02 | 22,97 | | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Sí | 3 | 0,00 | 0,00 | 262,500 | -1,082 | 0,279 |
| | No | 246 | 15,31 | 27,53 | | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Sí | 3 | 25,00 | 0,00 | 280,500 | -0,741 | 0,459 |
| | No | 247 | 41,50 | 33,67 | | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dim. 12) | Sí | 3 | 66,67 | 14,43 | 280,000 | -0,742 | 0,458 |
| | No | 247 | 52,50 | 33,47 | | | |

Tabla 73. Media de % de respuestas negativas según servicios previos en el Hospital Universitario Donostia (HUD) (preg.69A) (t-Student)

| Dimensión | HUD | N | Media | (DE) | t | p |
|--|------------|----------|--------------|-------------|----------|----------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Sí | 120 | 17,50 | 28,65 | 0,537 | 0,592 |
| | No | 127 | 15,49 | 30,22 | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Sí | 122 | 43,31 | 28,72 | 0,742 | 0,459 |
| | No | 126 | 40,74 | 25,70 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora | Sí | 121 | 11,57 | 22,70 | 0,392 | 0,696 |

| | | | | | | |
|---|----|-----|-------|-------|--------|-------|
| que favorecen la seguridad (dimensión 3) | No | 126 | 10,45 | 22,26 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Sí | 122 | 15,57 | 25,78 | -0,172 | 0,864 |
| | No | 126 | 16,14 | 25,90 | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Sí | 122 | 10,11 | 21,54 | 1,088 | 0,278 |
| | No | 126 | 7,34 | 18,46 | | |
| Franqueza en la comunicación (dim.6) | Sí | 122 | 17,08 | 23,32 | 0,805 | 0,422 |
| | No | 126 | 14,81 | 20,89 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Sí | 122 | 22,68 | 30,68 | 0,509 | 0,612 |
| | No | 127 | 20,73 | 29,60 | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Sí | 122 | 50,96 | 26,09 | 1,151 | 0,251 |
| | No | 126 | 47,22 | 25,01 | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Sí | 122 | 70,63 | 29,23 | 1,646 | 0,101 |
| | No | 126 | 64,48 | 29,56 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dim. 10) | Sí | 121 | 59,23 | 38,12 | 1,512 | 0,132 |
| | No | 127 | 51,97 | 37,48 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Sí | 122 | 28,76 | 29,65 | 1,914 | 0,057 |
| | No | 127 | 22,24 | 23,83 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Sí | 122 | 28,69 | 30,77 | 1,063 | 0,289 |
| | No | 127 | 24,87 | 25,78 | | |

Tabla 74. Media de % de respuestas negativas según servicios previos en Atención Primaria (preg.69B) (t-Student)

| Dimensión | AP | N | Media | (DE) | t | p |
|---|-----------|----------|--------------|-------------|----------|----------|
| Frecuencia de eventos notificados (dim. 1) | Sí | 54 | 21,60 | 33,12 | 1,435 | 0,153 |
| | No | 192 | 15,10 | 28,29 | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Sí | 56 | 41,07 | 29,17 | -0,280 | 0,780 |
| | No | 191 | 42,23 | 26,74 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Sí | 56 | 12,35 | 23,94 | 0,495 | 0,621 |
| | No | 190 | 10,66 | 22,07 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Sí | 56 | 14,29 | 25,31 | -0,495 | 0,621 |
| | No | 191 | 16,23 | 26,01 | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Sí | 56 | 8,93 | 19,90 | 0,081 | 0,936 |
| | No | 191 | 8,68 | 20,18 | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Sí | 56 | 19,35 | 24,78 | 1,291 | 0,198 |
| | No | 191 | 15,01 | 21,26 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Sí | 56 | 19,64 | 28,27 | -0,563 | 0,574 |
| | No | 192 | 22,22 | 30,71 | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dim. 8) | Sí | 56 | 52,38 | 26,10 | 1,046 | 0,297 |
| | No | 191 | 48,34 | 25,22 | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Sí | 56 | 71,88 | 28,23 | 1,268 | 0,206 |
| | No | 191 | 66,19 | 29,88 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Sí | 55 | 58,18 | 38,61 | 0,633 | 0,528 |
| | No | 192 | 54,51 | 37,71 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dim. 11) | Sí | 56 | 27,68 | 30,57 | 0,737 | 0,462 |
| | No | 192 | 24,65 | 25,90 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dim. 12) | Sí | 56 | 25,45 | 28,80 | -0,359 | 0,720 |
| | No | 192 | 27,00 | 28,30 | | |

Tabla 75. Media de % de respuestas negativas según servicios previos en empresas (preg.69C) (U Mann-Whitney)

| Dimensión | Empresas | N | Media | (DE) | U | Z | p |
|--|----------|-----|-------|-------|---------|--------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Sí | 6 | 11,11 | 27,22 | 646,500 | -0,558 | 0,577 |
| | No | 241 | 16,32 | 29,36 | | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Sí | 6 | 37,50 | 26,22 | 671,000 | -0,346 | 0,730 |
| | No | 243 | 42,15 | 27,22 | | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Sí | 6 | 4,17 | 10,21 | 644,500 | -0,597 | 0,550 |
| | No | 241 | 11,38 | 22,77 | | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Sí | 6 | 16,67 | 18,26 | 645,000 | -0,583 | 0,560 |
| | No | 243 | 15,78 | 25,94 | | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Sí | 6 | 8,33 | 20,41 | 712,500 | -0,136 | 0,892 |
| | No | 243 | 8,57 | 20,02 | | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Sí | 6 | 16,67 | 18,26 | 675,000 | -0,340 | 0,734 |
| | No | 242 | 15,91 | 22,22 | | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Sí | 6 | 11,11 | 17,21 | 626,000 | -0,669 | 0,504 |
| | No | 243 | 21,81 | 30,34 | | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Sí | 6 | 50,00 | 34,96 | 711,000 | -0,112 | 0,911 |
| | No | 243 | 48,97 | 25,36 | | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Sí | 6 | 70,83 | 24,58 | 702,500 | -0,158 | 0,874 |
| | No | 243 | 67,35 | 29,52 | | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Sí | 6 | 72,22 | 44,31 | 528,000 | -1,181 | 0,237 |
| | No | 242 | 54,96 | 37,75 | | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Sí | 6 | 37,50 | 26,22 | 519,500 | -1,267 | 0,205 |
| | No | 243 | 25,45 | 27,13 | | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Sí | 6 | 29,17 | 29,23 | 677,500 | -0,311 | 0,756 |
| | No | 243 | 26,47 | 28,21 | | | |

Tabla 76. Media de % de respuestas negativas según servicios previos en clínicas privadas (preg.69D) (t-Student)

| Dimensión | Privada | N | Media | (DE) | t | p |
|--|---------|-----|-------|-------|--------|------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Sí | 40 | 24,17 | 28,23 | 1,834 | ,068 |
| | No | 208 | 14,90 | 29,44 | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Sí | 40 | 38,13 | 24,67 | -1,026 | ,306 |
| | No | 210 | 42,94 | 27,62 | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Sí | 40 | 8,75 | 19,24 | -,737 | ,462 |
| | No | 208 | 11,62 | 23,12 | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Sí | 40 | 15,00 | 22,58 | -,196 | ,845 |
| | No | 210 | 15,87 | 26,33 | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Sí | 40 | 13,75 | 26,52 | 1,775 | ,077 |
| | No | 210 | 7,66 | 18,39 | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Sí | 40 | 19,58 | 25,29 | 1,164 | ,246 |
| | No | 209 | 15,15 | 21,41 | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores | Sí | 40 | 22,50 | 34,08 | ,206 | ,837 |

| | | | | | | |
|--|----|-----|-------|-------|-------|------|
| (dimensión 7) | No | 210 | 21,43 | 29,32 | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Sí | 40 | 50,42 | 26,01 | ,401 | ,689 |
| | No | 210 | 48,65 | 25,46 | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Sí | 40 | 70,00 | 31,62 | ,571 | ,569 |
| | No | 210 | 67,10 | 29,00 | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Sí | 55 | 58,33 | 36,79 | ,530 | ,596 |
| | No | 192 | 54,86 | 38,10 | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Sí | 56 | 31,67 | 29,67 | 1,540 | ,125 |
| | No | 192 | 24,48 | 26,52 | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Sí | 56 | 31,25 | 33,37 | 1,102 | ,271 |
| | No | 192 | 25,87 | 27,22 | | |

Tabla 77. Media de % de respuestas negativas según servicios previos en centro gerontológico (preg.69E) (U Mann-Whitney)

| Dimensión | Gerontol. | N | Media | (DE) | U | Z | p |
|--|-----------|-----|-------|-------|----------|--------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Sí | 24 | 20,83 | 30,79 | 2429,500 | -0,973 | 0,331 |
| | No | 224 | 15,92 | 29,27 | | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Sí | 24 | 45,83 | 27,25 | 2455,500 | -0,790 | 0,429 |
| | No | 226 | 41,78 | 27,20 | | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Sí | 24 | 9,38 | 19,86 | 2582,500 | -0,416 | 0,677 |
| | No | 224 | 11,35 | 22,83 | | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Sí | 24 | 18,06 | 27,77 | 2570,500 | -0,509 | 0,611 |
| | No | 226 | 15,49 | 25,55 | | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Sí | 24 | 10,76 | 22,32 | 2479,500 | -0,982 | 0,326 |
| | No | 226 | 8,41 | 19,75 | | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Sí | 24 | 15,97 | 22,78 | 2700,000 | 0,000 | 1,000 |
| | No | 225 | 15,85 | 22,06 | | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Sí | 24 | 11,11 | 18,82 | 2235,500 | -1,599 | 0,110 |
| | No | 226 | 22,71 | 30,84 | | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Sí | 24 | 47,22 | 25,85 | 2606,000 | -0,342 | 0,732 |
| | No | 226 | 49,12 | 25,52 | | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Sí | 24 | 79,17 | 25,18 | 2025,000 | -2,125 | 0,034 |
| | No | 226 | 66,33 | 29,58 | | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Sí | 23 | 71,01 | 35,25 | 1935,500 | -2,088 | 0,037 |
| | No | 226 | 53,83 | 37,81 | | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Sí | 24 | 32,29 | 28,05 | 2272,500 | -1,375 | 0,169 |
| | No | 226 | 24,93 | 26,98 | | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dim. 12) | Sí | 24 | 23,96 | 27,07 | 2562,000 | -0,468 | 0,639 |
| | No | 226 | 27,03 | 28,46 | | | |

Tabla 78. Media de % de respuestas negativas según servicios previos en otros hospitales de Osakidetza (preg.69F) (U Mann-Whitney)

| Dimensión | Osakid. | N | Media | (DE) | U | Z | p |
|--|---------|-----|-------|-------|----------|--------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Sí | 18 | 16,67 | 28,58 | 2000,500 | -0,298 | 0,766 |
| | No | 230 | 16,38 | 29,51 | | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Sí | 18 | 32,41 | 22,30 | 1686,500 | -1,410 | 0,159 |
| | No | 232 | 42,92 | 27,41 | | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Sí | 17 | 11,76 | 20,00 | 1877,000 | -0,399 | 0,690 |
| | No | 231 | 11,11 | 22,74 | | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Sí | 18 | 14,81 | 28,52 | 1997,000 | -0,373 | 0,709 |
| | No | 232 | 15,80 | 25,56 | | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Sí | 18 | 4,17 | 12,86 | 1877,000 | -1,016 | 0,310 |
| | No | 232 | 8,98 | 20,40 | | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Sí | 18 | 11,11 | 19,80 | 1822,500 | -1,011 | 0,312 |
| | No | 231 | 16,23 | 22,25 | | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Sí | 18 | 20,37 | 30,55 | 2033,500 | -0,208 | 0,835 |
| | No | 232 | 21,70 | 30,09 | | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Sí | 18 | 49,07 | 23,20 | 2047,000 | -0,151 | 0,880 |
| | No | 232 | 48,92 | 25,72 | | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Sí | 18 | 59,26 | 28,42 | 1656,000 | -1,523 | 0,128 |
| | No | 232 | 68,21 | 29,42 | | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Sí | 18 | 48,15 | 36,55 | 1831,000 | -0,873 | 0,383 |
| | No | 231 | 55,99 | 37,96 | | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Sí | 18 | 26,39 | 31,47 | 2047,000 | -0,146 | 0,884 |
| | No | 232 | 25,57 | 26,82 | | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dim. 12) | Sí | 18 | 33,33 | 33,21 | 1864,000 | -0,797 | 0,425 |
| | No | 232 | 26,22 | 27,89 | | | |

Tabla 79. Media de % de respuestas negativas según servicios previos en otros servicios sanitarios (preg.69G) (U Mann-Whitney)

| Dimensión | Otro serv. | N | Media | (DE) | U | Z | p |
|--|------------|-----|-------|-------|----------|--------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Sí | 14 | 14,29 | 28,39 | 1610,000 | -0,135 | 0,893 |
| | No | 234 | 16,52 | 29,50 | | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Sí | 15 | 60,00 | 29,58 | 1172,000 | -2,257 | 0,024 |
| | No | 235 | 41,03 | 26,68 | | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Sí | 15 | 13,33 | 31,15 | 1690,500 | -0,279 | 0,780 |
| | No | 233 | 11,02 | 21,94 | | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Sí | 15 | 22,22 | 34,88 | 1657,000 | -0,470 | 0,638 |
| | No | 235 | 15,32 | 25,07 | | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Sí | 15 | 11,67 | 18,58 | 1535,500 | -1,189 | 0,234 |
| | No | 235 | 8,44 | 20,08 | | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Sí | 15 | 17,78 | 27,79 | 1740,500 | -0,062 | 0,950 |
| | No | 234 | 15,74 | 21,74 | | | |
| Feed-back y comunicación sobre | Sí | 15 | 44,44 | 37,09 | 1107,000 | -2,728 | 0,006 |

| | | | | | | | |
|--|----|-----|-------|-------|----------|--------|-------|
| errores (dimensión 7) | No | 235 | 20,14 | 29,05 | | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Sí | 15 | 56,67 | 26,58 | 1420,500 | -1,368 | 0,171 |
| | No | 235 | 48,44 | 25,41 | | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Sí | 15 | 70,00 | 28,66 | 1700,500 | -0,238 | 0,812 |
| | No | 235 | 67,41 | 29,48 | | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Sí | 15 | 64,44 | 36,66 | 1508,000 | -0,946 | 0,344 |
| | No | 234 | 54,84 | 37,92 | | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Sí | 15 | 18,33 | 27,49 | 1420,500 | -1,328 | 0,184 |
| | No | 235 | 26,10 | 27,08 | | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dim. 12) | Sí | 15 | 28,33 | 36,43 | 1704,500 | -0,225 | 0,822 |
| | No | 235 | 26,63 | 27,78 | | | |

Tabla 80. Media de % de respuestas negativas según servicios previos en otros sistemas sanitarios (preg.69H) (U Mann-Whitney)

| Dimensión | Otro sist. | N | Media | (DE) | U | Z | p |
|---|-------------------|----------|--------------|-------------|----------|----------|----------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Sí | 4 | 0,00 | 0,00 | 346,000 | -1,254 | 0,210 |
| | No | 244 | 16,67 | 29,55 | | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Sí | 4 | 68,75 | 23,94 | 223,500 | -1,943 | 0,052 |
| | No | 246 | 41,73 | 27,05 | | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Sí | 4 | 18,75 | 12,50 | 288,000 | -1,852 | 0,064 |
| | No | 244 | 11,03 | 22,65 | | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Sí | 4 | 33,33 | 38,49 | 360,000 | -1,114 | 0,265 |
| | No | 246 | 15,45 | 25,48 | | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Sí | 4 | 6,25 | 12,50 | 480,500 | -0,114 | 0,909 |
| | No | 246 | 8,67 | 20,09 | | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Sí | 4 | 16,67 | 19,25 | 455,000 | -0,284 | 0,776 |
| | No | 245 | 15,85 | 22,16 | | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Sí | 4 | 25,00 | 31,91 | 448,500 | -0,343 | 0,732 |
| | No | 246 | 21,54 | 30,10 | | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Sí | 4 | 50,00 | 33,33 | 464,000 | -0,212 | 0,832 |
| | No | 246 | 48,92 | 25,44 | | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Sí | 4 | 87,50 | 14,43 | 299,000 | -1,401 | 0,161 |
| | No | 246 | 67,24 | 29,47 | | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Sí | 4 | 66,67 | 27,22 | 417,000 | -0,529 | 0,597 |
| | No | 245 | 55,24 | 38,01 | | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Sí | 4 | 37,50 | 43,30 | 416,500 | -0,555 | 0,579 |
| | No | 246 | 25,44 | 26,87 | | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Sí | 4 | 37,50 | 32,27 | 381,000 | -0,814 | 0,416 |
| | No | 246 | 26,56 | 28,26 | | | |

Tabla 81. Media de % de respuestas negativas según servicios previos en docencia (preg.69I) (U Mann-Whitney)

| Dimensión | Docencia | N | Media | (DE) | U | Z | p |
|--|----------|-----|-------|-------|---------|--------|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Sí | 2 | 0,00 | 0,00 | 175,000 | -0,883 | 0,377 |
| | No | 246 | 16,53 | 29,47 | | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Sí | 2 | 50,00 | ,00 | 187,000 | -0,622 | 0,534 |
| | No | 248 | 42,10 | 27,28 | | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Sí | 2 | 0,00 | 0,00 | 184,000 | -0,809 | 0,419 |
| | No | 246 | 11,25 | 22,60 | | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Sí | 2 | 16,67 | 23,57 | 219,500 | -0,339 | 0,735 |
| | No | 248 | 15,73 | 25,79 | | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Sí | 2 | 0,00 | 0,00 | 197,000 | -0,712 | 0,476 |
| | No | 248 | 8,70 | 20,04 | | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Sí | 2 | 16,67 | 23,57 | 229,500 | -0,200 | 0,841 |
| | No | 247 | 15,86 | 22,12 | | | |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Sí | 2 | 0,00 | 0,00 | 145,000 | -1,143 | 0,253 |
| | No | 248 | 21,77 | 30,12 | | | |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Sí | 2 | 50,00 | 23,57 | 237,000 | -0,117 | 0,907 |
| | No | 248 | 48,92 | 25,56 | | | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Sí | 2 | 62,50 | 17,68 | 196,500 | -0,527 | 0,598 |
| | No | 248 | 67,61 | 29,48 | | | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Sí | 2 | 83,33 | 23,57 | 146,500 | -1,026 | 0,305 |
| | No | 247 | 55,20 | 37,88 | | | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Sí | 2 | 16,67 | 23,57 | 228,000 | -0,207 | 0,836 |
| | No | 248 | 25,71 | 27,17 | | | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dim. 12) | Sí | 2 | 12,50 | 17,68 | 186,000 | -0,640 | 0,522 |
| | No | 248 | 26,85 | 28,35 | | | |

Tabla 82. Media de % de respuestas positivas según servicios previos en ambulancias (preg.69J) (U Mann-Whitney)

| Dimensión | Ambulanc. | N | Media | (DE) | U | Z | p |
|--|-----------|-----|-------|-------|---------|---|-------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Si | 3 | 22,22 | 38,49 | 340,000 | - | 0,780 |
| | No | 245 | 16,33 | 29,35 | | | |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Si | 3 | 41,67 | 38,19 | 356,500 | - | 0,907 |
| | No | 247 | 42,17 | 27,12 | | | |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Sí | 3 | 0,00 | 0,00 | 274,500 | - | 0,321 |
| | No | 245 | 11,29 | 22,63 | | | |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Sí | 3 | 22,22 | 19,25 | 273,000 | - | 0,343 |
| | No | 247 | 15,65 | 25,81 | | | |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Sí | 3 | 33,33 | 57,74 | 298,000 | - | 0,407 |
| | No | 247 | 8,33 | 19,22 | | | |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Sí | 3 | 11,11 | 19,25 | 337,500 | - | 0,768 |
| | No | 246 | 15,92 | 22,14 | | | |
| Feed-back y comunicación | Sí | 3 | 0,00 | 0,00 | 216,000 | - | 0,161 |

| | | | | | | | |
|--|----|-----|-------|-------|---------|-------|-------|
| sobre errores (dimensión 7) | | | | | | 1,403 | |
| | No | 247 | 21,86 | 30,15 | | | |
| Feed-back y Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Sí | 3 | 66,67 | 33,33 | 246,500 | - | 0,279 |
| | No | 247 | 48,72 | 25,40 | | 1,082 | |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Sí | 3 | 83,33 | 14,43 | 266,500 | - | 0,384 |
| | No | 247 | 67,38 | 29,48 | | 0,870 | |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Sí | 3 | 88,89 | 19,25 | 183,500 | - | 0,121 |
| | No | 246 | 55,01 | 37,85 | | 1,549 | |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Sí | 3 | 33,33 | 38,19 | 324,000 | - | 0,694 |
| | No | 247 | 25,54 | 27,04 | | 0,394 | |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dim. 12) | Sí | 3 | 8,33 | 14,43 | 235,500 | - | 0,254 |
| | No | 247 | 26,96 | 28,36 | | 1,141 | |

ANEXO 6.

CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DEL HOSPITAL

Dimensión 11: “Trabajo en equipo entre Unidades/Servicios”

Esta dimensión mide el trabajo en equipo con otras unidades y servicios del hospital a través de cuatro preguntas.

Uno de los ítems se identifica como una debilidad: un 51% afirma que las distintas unidades no se coordinan de manera adecuada. Por lo demás, el 43,3% opina que se coopera adecuadamente entre las unidades y servicios que trabajan conjuntamente, el 55,8% niega que sea incómodo trabajar con personal de otras unidades y servicios y el 43,6% afirma que se trabaja de manera coordinada entre las diferentes unidades y servicios para ofrecer la mejor atención posible. Vean los porcentajes de las respuestas obtenidos por las preguntas en la tabla 1.

En general, la dimensión obtiene un porcentaje de respuestas positivas superior (41,2%) a las negativas, pero su carácter positivo es débil. Vean las medias de los porcentajes de las respuestas obtenidos por la dimensión en su conjunto en la tabla 2.

Tabla 1. Porcentajes de las respuestas de las preguntas de la dimensión “Trabajo en equipo entre Unidades/Servicios”

| Preguntas | % de las respuestas | | |
|---|---------------------|---------|-----------|
| | Negativas | Neutras | Positivas |
| 24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas. (sentido negativo) | 22% | 27% | 51% |
| 26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente. | 18,6% | 38% | 43,4% |
| 28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades. (sentido negativo) | 55,8% | 31,4% | 12,8% |
| 32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes. | 19,1% | 37,3% | 43,6% |

Tabla 2. Media de porcentajes de las respuestas de la dimensión “Trabajo en equipo entre Unidades/Servicios”

| | Media de % de las respuestas | | |
|------------------------|------------------------------|---------------------|--------------------|
| | Negativas | Neutras | Positivas |
| TOTAL DIMENSION | 25,4% (±17,3) | 33,4% (±5,2) | 41,2% (±14) |

Dimensión 12: “Problemas en cambios de turno y transición entre servicios”

Esta dimensión mide los problemas en relación a la SPurgidos en cambios de turno y en los cambios entre unidades y servicios a través de cuatro preguntas.

Tres preguntas obtienen una mayoría de respuestas positivas: el 67,3% considera que en los partes de los cambios de turno no se pierde información, el 42,5% que el intercambio de información entre servicios no es problemático y el 58,6% que los cambios de turno no generan problemas en la atención. Sin embargo, la restante obtiene el mismo porcentaje de respuestas negativas que positivas, 40,2%, se trata de “La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra”. Vean los porcentajes de las respuestas obtenidos por las preguntas en la tabla 3.

La dimensión en su totalidad obtiene un mayor porcentaje de respuestas positivas (52,1%), pero su carácter positivo es débil. Vean las medias de los porcentajes de las respuestas obtenidos por la dimensión en su conjunto en la tabla 4.

Tabla 3. Porcentajes de las respuestas de las preguntas de la dimensión “Problemas en cambios de turno y transición entre servicios”

| Preguntas | % de las respuestas | | |
|---|---------------------|---------|-----------|
| | Negativas | Neutras | Positivas |
| 25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra. (sentido negativo) | 40,2% | 19,6% | 40,2% |
| 27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente. (sentido negativo) | 67,3% | 11,7% | 21% |
| 29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático. (sentido negativo) | 42,5% | 31,2% | 26,3% |
| 33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno. (sentido negativo) | 58,6% | 22,3% | 19,1% |

Tabla 4. Media de porcentajes de las respuestas de la dimensión “Problemas en cambios de turno y transición entre servicios”

| | Media de % de las respuestas | | |
|------------------------|------------------------------|---------------------|--------------------|
| | Negativas | Neutras | Positivas |
| TOTAL DIMENSION | 26,7% (±9,5) | 21,2% (±8,1) | 52,1% (±13) |

Tabla 95. Correlación entre las respuestas positivas y el tiempo de ejercicio (preg.46)
(Correlación de Pearson)

| Dimensión | | P.46 |
|--|-------------|---------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Correlación | -,089 |
| | p | ,162 |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Correlación | -,146* |
| | p | 0,022 |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Correlación | -,010 |
| | p | ,874 |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Correlación | -,097 |
| | p | ,130 |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Correlación | -,200** |
| | p | 0,002 |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Correlación | -,022 |
| | p | ,725 |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Correlación | -,181** |
| | p | 0,004 |
| Respuesta no punitiva a los errores (dimensión 8) | Correlación | ,072 |
| | p | ,261 |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Correlación | -,132* |
| | p | 0,038 |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Correlación | -,110 |
| | p | ,084 |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Correlación | -,157* |
| | p | 0,013 |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Correlación | ,079 |
| | p | ,216 |

*Correlación significativa a nivel <0,05

**Correlación significativa a nivel <0,01

Tabla 96. Correlación entre las respuestas negativas y el tiempo de ejercicio (preg.46)
(Correlación de Pearson)

| | | P.46 |
|--|-------------|---------|
| Frecuencia de eventos notificados (dimensión 1) | Correlación | 0,051 |
| | p | 0,423 |
| Percepción de seguridad (dimensión 2) | Correlación | 0,229** |
| | p | 0,000 |
| Expectativas y acciones de la supervisora que favorecen la seguridad (dimensión 3) | Correlación | 0,141* |
| | p | 0,027 |
| Aprendizaje organizacional y mejora continua (dimensión 4) | Correlación | 0,114 |
| | p | 0,075 |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio (dimensión 5) | Correlación | 0,193** |
| | p | 0,002 |
| Franqueza en la comunicación (dimensión 6) | Correlación | -0,011 |
| | p | 0,861 |
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Correlación | 0,160* |
| | p | 0,012 |

| | | |
|---|-------------|--------|
| Feed-back y comunicación sobre errores (dimensión 7) | Correlación | 0,032 |
| | p | 0,620 |
| Dotación de personal (dimensión 9) | Correlación | 0,151* |
| | p | 0,017 |
| Apoyo de la gerencia en la SP (dimensión 10) | Correlación | 0,130* |
| | p | 0,041 |
| Trabajo en equipo entre unidades (dimensión 11) | Correlación | 0,077 |
| | p | 0,227 |
| Trabproblemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (dimensión 12) | Correlación | -0,067 |
| | p | 0,296 |

*Correlación significativa a nivel <0,05

**Correlación significativa a nivel <0,01

ANEXO 7

Tabla 1: Correlación entre respuestas positivas entre cada una de las dimensiones y con el grado de seguridad percibido (preg.43) Correlación de Pearson

| | | P.43. | D1POS | D2POS | D3POS | D4POS | D5POS | D6POS | D7POS | D8POS | D9POS | D10POS | D11POS | D12POS |
|----------|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| DIM1POS | Correlación | ,300** | 1 | ,316** | ,254** | ,295** | ,297** | ,442** | ,500** | ,157* | ,053 | ,197** | ,379** | ,269** |
| | p | ,000 | | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,013 | ,397 | ,002 | ,000 | ,000 |
| DIM2POS | Correlación | ,571** | ,316** | 1 | ,315** | ,390** | ,268** | ,282** | ,396** | ,193** | ,285** | ,258** | ,449** | ,399** |
| | p | ,000 | ,000 | | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,002 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| DIM3POS | Correlación | ,084 | ,254** | ,315** | 1 | ,246** | ,338** | ,313** | ,315** | ,068 | ,035 | ,097 | ,263** | ,189** |
| | p | ,275 | ,000 | ,000 | | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,278 | ,578 | ,121 | ,000 | ,002 |
| DIM4POS | Correlación | ,363** | ,295** | ,390** | ,246** | 1 | ,245** | ,198** | ,434** | ,178** | ,012 | ,267** | ,260** | ,096 |
| | p | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | | ,000 | ,001 | ,000 | ,004 | ,848 | ,000 | ,000 | ,126 |
| DIM5POS | Correlación | ,254** | ,297** | ,268** | ,338** | ,245** | 1 | ,343** | ,318** | ,085 | -,031 | ,022 | ,233** | ,109 |
| | p | ,001 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | | ,000 | ,000 | ,173 | ,624 | ,731 | ,000 | ,081 |
| DIM6POS | Correlación | ,302** | ,442** | ,282** | ,313** | ,198** | ,343** | 1 | ,521** | ,181** | ,103 | ,075 | ,268** | ,225** |
| | p | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,001 | ,000 | | ,000 | ,004 | ,102 | ,231 | ,000 | ,000 |
| DIM7POS | Correlación | ,328** | ,500** | ,396** | ,315** | ,434** | ,318** | ,521** | 1 | ,152* | ,085 | ,163** | ,276** | ,146* |
| | p | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | | ,015 | ,174 | ,009 | ,000 | ,019 |
| DIM8POS | Correlación | ,221** | ,157* | ,193** | ,068 | ,178** | ,085 | ,181** | ,152* | 1 | ,001 | ,032 | ,155* | ,124* |
| | p | ,004 | ,013 | ,002 | ,278 | ,004 | ,173 | ,004 | ,015 | | ,987 | ,612 | ,012 | ,047 |
| DIM9POS | Correlación | ,197** | ,053 | ,285** | ,035 | ,012 | -,031 | ,103 | ,085 | ,001 | 1 | ,220** | ,236** | ,243** |
| | p | ,010 | ,397 | ,000 | ,578 | ,848 | ,624 | ,102 | ,174 | ,987 | | ,000 | ,000 | ,000 |
| DIM10POS | Correlación | ,204** | ,197** | ,258** | ,097 | ,267** | ,022 | ,075 | ,163** | ,032 | ,220** | 1 | ,290** | ,136* |
| | p | ,007 | ,002 | ,000 | ,121 | ,000 | ,731 | ,231 | ,009 | ,612 | ,000 | | ,000 | ,028 |
| DIM11POS | Correlación | ,445** | ,379** | ,449** | ,263** | ,260** | ,233** | ,268** | ,276** | ,155* | ,236** | ,290** | 1 | ,533** |
| | p | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,012 | ,000 | ,000 | | ,000 |
| DIM12POS | Correlación | ,390** | ,269** | ,399** | ,189** | ,096 | ,109 | ,225** | ,146* | ,124* | ,243** | ,136* | ,533** | 1 |
| | p | ,000 | ,000 | ,000 | ,002 | ,126 | ,081 | ,000 | ,019 | ,047 | ,000 | ,028 | ,000 | |

Tabla 2: Correlación entre respuestas de carácter negativo entre cada una de las dimensiones y con el grado de seguridad percibido (preg.43) Correlación de Pearson

| | | P.43. | D1NEG | D2NEG | D3NEG | D4NEG | D5NEG | D6NEG | D7NEG | D8NEG | D9NEG | D10NEG | D11NEG | D12NEG |
|--------------------------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|
| DIM1NEG | Correlación | -,123 | 1 | ,149* | ,178** | ,142* | ,027 | ,231** | ,372** | ,150* | -,013 | ,149* | ,142* | ,036 |
| | p | ,110 | | ,018 | ,005 | ,024 | ,672 | ,000 | ,000 | ,017 | ,834 | ,018 | ,023 | ,567 |
| Percepción De seguridad | Correlación | -,535** | ,149* | 1 | ,212** | ,387** | ,269** | ,175** | ,256** | ,161** | ,385** | ,369** | ,352** | ,260** |
| | p | ,000 | ,018 | | ,001 | ,000 | ,000 | ,005 | ,000 | ,009 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| DIM3NEG | Correlación | -,172* | ,178** | ,212** | 1 | ,263** | ,332** | ,246** | ,328** | -,019 | ,077 | ,145* | ,175** | ,068 |
| | p | ,025 | ,005 | ,001 | | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,757 | ,221 | ,020 | ,005 | ,275 |
| DIM4NEG | Correlación | -,299** | ,142* | ,387** | ,263** | 1 | ,239** | ,204** | ,365** | ,090 | ,051 | ,234** | ,195** | ,084 |
| | p | ,000 | ,024 | ,000 | ,000 | | ,000 | ,001 | ,000 | ,150 | ,416 | ,000 | ,002 | ,177 |
| DIM5NEG | Correlación | -,176* | ,027 | ,269** | ,332** | ,239** | 1 | ,293** | ,204** | ,067 | ,116 | ,106 | ,242** | ,089 |
| | p | ,021 | ,672 | ,000 | ,000 | ,000 | | ,000 | ,001 | ,279 | ,063 | ,089 | ,000 | ,152 |
| DIM6NEG | Correlación | -,194* | ,231** | ,175** | ,246** | ,204** | ,293** | 1 | ,296** | ,043 | ,076 | ,041 | ,134* | ,064 |
| | p | ,011 | ,000 | ,005 | ,000 | ,001 | ,000 | | ,000 | ,498 | ,227 | ,513 | ,031 | ,310 |
| DIM7NEG | Correlación | -,261** | ,372** | ,256** | ,328** | ,365** | ,204** | ,296** | 1 | -,039 | -,050 | ,092 | ,165** | ,065 |
| | p | ,001 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,001 | ,000 | | ,530 | ,421 | ,140 | ,008 | ,296 |
| DIM8NEG | Correlación | -,021 | ,150* | ,161** | -,019 | ,090 | ,067 | ,043 | -,039 | 1 | ,147* | ,098 | ,088 | ,062 |
| | p | ,789 | ,017 | ,009 | ,757 | ,150 | ,279 | ,498 | ,530 | | ,018 | ,119 | ,160 | ,318 |
| DIM9NEG | Correlación | -,207** | -,013 | ,385** | ,077 | ,051 | ,116 | ,076 | -,050 | ,147* | 1 | ,394** | ,303** | ,267** |
| | p | ,006 | ,834 | ,000 | ,221 | ,416 | ,063 | ,227 | ,421 | ,018 | | ,000 | ,000 | ,000 |
| DIM10NEG | Correlación | -,312** | ,149* | ,369** | ,145* | ,234** | ,106 | ,041 | ,092 | ,098 | ,394** | 1 | ,301** | ,182** |
| | p | ,000 | ,018 | ,000 | ,020 | ,000 | ,089 | ,513 | ,140 | ,119 | ,000 | | ,000 | ,003 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|-------------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|------|--------|--------|--------|--------|
| DIM11NEG | Correlación | ,394** | ,142* | ,352** | ,175** | ,195** | ,242** | ,134* | ,165** | ,088 | ,303** | ,301** | 1 | ,443** |
| | p | ,000 | ,023 | ,000 | ,005 | ,002 | ,000 | ,031 | ,008 | ,160 | ,000 | ,000 | | ,000 |
| DIM12NEG | Correlación | ,332** | ,036 | ,260** | ,068 | ,084 | ,089 | ,064 | ,065 | ,062 | ,267** | ,182** | ,443** | 1 |
| | p | ,000 | ,567 | ,000 | ,275 | ,177 | ,152 | ,310 | ,296 | ,318 | ,000 | ,003 | ,000 | |

Anexo 8.

A lo largo de esta tesis hemos ido desarrollando estudios y publicando artículos relacionados bien con el marco teórico, el marco conceptual o el objeto principal de estudio. A continuación, se muestra un resumen de los mismos, en la que se incluye el RIC¹ o JCR según proceda, aportaciones principales de cada uno y el texto completo:

- Germán Bes Concha, Orkaizagirre Gómara Aintzane, Huércanos Esparza Isabel, Hueso Navarro Fabiola. ¿Provocan las enfermeras su propia invisibilidad? A propósito del caso de María. *Index Enferm.* 2015; 24(3):139-143. RIC: 1,9268
Resumen: Se presenta un caso extraído de la práctica asistencial hospitalaria en el que se analizan las acciones que realizan y omiten las enfermeras, lo cual contribuye a fomentar la visibilidad o invisibilidad de las mismas. Tras el mencionado análisis se proponen mejoras relacionadas con distintas habilidades, conocimientos y actitudes en las enfermeras que van a redundar en la mejora de los niveles de bienestar, autocuidado y seguridad de la paciente.
- Jiménez Navascués María Lourdes, Orkaizagirre Gómara Aintzane, Germán Bes Concha. The self-perceived identity of Spanish geriatric nurses: Comment on Carlson et al. (2014). *Int. J. Nurs. Stud.* (2015), Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.010>. RIC2: 2 Factor de Impacto: 2.901 SJR: 1.171
Resumen: Se realizó un análisis cualitativo para comprender cómo perciben los profesionales que trabajan en el ámbito gerontológico el cuidado de los mayores. Se concluyó que para las enfermeras es fundamental en el cuidado de los mayores: la oportunidad de establecer relaciones a largo plazo, ejecutar la autonomía profesional y brindar atención integral.
- Orkaizagirre Gómara, Aintzane; Huércanos Esparza, Isabel. La enfermera novel en la Relación de Cuidado. A propósito de un caso de hemorragia. *Index de Enfermería* 2014; 23(4): 224-228. RIC: 1,9268
Resumen: Se expone un caso en el que una enfermera novel establece una interacción con una paciente ingresada debido a un dolor abdominal agudo. Tras la asistencia a las necesidades físicas, la enfermera decide indagar en las dimensiones emocional y social para detectar aspectos que requieren atención y aplicar conocimientos teóricos para el abordaje de una Relación de Cuidado eficiente, entendiendo ésta como un proceso de atención enfermero verdaderamente integral que contribuye a la

¹ **RIC:** Repercusión Inmediata Cuiden (Índice de Impacto), es el número de citas que recibe una revista dividido entre el número de artículos publicados (citas que recibe una revista fuente en los dos años previos al de citación entre el número total de artículos publicados en el año de análisis). El Índice de Inmediatez informa de la inmediatez en el consumo de los artículos publicados en una revista sobre la base de su producción en el año de estudio.

² **RIC** estimada: Calculada igual que la RIC para revistas no fuente. El denominador se obtuvo de las BDB en las que las revistas citadas están indexadas.

construcción de una relación de confianza que transmite seguridad y fomenta el bienestar.

- Orkaizagirre Gómara, Aintzane; Amezcua, Manuel; Huércanos Esparza, Isabel; Arroyo Rodríguez, Almudena. El Estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la relación de cuidado. *Index de Enfermería* 2014; 23(4): 244-249. RIC: 1,9268
Resumen: La Relación de Cuidado es considerada como un proceso de atención integral que incluye los aspectos físicos, emocionales, comunicativos y espirituales que se sustenta en la individualización de los cuidados cuyos ejes principales son la construcción de una relación de confianza y seguridad y el fomento de la autonomía de la persona. El Estudio de casos es un método útil para analizar diferentes situaciones clínicas, identificar puntos fuertes y débiles de la Relación de Cuidado establecida por la enfermera y plantear soluciones y estrategias para mejorarla. Con este trabajo pretendemos mostrar las potencialidades del Estudio de casos como instrumento para aprender y visibilizar la Relación de Cuidado, de manera que pueda ser utilizado tanto para comunicar experiencias obtenidas en la práctica clínica, como para el adiestramiento del estudiante en ciclos de grado y posgrado.

- Orkaizagirre Gómara, Aintzane. La incidencia de eventos adversos potencialmente atribuibles a los cuidados enfermeros en unidades hospitalarias. *Enfermería Clínica* 2014; 24(6):356-357. RIC: 0,7049 SJR: 0,18
Comentario de revision del artículo de “D’Amour D, et al. The occurrence of adverse events potentially attributable to nursing care in medical units: Cross sectional record review. *IJNS* 2014; 51:882-891” en el que se estudió la incidencia de 6 eventos adversos potencialmente atribuibles a cuidados enfermeros en unidades hospitalarias de 11 hospitales en Canadá.

TEORIZACIONES

¿Provocan las enfermeras su propia invisibilidad? A propósito del caso de María

Concha Germán Bes,^{1,2} [Aintzane Orkaizagirre Gómara](#),^{2,3} Isabel Huércanos Esparza,^{2,4} Fabiola Hueso Navarro^{2,5}

¹Área Enfermería. Universidad de Zaragoza, España. ²Grupo de Investigación Aurora Mas (A.MAS), Comunidad de Aragón. ³Departamento de Enfermería II. Universidad del País Vasco. ⁴Coordinadora de Ensayos Clínicos de Oncología. Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, España. ⁵Centro de Salud Buñuel, Buñuel (Zaragoza), España

Correspondencia: Concha Germán Bes. Facultad de Ciencias de la Salud. C/ Domingo Miral s/n, 50009 Zaragoza, España

Manuscrito recibido el 12.3.2014
Manuscrito aceptado el 4.6.2014

Index de Enfermería [Index Enferm] 2015; 24(3): 139-143

Cómo citar este documento

Germán Bes, Concha; Orkaizagirre Gómara, Aintzane; Huércanos Esparza, Isabel; Hueso Navarro, Fabiola. ¿Provocan las enfermeras su propia invisibilidad? A propósito del caso de María. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2015; 24(3). Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v24n3/9733.php>>

Resumen

Se presenta un caso extraído de la práctica asistencial hospitalaria en el que se analizan las acciones que realizan y omiten las enfermeras, lo cual contribuye a fomentar la visibilidad o invisibilidad de las mismas. Tras el mencionado análisis se proponen mejoras relacionadas con

Abstract (Are nurses causing their own invisibility? In relation to Maria's case)

A case report of hospital care practice is presented. The performed and the omitted actions that promote the visibility or invisibility of nurses are analyzed. Following the afore mentioned analysis, some suggestions are proposed regarding

distintas habilidades, conocimientos y actitudes en las enfermeras que van a redundar en la mejora de los niveles de bienestar, autocuidado y seguridad de la paciente.

Palabras clave: Cuidado Invisible/ Seguridad del Paciente/ Autocuidado/ Bienestar/ Atención de Enfermería/ Aprendizaje Basado en Problemas.

different skills, knowledge and attitudes from nurses that will lead to improved welfare levels, self-care and patient safety.

Key-words: Invisible Care/ Patient Safety/ Selfcare/ Welfare/ Nursing care/ Problem-Based Learning.

Introducción

Como investigadoras del Cuidado Invisible (CI) estamos siempre atentas a los comportamientos de las enfermeras y a las opiniones de los usuarios de los servicios sanitarios. El pasado mes de septiembre el *Periódico de Aragón* publicó una encuesta acerca de la satisfacción de los usuarios con las enfermeras, otorgándoles un notable alto de 8.1, solo por debajo de las navarras y por encima de la media nacional.¹ Nos alegran estos buenos resultados ya que el ratio enfermera-población en España es de 5.1 enfermeras colegiadas en edad activa por cada 1000 habitantes,² cifra muy por debajo de la media de los países de la OCDE con 8.4 enfermeras por cada 1000 habitantes.³

Esto puede indicar que nuestras enfermeras son notablemente buenas y que nuestros ciudadanos son bastante agradecidos. Especialmente teniendo en cuenta que nos encontramos en un entorno sanitario basado en un modelo biomédico en el que aún cuesta situar al paciente en el centro de la atención y en el que se proporcionan cuidados de manera automatizada y estandarizada sin atender a las necesidades más particulares de cada individuo y sin contar con la complejidad de su persona y situación. Las causas de que permanezcamos estancados en el paradigma son diversas, tal como analizaremos más adelante.

Presentamos este caso con dos objetivos: uno profesional, al reflexionar acerca de cómo se produce la invisibilidad de las acciones enfermeras por acción y omisión, para tratar de tomar conciencia de nuestra práctica y tratar de mejorarla atendiendo a las necesidades emergentes de quien enferma y de sus familias. Algo en lo que quienes trabajamos en la docencia y muchas enfermeras asistenciales, hace tiempo que creemos y velamos para que sea el objetivo principal y el eje de la atención de los profesionales sanitarios. El segundo, mostrar cómo se pueden lograr buenos niveles de bienestar y de autocuidado con intervenciones "invisibles" de gran importancia como la escucha activa, la información sobre la dieta y el uso de herramientas como el pulsioxímetro, que en el caso concreto que presentamos, calmaron el malestar, ayudaron en la gestión de la vida cotidiana, y en suma, empoderaron a la paciente. Las intervenciones de la enfermera lograron muy buenos niveles de bienestar, de autonomía e hicieron avanzar en la recuperación.

Partimos de un caso que reviste poca gravedad clínica, pero que sí genera mucha ansiedad y malestar y que se produce con frecuencia en nuestro entorno. Los casos nos ayudan a reflexionar sobre el contexto y el *modus operandi* de quien trabaja por la seguridad clínica, la recuperación de la salud, el cuidado y el autocuidado, así como, para proporcionar la mejor calidad de vida posible.⁴ Si se olvida alguna de estas facetas, se olvida una gran parte del cuidado profesional. El caso nos va a servir para desarrollar el hilo argumental de los posibles porqués de la invisibilidad de las enfermeras de este caso.

Presentación del caso

Una enfermera nos hace llegar las quejas de una persona que acababa de ser diagnosticada de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Se trataba de una mujer jubilada de 67 años, enfermera de profesión, a la que llamaremos María. Ejerció desde joven, desarrollando la mayor parte de su ejercicio profesional en una unidad de Cuidados Intensivos. Viuda desde hace más de 20 años, convive con dos de sus hijos que están a su cargo; uno es ingeniero, ahora en desempleo y con una edad cercana a

los treinta; el otro hijo es un adulto con un síndrome de Down, cercano a los cuarenta. Tiene una hija casada con tres niños que vive en la misma ciudad. Además cuenta con tres hermanos, uno mayor ya jubilado y dos de ellos profesores de Universidad con los que mantiene una buena relación y también viven en la misma ciudad. María había sido fumadora hasta la crisis respiratoria que le obligó a ingresar en el hospital. Siempre había pensado en dejar de fumar pero no había llegado a hacerlo; hasta que hace un par de semanas sintió que no respiraba bien, según expresaba ella "no me entraba aire", empezó a tener esa sensación al anochecer y para evitar una fase crítica y angustiada durante la noche decidió ir a Urgencias.

Una vez allí, decidieron ingresarle dado que tenía la saturación de oxígeno baja, por debajo de 90. Al día siguiente no pasó ningún médico a verle, llegó el fin de semana y siguieron sin aparecer. María es una persona muy discreta y estuvo esperando a que fueran a verla. Cuando llegó el sábado y a la vista de que nadie le había valorado pidió irse a su casa, pero nadie le hizo caso y la misma familia le pidió que tuviera paciencia -pensado que estaba bastante mal-. Sobre el retraso de la visita médica, las enfermeras le dijeron que debía *"tener paciencia ya que la clínica no pasaba por buenos momentos"*; aparte de esta información, la intervención enfermera con María se limitó a ponerle el oxígeno.

El lunes, tras cuatro días ingresada, los neumólogos de la unidad la visitaron y tras sus sucesivas quejas el martes le enviaron a casa, con la única pauta de 16 horas diarias de oxígeno en el domicilio, tal como había estado esos días en el hospital. Los hermanos de María -que en múltiples ocasiones le habían dicho que dejara de fumar, porque tenía mucha tos y cualquier día les daría un susto- consideraban que estaba bastante mal. Ella, además, se encontraba muy enfadada por ver el panorama familiar que tiene con su hijo con síndrome de Down, en el mes de julio, de vacaciones, ya que habitualmente pasa gran parte de su vida en un centro especial, tiene una dependencia media, por la que no puede salir a la calle solo.

La enfermera que nos informó del caso, a la que llamaremos Beatriz, es amiga de la familia, mantuvo mensajes SMS con María en los que percibió que estaba muy enfadada y no quería hablar. Buscó la ocasión de verla y ya en casa, en el encuentro cara a cara entre María y su amiga enfermera, esta percibe que María tiene ganas de hablar con ella sobre su vivencia y en un ambiente tranquilo le cuenta los hechos: *"No tenía disnea, ni me encontraba especialmente mal, pero al ver que no ventilaba adecuadamente decidí ir a consultar con alguien de mi hospital -en el que había trabajado más de 30 años- para que valoraran la insuficiencia respiratoria. Comprendí que me ingresarán un jueves por la noche, pero mi enfado comenzó cuando al día siguiente y durante días no me vio ningún neumólogo. Cuando el lunes me ven no me explican nada y solo me dan la pauta de las 16 horas seguidas de oxígeno más los broncodilatadores y corticoides que ya utilizaba. El martes, tras varias peticiones me envían a casa. La misma indicación de 16 horas de oxígeno la repite el técnico del oxígeno y otra médica del centro de salud que vino a verme a casa"*.

Explica que está enfadada porque no tiene ninguna pauta, ni referencia de si su estado mejora o empeora, cuando ella no encuentra cambios especiales. *"Nunca tuve disnea. Mi saturación mejoró antes de salir de la clínica. Ahora no sé nada y estoy harta. Ya sé que tengo un EPOC de fumadora, y por ahora solo tomo la medicación de broncodilatadores y corticoides; no tengo claro que me hagan falta de forma continua estos últimos"*.

En el encuentro de Beatriz con María, esta última continúa expresando su profundo malestar por la forma en que le habían tratado, por la falta de explicaciones y porque tuvo la sensación de que *"no se enteraron de nada"*. Ahora estaba con las 16 horas de oxígeno pero sin tener una referencia de si se encontraba igual, mejor o peor. La amiga enfermera comprendió a María y pudo valorar con la observación que no estaba tan mal como le habían transmitido sus hermanos, lo habló con la propia María y estaban de acuerdo al respecto. Además, la enferma, por el hecho de ser enfermera conocía qué era un EPOC, pero como paciente carecía de una medida de referencia para saber si mejoraba o empeoraba. En su estado no sabía valorar los cambios y quedaban muchos días para la revisión médica. Beatriz le explicó la experiencia con el Pick-Flow muy efectiva en los enfermos asmáticos para poder medirse la capacidad pulmonar. Eso le dio la idea de conseguir un pulsioxímetro para controlar su saturación

de oxígeno. Su hijo lo buscó y solicitó por Internet. Pocos días después se sentía mucho más tranquila ya que los valores oscilaban en torno a 94-96%, entonces comenzó a salir a la calle para hacer pequeñas compras, tomar el aire y recuperar la vida normal. Dejó de fumar y con ayuda de Beatriz se aproximó a los cuidados naturales, incluyendo en su dieta alimentos e infusiones diuréticas (alcachofa, espárragos, cola de caballo, apio, regaliz, levadura de cerveza, entre otros). Su calidad de vida mejoró notablemente gracias a la actuación de su amiga enfermera.

Marco conceptual

Para el análisis del caso y de las interacciones y reacciones vamos a basarnos en el marco conceptual del Triángulo de los cuidados del bienestar, seguridad clínica y autonomía⁵ (*Figura 1*). En este triángulo las tres dimensiones están íntimamente relacionadas, de tal forma que si una persona tiene malestar por dolor o temor o ansiedad, no tendrá confianza ni seguridad, lo que aumentará su malestar y dificultará su recuperación. Además puede tender a sobredimensionar su malestar y expresar síntomas de forma exagerada. En cualquier caso, no mejorará su autonomía ni aprenderá a conocer el proceso de su enfermedad.

En el grupo Aurora Mas y en los seminarios que realizamos mensualmente vamos consolidando el marco conceptual del cuidado (*Figura 2*). Concebimos la Relación de Cuidado como *estar con y pendiente de las personas*, enferma o cuidadora familiar principal (expresión de *estar con y pendiente de* desarrollada en el marco de su tesis doctoral por Fabiola Hueso y Concha Germán. Grupo Aurora Mas. No publicado, 2011).

En este marco conceptual hay dos partes: la parte inferior sirve para analizar el contexto educativo y sanitario, la parte superior que corresponde a la familia y a las enfermeras es la que nos interesa en este momento. En esta parte vemos que se desarrollan numerosas actividades *versus* variables del cuidado desarrolladas por cuidadores familiares y profesionales, es decir por enfermeras. Todo ello, con una gran dosis de privacidad, afecto y serenidad para lograr la mayor autonomía y calidad de vida posible. Las competencias profesionales de *estar pendiente de* son la vigilancia de los signos y síntomas de la enfermedad, pero también se puede ver lo que para Henderson eran cuidados de suplencia que realiza la enfermera o la familia de forma compartida. En suma, se desarrollan habilidades de ayuda, se personaliza el cuidado, logrando así confianza, tranquilidad, seguridad y autonomía por parte de las personas cuidadas,⁶⁻⁸ es decir en relación con el triángulo de los cuidados antes explicado (Grupo de Investigación A.MAS. Cuidados Invisibles. En: Seminario de Cuidados y Calidad de Vida. 10 de Junio de 2013, Zaragoza, no publicado).

Discusión

Cuando cuidamos no solo vigilamos la evolución de los síntomas de su dolencia o enfermedad, también nos ocupamos de la medicación, la alimentación, el ejercicio, y de saber que la persona enferma o sus familiares estén llevando la situación con serenidad, de la manera más confortable y relajada posible. El temor, el miedo o el pánico afectan a nuestra respiración, a nuestro equilibrio interior, al intercambio ácido-base, a nuestro "fluir" y por tanto a nuestro sistema inmunológico.

En el caso de María parece que las enfermeras no tuvieron en cuenta el contexto familiar que ella tenía, ni si quiera le preguntaron. Tampoco hablaron con ninguno de los hermanos que estuvieron con ella varias horas durante el ingreso. No tuvo ningún trato especial, que posiblemente esperaba, por ser una veterana enfermera del centro. Los neumólogos tardaron varios días en verle. Todo ello hizo que se sintiera inquieta, tensa, enfadada e incluso indignada porque no se sentía escuchada. Cuando por fin, por petición propia, le dieron el alta hospitalaria, tampoco recibió ninguna información sobre cómo realizar sus autocuidados durante la convalecencia en casa.

La intervención enfermera con María se limitó a ponerle el oxígeno ya que su saturación era baja y a vigilarla; en cuanto al retraso de la visita médica, le pidieron paciencia y se excusaron indicando la situación crítica de la clínica

Respecto a las enfermeras que atendieron a María nos planteamos los siguientes interrogantes: ¿Actuaron con profesionalidad? ¿Valoraron lo importante? ¿Se ocuparon del bienestar, seguridad y autonomía? ¿La paciente se sintió cómoda, confiada y segura? Es obvio que no y que ella misma hacía recaer todo su malestar en los médicos, no hablando ni bien ni mal de las enfermeras, en su relato fueron invisibles, curiosamente a pesar de que la propia María es también enfermera.

Las enfermeras del caso atendieron desde una perspectiva biomédica donde se espera de ellas que: (1) Detecten las situaciones de inestabilidad clínica y valoren el riesgo clínico. (2) Resuelvan las situaciones vitales urgentes. (3) Se ocupen de las demandas rutinarias de los pacientes. (4) Realicen diversas actividades técnicas y cumplan órdenes de tratamiento médico. (5) Ordenen el día a día de los hospitales, la gestión cotidiana. (6) Aligeren la demanda de los médicos tanto de familia como de atención hospitalaria.

Lejos del modelo biomédico, desde una perspectiva cuidadora centrada en el enfermo y familia donde se realizan cuidados holísticos, las enfermeras de este caso debían: (1) Detectar las situaciones de inestabilidad clínica y valorar el riesgo clínico. (2) Resolver las situaciones vitales urgentes. (3) Lograr el bienestar, la confianza y el confort, llevando a cabo tanto intervenciones relativas a la realización de técnicas y administración de tratamientos como intervenciones dirigidas a valorar y atender necesidades sociales y emocionales que la enferma tenía en ese momento, así como desempeñar el rol de representantes de María ante los médicos de la unidad. En caso de no lograrlo, dejar registrado el malestar de la enferma en el libro de incidencias o comunicarlo a sus superiores. (4) Enseñar autocuidados a María antes de que se le diese el alta hospitalaria. (5) La disminución del consumo de servicios e incluso de fármacos como consecuencia del buen autocuidado.

Este tipo de cuidados personalizados supone trascender los cuidados físicos y cuidar a la persona en su globalidad, lo cual requiere que la enfermera se acerque a esta y su familia con actitud abierta, dispuesta a conocer sus creencias, preocupaciones, experiencias de vida y hábitos de salud. Esta actitud respetuosa y comprensiva favorece el clima de confianza y seguridad en el que las personas reconocen a la enfermera como una profesional de la salud referente, que promueve el bienestar y la calidad de vida.^{8,9} Al no llevar a cabo los cuidados de bienestar y autocuidado la enferma no estuvo serena y no aumentó su autonomía ni su empoderamiento para tomar decisiones sobre lo que le estaba pasando. Las enfermeras actuaron como personas útiles al sistema, pero no tanto para María.

Los motivos que pueden explicar el comportamiento de las enfermeras son de varios tipos: en primer lugar, el institucional, en el que las enfermeras trabajan bajo las directrices no escritas del modelo médico hegemónico. Este modelo biotecnológico, en el que prevalece el control de la dimensión biológica de la persona, olvidando sus dimensiones psicosocial y espiritual, se caracteriza a su vez por varios elementos: los gestores sitúan en el centro del sistema los intereses de los médicos que en este modelo tienen la hegemonía de la asistencia. En segundo lugar, los gestores tienden a seleccionar en su equipo directivo enfermeras con perfil "doméstico", domesticable, con proximidad ideológica o intereses personales, las cuales no sitúan a los enfermos en el centro de la atención. En tercer lugar, acaban estableciendo plantillas de enfermeras muy por debajo de los estándares internacionales recomendados.

Hay dos motivos más que ayudan a explicar los comportamientos de las enfermeras de nuestro caso. El peso de la historia de la etapa de los Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS). Etapa en la que se socializaba a las ATS en el valor de la tecnología y se ignoraban los cuidados, en esta época con frecuencia se consideraba a las técnicas superiores a las enfermeras. Fue un periodo de escasísimas publicaciones profesionales; las reflexiones venían más del lado religioso que del profesional. Además, a esto se unía un segundo motivo, los estereotipos de género. Aquellos que decían en el manual profesional que pervivió hasta la entrada de los setenta.¹⁰

Al igual que sucede en el caso, todavía es habitual observar en las enfermeras mayor fluidez en el desarrollo de los cuidados físicos que en los emocionales, debido a que estos últimos requieren la adquisición de unos conocimientos, valores y actitudes que guíen la práctica, y que se integran y se mejoran de manera continua mediante su estudio y la reflexión de la práctica en la actividad diaria.⁸ Bien es cierto que la

formación para el desarrollo de habilidades y conocimientos sobre cómo desempeñar adecuadamente una intervención basada en las necesidades emocionales de la persona y su entorno es mucho más escasa -tanto en el ámbito pregrado como en el postgrado-, por lo que desarrollar destrezas de este tipo para las enfermeras resulta más complicado,¹¹ siendo muchas veces la única opción la autoformación a través de casos, artículos y monografías.

Hoy en un contexto sociopolítico cuyos dirigentes envían mensajes que añoran tiempos pasados, con una gran precariedad laboral, es difícil mostrarse contrario a quienes ostentan el poder, pero no por ello debemos dejar de ser profesionales y poner de manifiesto los efectos de los cuidados enfermeros en los ciudadanos. Si no lo hacemos las enfermeras, otros lo harán en nuestro lugar porque es algo absolutamente necesario.

Si María se hubiera sentido atendida, no habría sentido temor, hubiera estado confiada en las pruebas que se le hacían y en la necesidad de la vigilancia de varios días. Ahora bien, las enfermeras pasaron por alto la información sobre cómo se sentía y cómo podía ella vigilarse en casa, enseñarle cómo realizar su propio cuidado, y así adquirir confianza en sí misma para valorar su propio cuerpo y la forma de expresar sus desequilibrios. Era una ocasión para aprender a manejar su enfermedad y a pedir ayuda, aclaraciones y consejo con libertad. En este caso las enfermeras, en vez de convertirse en referente de promoción de salud y bienestar, pasaron completamente desapercibidas invisibilizándose ellas mismas.⁸

Se podría decir que no es fácil establecer prioridades cuando disponemos de más pacientes que cuidar que tiempo para ello. Pero al permanecer en el mismo *status quo*, es decir, hacer "las cosas como siempre", se degrada nuestro perfil profesional, más aún, en tiempos de crisis. A partir de nuestra propia experiencia podemos decir que desarrollar las destrezas necesarias para poder proporcionar cuidados cada vez más integrales sin que esto suponga desatender otras áreas o a otros pacientes es fruto del trabajo diario, del esfuerzo por integrar estos conocimientos en nuestro modus operandi aunque sea costoso, en términos de tiempo y energía, y muchas veces vaya en contra de la práctica habitual, pero podemos decir que se puede lograr y que resulta muy gratificante.

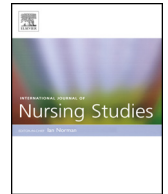
Hoy comienza a haber casos de enfermeras y enfermeros que se salen del sistema por razones éticas. Es una novedad que nunca antes habíamos conocido. Estos sí tienen claro que no pueden ejercer si no pueden realizar los cuidados de manera integral y con calidad y no solo limitarse a las tareas delegadas médicas.

En el caso que nos ocupa, la calidad de vida de la paciente mejoró notablemente gracias a la actuación de la amiga enfermera. Sin embargo nos preguntamos si a pesar de la mejoría apreciada a raíz de los cuidados enfermeros recibidos de Beatriz, ¿será el tratamiento médico el que se lleve todos los laureles de su recuperación?

Bibliografía

1. Lahoz, Ana. Barómetro sanitario. Los aragoneses otorgan un notable alto al servicio de enfermería. El Periódico de Aragón. 4/09/2013. Disponible en: http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/aragon/aragoneses-otorgan-notable-servicio-enfermeria_880414.html [acceso: 6/06/2014].
2. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados. Año 2012. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2013. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np778.pdf> [acceso: 3/11/2013].
3. OECD. Nurses. En: Health at a Glance 2011: OECD Indicators. OECD Publishing, 2011. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf> [acceso: 3/11/2013].
4. Orkaizagirre Gómara, Aintzane; Amezcua, Manuel; Huércanos Esparza, Isabel; Arroyo Rodríguez, Almudena. El Estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la Relación de Cuidado. Index de Enfermería 2014; 23(4):244-249.
5. Germán Bés, Concha. Seminario de Cuidados y Calidad de Vida. Disponible en: <http://www.unizar.es/auroramas/autocuidados.html> [acceso: 6/04/ 2014].
6. Urcola Pardo, Fernando; Germán Bés, Concha. Mindfulness: requisito necesario pero no suficiente para un cuidado de calidad. VIIIº Encuentro de Neurociencias; 21-22 nov 2012.

- Zaragoza: Facultad de Ciencias de la Salud, 2012. Actas, página 30 <http://uif.unizar.es/images/stories/Libro%20Abstracts.pdf> [acceso: 6/04/2014].
7. Huércanos Esparza, Isabel; Anguas Gracia, Ana; Martínez Lozano, Francisca. El Cuidado Invisible como indicador de mejora de la calidad de los cuidados enfermeros. Tesela 2012; 11. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts11/ts1106r.php> [acceso: 2/11/2013].
8. Orkaizagirre Gómara, Aintzane. Visibilizando los Cuidados enfermeros a través de la Relación de Cuidado. Index de Enfermería 2013; 22(3):124-125.
9. Huércanos Esparza, Isabel. Cuidado Invisible: donde los medicamentos no llegan. Index de Enfermería 2013; 22(1-2):5-6.
10. Germán Bes, Concepción. Historia de la Institución de la Enfermería Universitaria en España. Análisis con perspectiva de género [Tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2006. Disponible en: http://zaguan.unizar.es/search?ln=es&cc=Tesis&sc=1&p=german+bes&f=&action_search=Buscar [acceso: 6/04/2014].
11. Huércanos Esparza, Isabel. Estudio piloto para la validación de un cuestionario acerca de la percepción de los pacientes sobre la calidad del Cuidado Invisible de Enfermería. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0567.php> [acceso: 1/11/2013].



Letters

The self-perceived identity of Spanish geriatric nurses: Comment on Carlson et al. (2014)



María Lourdes Jiménez Navascués^a, Aintzane Orkaizagirre Gómara^{b,*},
Concha Germán Bes^b

^a University School of Nursing of Soria, Department of Nursing, University of Valladolid, Soria, Spain

^b Area of Nursing, University of Zaragoza, Zaragoza, Spain

ARTICLE INFO

Article history:

Received 28 February 2015

Received in revised form 11 March 2015

Accepted 13 March 2015

With reference to a recently published article entitled “Registered Nurses’ Perception of Their Professional Work in Nursing Homes and Home-Based Care: A focus Group Study” (Carlson et al., 2014) we would like to congratulate the authors for portraying the image of geriatric nurses from a positive point of view. We would also like to buttress the result of their study with our research carried out within the framework of a doctoral thesis: The Institutionalisation of Registered Nurses in Spain 1977–2010 (Jiménez, 2013). We evaluated certain key elements in the development of specialisation courses for Geriatric Nursing in Spain. We developed a qualitative analysis designed to understand how the professionals view their work within the framework of care for the elderly. The sample consists of registered nurses, lecturers, consultants, members of the Spanish Scientific Geriatric Nursing and Gerontological Society, geriatric doctors and directors of hospitals and nursing homes.

In three areas, our findings coincided with that of the authors of the article: The establishment of long term relations, nurses going beyond their technical skills and finding an equilibrium with a sense of the society in mind. It was concluded that for nurses’ care for the elderly, the following factors were essential: a chance to establish long term relationship and develop professional autonomy merged with integral attention. Our participants also outlined that it is important that the nurse be part of the social network of the elderly, showing them affection thereby facilitating well-being which in turn enables them to feel loved, valued and accepted by others (Vega and González, 2009):

“They are so important to me ... a family that I have got over there ...” (I.1-7)

“One has an intense personal relationship ... knowledge for life” (I.19)

In our study, the Geriatric Health Care professionals also emphasised the complex nature of caring for the aged which requires special training that guarantees optimal attention:

“It’s the most complex and difficult issue to deal with” (I.19)

* Corresponding author at: Facultad de Ciencias de la Salud, C/ Domingo Miral s/n, Zaragoza 50009, Spain. Tel.: +34 976761751.

E-mail address: aintzaneorkaizagirre@hotmail.es (A.O. Gómara).

“The trained and qualified personnel can deliver quality and integral care” (1.18)

“Very precise and specific know-how is needed” (1.16)

The values which the elderly contribute into the society virtually go unseen and unperceived; however, Geriatric Health Care Personnel outlined positive aspects that the elderly are a vital source of knowledge and daily challenges:

“I feel fulfilled, I learn from them every day . . . they have so much to give” (1.2)

“The potential they have is often ignored or forgotten” (1.16)

Academic training facilitates the acquisition of certain basic components necessary of caring for the elderly such as: integrated care, multidisciplinary team work, scientific knowledge, skills in interpersonal relationships; these help in creating their professional identity.

The need for advanced training for specialisation is also emphasised, which facilitates optimal care thereby responding adequately to specific and complex needs of the elderly. Specialisation contributes positively promoting high quality and safe care, and to the health professionals it enables them to perform their duties with exactitude, autonomy, expertise and leadership (Benavides, 2010). This boosts the atmosphere of both the caring area and the learning environment within the nursing homes and it positively influences the students' view of the nursing profession (Brown et al., 2008). Both the social and the sanitary systems are boosted by the very high standards of resources available.

“Specialisation gives rise to a more amplified vision of the concept of the elderly” (1.9)

“A specialised nurse can improve one's quality of life” (1.10)

“There are certain aspects that cannot be acquired by experience [alone] but by training” (1.14)

Care given by geriatric nurses is a complex task centred on the elderly and his family. It requires well trained professionals with specific knowledge and competence which leads to supply, mobilise, and identify the resources and capabilities of the elderly and their families hence enhancing the quality of life of this section of the population (Jiménez, 2013).

Conflict of interest

None.

Funding source

None.

Ethical approval

By ethics committees of the University of Zaragoza.

References

- Benavides, F., 2010. *Acerca de la formación de los profesionales en Salud Pública, algunos avances y muchos retos*. Informe SESPAS. *Gac. Sanitaria* 24, 90–95.
- Brown, J., Nolan, M., Davies, S., Nolan, J., Keady, J., 2008. *Transforming students' views of gerontological nursing. Realising the potential of 'enriched' environments of learning and care: a multi-method longitudinal study*. *Int. J. Nurs. Stud.* 45, 1214–1232.
- Carlson, E., Råmgård, M., Bolmsjö, I., Bengtsson, M., 2014. *Registered nurses' perceptions of their professional work in nursing homes and home-based care: a focus group study*. *Int. J. Nurs. Stud.* 51, 761–767.
- Jiménez, L., 2013. *Institucionalización de la enfermería geriátrica en España, 1977–2010*. PhD, Universidad de Zaragoza. <http://zaguan.unizar.es/record/30674> (accessed 26.02.15).
- Vega, O.M., González, D.S., 2009. *Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica*. *Enferm. Global* 8 (2). <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/66351/63971> (accessed 17.02.15).



La enfermera novel en la Relación de Cuidado.

A PROPÓSITO DE UN CASO DE HEMORRAGIA

Aintzane ORKAIZAGIRRE GÓMARA,^{1,2} Isabel HUÉRCANOS ESPARZA^{1,3,4}

Resumen Abstract

En el presente trabajo se expone un caso en el que una enfermera novel establece una interacción con una paciente ingresada debido a un dolor abdominal agudo. Tras la asistencia a las necesidades físicas, la enfermera decide indagar en las dimensiones emocional y social para detectar aspectos que requieren atención y aplicar conocimientos teóricos para el abordaje de una Relación de Cuidado eficiente, entendiendo ésta como un proceso de atención enfermero verdaderamente integral que contribuye a la construcción de una relación de confianza que transmite seguridad y fomenta el bienestar.

Palabras clave: Investigación en Enfermería. Investigación cualitativa. Estudio de casos. Atención de Enfermería. Relación de Cuidado. Enfermería Holística. Relación enfermera-paciente. Educación en Enfermería.

THE NOVICE NURSE IN THE RELATIONSHIP BASED CARE. A CASE REPORT OF HAEMORRHAGE

This paper presents a case in which a novice nurse establishes interaction with a patient admitted in a hospital due to acute abdominal pain. Having care for the physical needs nurse decides to investigate the emotional and social dimensions identifies issues that need to be addressed and implements theoretical knowledge for the approach of an efficient Relationship Based Care. This is a process of truly holistic nursing care that contributes to build a relationship of trust that conveys security and promotes well-being.

Key-words: Nursing Research. Qualitative Research . Case Studies. Nursing Care. Relationship Based Care. Holistic Nursing. Nurse-Patient Relations. Nursing Education.

¹Grupo de Investigación Aurora Mas, Aragón, Zaragoza, España. ²Departamento II de Enfermería, E.U. de Enfermería, Universidad del País Vasco. Donostia-San Sebastián, España. ³Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, España.

⁴Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad San Jorge. Villanueva de Gállego, Zaragoza, España

CORRESPONDENCIA: Aintzane Orkaizagirre Gómara. Paseo Doctor Begiristain 105, 20014 Donostia-San Sebastián, País Vasco, España
aintzane.orkaizagirre@ehu.es

Manuscrito recibido el 23.07.2014
Manuscrito aceptado el 18.09.2014

Index Enferm (Gran) 2014; 23(4):224-228

ESTUDIO DE CASO

Introducción

En el presente trabajo se analiza un caso sucedido en una unidad de Medicina Interna de un hospital en la que se valora la interacción desarrollada entre una enfermera novel y una paciente, con el propósito de explorar los aciertos y limitaciones experimentados por la enfermera en el desenvolvimiento de la Relación de Cuidado (RdC), concretamente ahondaremos en la atención de las dimensiones psicoemocionales y sociales a partir de la asistencia inicial a un signo físico, la hemorragia.

La revisión de esta situación particular, única y compleja, se ha realizado siguiendo el modelo del Estudio de Caso.¹ Siendo precisamente el análisis de las situaciones y su reflexión los elementos más contundentes del mismo. El análisis es crítico respecto a la práctica de la enfermera, para detectar puntos débiles y fuertes. A través de estos factores también se plantean acciones de cuidado pertinentes de acuerdo a las problemáticas detectadas. De esta manera, se lleva a cabo una articulación entre la teoría y la práctica para integrar el conocimiento teórico y llevarlo a la acción.

Igualmente nos proponemos reflexionar acerca de las potencialidades que el Estudio de Caso tiene para la construcción de conocimiento y la orientación de la práctica de estudiantes y enfermeras. El trabajo se presenta en diferentes apartados, mostrando en primer lugar diversas teorías relacionadas con los cuidados holísticos y la comunicación interpersonal, así como la definición de la RdC y ciertas consideraciones relacionadas con las enfermeras noveles que sustentan el marco conceptual. A continuación se describe el caso que posteriormente es analizado e interpretado.

Cuidar es un proceso interpersonal y terapéutico² en el cual la forma de dirigirse y comunicarse del cuidador hacia la persona que recibe los cuidados es un factor intermediario importante.³ Desde la Escuela de la Interacción se entiende el cuidado como un proceso interactivo en el que la enfermera atiende a la persona con necesidad de ayuda utilizando su propia personalidad de manera terapéutica.⁴ Para realizar una interacción exitosa la enfermera debe dominar las técnicas de comunicación y de relación,⁵ aplicar la

teoría en la práctica y autoevaluar sus actuaciones paralelamente con el fin de modificar o mantener los patrones de comunicación empleados.

Como enfermeras echábamos en falta la existencia de un término que nos ayudase a definir el proceso de atención enfermero de una forma en la que se hiciera especial hincapié en una visión integral de la persona, que incluyese no solo el cuidado de aspectos físicos, sino también emocionales, comunicativos y espirituales y que se sustentase en la individualización de dichos cuidados y en la construcción de una relación enfermera-paciente basada en la confianza, la seguridad y el fomento de la autonomía del ser cuidado. Este tipo de relación está siendo investigada por el grupo de Investigación en Enfermería Aurora Mas a través de sus principales líneas de trabajo (Cuidados Invisibles, Historia profesional y pensamiento enfermero, Calidad de Vida y autocuidado) que nos han permitido establecer las bases de la relación enfermera-paciente y definirla como RdC.⁶ Dentro de esta relación, la enfermera atiende a la persona valorando todas sus dimensiones y considerando las emociones, estilos de vida y enfermedades como factores multidireccionales, ya que interactúan entre ellos afectando al bienestar. Resulta necesario ir más allá del enfoque reduccionista que aísla los sistemas corporales y aceptar la relación e influencia entre el comportamiento, los factores psicosociales y el sistema nervioso, endocrino e inmunológico y la aparición de la enfermedad.⁷

Desde el paradigma de la transformación se considera que “cada persona es un ser único [...] en interacción recíproca y simultánea con [...] el mundo que le rodea” y que “evoluciona en la búsqueda de una calidad de vida que define según su potencial y sus prioridades”.⁴ Esta visión amplia de la persona concuerda con unos cuidados enfermeros holísticos que consideren su integridad y unicidad. Las enfermeras holísticas promueven el empoderamiento, la paz, la comodidad y la sensación subjetiva de armonía y bienestar mediante la presencia incondicional y la intención con las que crean ambientes sanadores.⁸

Los cuidados holísticos deben desarrollarse dentro de una relación enfermera-paciente afín como es la RdC, inte-

grando en la práctica diversas herramientas y conocimientos relacionados con la comunicación y la relación. Una de las teorías enfermeras que nos ayudan a sustentar esta forma de concebir el cuidado es la de las Relaciones Interpersonales de Peplau, quien defiende la relación terapéutica enfermera-paciente como el centro de la Enfermería y la considera como una oportunidad de crecimiento, aprendizaje y promoción de salud para los involucrados.² Además, inspiradas por la Teoría del Devenir Humano de Parse,⁹ nos interesaremos también por el significado que la persona da a su salud y los factores influyentes.⁴ Estas teorías, clasificadas dentro de los paradigmas de la integración y la transformación respectivamente,⁴ además de enriquecer nuestra visión de la persona, la salud, el entorno y la Enfermería, van a guiar el caso a estudiar¹² y las recomendaciones a la práctica enfermera dentro de la RdC.

En el caso de las enfermeras noveles, por falta de experiencia y conocimiento de los cuidados a realizar en un entorno concreto, siguen las normas o protocolos de actuación al atender al paciente porque les proporciona seguridad, pero esto dificulta que sean capaces de reconocer las necesidades más relevantes, establecer prioridades y prestar una atención integral y satisfactoria.¹¹ El aprendizaje y manejo de una adecuada relación con el paciente requiere un proceso previo de estudio y observación a las enfermeras más experimentadas además de la autovaloración continua de su práctica. En este sentido, el Estudio de Caso ha demostrado ser un método beneficioso por el hecho de articular teoría y práctica.¹²

Descripción del caso

La interacción tiene lugar entre una enfermera novel y una paciente, a la que llamaremos María. La enfermera se encuentra en el servicio de Medicina Interna del hospital reforzando la plantilla del turno de esa mañana, con lo que la información que conoce sobre María se limita a la proporcionada por la enfermera del turno anterior.

María es una mujer de 77 años que vive en su ciudad natal junto con dos mujeres de edad similar en una comunidad de pisos adaptados para personas mayores, aunque es autónoma para las

ESTUDIO DE CASO

actividades de la vida diaria. Tiene dos hijos, un varón que está casado y también vive en la misma ciudad y una hija menor que desde hace años reside en París. No tiene nietos.

Acudió al Servicio de Urgencias el día anterior a tener lugar la interacción que vamos a analizar, por un dolor abdominal agudo y quedó ingresada para su estudio. La enfermera desconocía la información que María había recibido hasta el momento sobre su proceso, pero sí sabía que había estado acompañada por su hijo y nuera con los que se encontraba en el momento en el que la conoció. Se le había realizado un enema opaco y una prueba ginecológica que le había causado una hemorragia vaginal. Tras las pruebas la paciente se encontraba nerviosa, asustada e incómoda. La enfermera comprobó que la hemorragia se había detenido y le indicó que volvería para valorarla posteriormente y confirmar que se encontraba bien, también le recalzó que ante cualquier molestia no dudara en avisarla para administrar analgesia si fuese necesario.

A pesar de no haber sido requerida por María, la enfermera volvió una segunda vez. Aunque la hemorragia se había detenido María seguía inquieta, por lo que la enfermera le recalzó que iba a estar pendiente de ella durante la mañana para que se sintiese más segura. Entonces el hijo reprendió a su madre porque consideraba que no atendía a sus indicaciones, tras lo cual hijo y nuera abandonaron la habitación. María manifestó a la enfermera su sensación de falta de cariño y soledad y ésta trató de comprenderla y hacerle sentir acompañada.

Someramente esta es la descripción del caso. A continuación profundizaremos en el objeto de estudio combinando la descripción detallada con la mirada crítica.

En la primera interacción la enfermera muestra su interés valorando el estado físico y mostrándose disponible, pero no indica ni a María ni a sus familiares su nombre, función y horario, lo cual es recomendable para generar confianza y seguridad desde el primer contacto.

La segunda interacción sucede al mediodía. María estaba sentada y continuaba acompañada por sus familiares, que mantenían una conversación al margen. La enfermera se acercó y se agachó

frente a ella para que los ojos de ambas estuviesen a la misma altura.¹³ La enfermera cuida conscientemente su postura para demostrar una actitud abierta, a través de la expresión facial, con una sonrisa serena, muestra interés y cordialidad y con el contacto visual demuestra atención.^{13,14} La enfermera cogió la mano de María intentando transmitir de manera profunda¹³ que comprendía que la realización de las pruebas había resultado una experiencia desagradable.

No obstante, la enfermera comenzó a hablar con María sobre su estado encontrándose presentes sus familiares, lo que puede crear interrupciones, como de hecho sucedió. En un primer momento la enfermera realizó preguntas abiertas con el fin de facilitar que María se expresase,² quien explicó no sentir dolor pero sí angustia por lo desagradables que le resultaron las pruebas y por la hemorragia; aunque reconoció sentirse más tranquila, le daba miedo ir al baño y comenzar a sangrar de nuevo, finalizó indicando que no se sentía bien. Esto último es una de las maneras de expresar el dilema que suponen los sentimientos y la falta de comprensión que pueden estar intensificados por la enfermedad y el ingreso hospitalario.²

En un momento dado, su hijo perdió los nervios porque según dijo ya le había indicado en numerosas ocasiones que no debía ir sola al baño sino acompañada por una enfermera por si comenzaba la hemorragia, gritó a María y desapareció junto con su esposa de la habitación.

Habiéndose quedado solas, la enfermera se sentó en el borde de la cama, mostrando una postura abierta a la escucha, encontrándose a la misma altura y mirando de frente a María. Durante la interacción la enfermera cuida su comunicación no verbal y su actitud con el objetivo de establecer un vínculo positivo con ella y realizando también un feedback continuo a todo aquello que María fue expresando con el propósito de hacerle sentir escuchada y comprendida.¹³

Se observó un cambio en la expresión facial de María, parecía más aliviada sin sus familiares presentes. Rescatando la indicación anteriormente realizada por ésta, la enfermera le preguntó “¿Qué es lo que le falta para sentirse bien?”. Formuló una pregunta abierta para permitirle

guiar su respuesta desde el ámbito físico, psíquico, social o espiritual, sin sentirse dirigida en su respuesta. A lo que contestó con una media sonrisa “Cariño”, a la vez que cogía la mano con la que la enfermera tocaba la suya y la apretaba, dejando entrever que se trataba de un mensaje importante. La enfermera utilizando una clarificación preguntó “¿Cariño es lo que le falta?”. De esta forma, permite a la paciente analizar los sentimientos a los que hacía referencia y que los expresara tal como los sentía.² María respondió poniendo como ejemplo a la compañera de habitación que bajo su punto de vista estaba mejor tratada por sus familiares.

La paciente hizo referencia a la falta de cariño que sentía, por lo que entendemos que se trata de su prioridad, pero podría suceder que ni siquiera ella conociese el significado de una forma explícita tal como explica Parse.⁹ Para comprender y explorar su percepción se le podría haber ayudado mediante preguntas abiertas como “¿Qué es el cariño para usted? ¿Qué tipo de cariño considera que le falta?”, respetando el tiempo que necesitara para entender el significado y expresarlo.⁹ Por otra parte, la enfermera desconocía las circunstancias familiares de María, no sabía si esa falta de cariño también era sentida por ellos. Este aspecto debería haberse ahondado para comprender y detectar interferencias en la comunicación entre los sujetos y poder plantear intervenciones dirigidas a mejorar las relaciones familiares.¹⁵ De hecho, dar y recibir afecto es una relación recíproca compleja donde no siempre se siente gratitud ni se está satisfecho,¹⁶ en este sentido se podría orientar a la paciente a reflexionar sobre el cariño que considera que ofrece y la forma en que manifiesta el recibido.

María confesó que nunca se había llevado bien con su nuera. La enfermera le preguntó por el foco conflictivo con preguntas abiertas: “¿A qué se debe esta situación? ¿Qué supone para usted?”, tratando de conocer su percepción.¹³ María aseguraba haberse acostumbrado a las circunstancias y reconoció sentirse actualmente más cómoda con la presencia de su hijo. Se detuvo y cambió de tema, comenzó a hablar de su situación en la residencia en la que vive con otras dos ancianas, lo cual parecía agradecerle

ESTUDIO DE CASO

por la forma en que se expresaba. La enfermera entonces le preguntó por un momento agradable para ella. María sonrió y comenzó a hablar de su hija, se le observaba feliz mientras lo hacía; mientras tanto, la enfermera estaba pendiente de reflejar expresiones faciales en consonancia con los mensajes transmitidos y recibidos, a la vez que asentía con la cabeza como indicador de interés propio de la escucha activa.¹⁷

La enfermera siendo consciente de que la falta de cariño era prioritaria para María y que ésta había cambiado de tema, probablemente por resultarle complicado de abordar, decidió retomarlo preguntándole “¿De quién recibes cariño?” a lo que ella respondió: “de mis hijos”. A continuación, le preguntó si había pensado la forma de compensar esa falta de cariño. Contestó que sí, consideraba que la solución era marcharse a vivir con su hija a París pero no le agradaba irse de su ciudad a un país con un idioma desconocido. La enfermera se apresuró al preguntarle si no había pensado en acudir a grupos de gente de su edad como las asociaciones de jubilados; hubiera sido más correcto preguntar si había pensado en alguna otra forma de sentirse querida, para no dirigir la respuesta de la paciente.² María respondió afirmativamente, pero explicó sentirse un ser solitario que no disfruta en esos centros pero sí lo hace paseando, sentándose al sol y a la sombra, leyendo, etc., y volvió a sonreír. Entonces, la enfermera podría haber aprovechado para preguntarle si conocía la existencia de grupos de lectura o informarle de otro tipo de actividades que se realizan en su zona por las que podría estar interesada, incluso si tenía alguna afición que todavía no se hubiera animado a realizar. Conforme María expresaba las actividades con las que disfrutaba, la enfermera apreció que verdaderamente lo hacía y así se lo hizo saber. En ese momento María le volvió a apretar fuerte la mano y le dio las gracias, confesándole que esa conversación le había ayudado mucho, le había consolado y que por un momento había llegado a pensar que estaba hablando con su hija por lo tranquila que se sentía. La enfermera manifestó que se alegraba de que fuese así. Antes de marcharse María le pidió un abrazo y dos besos y le dijo que le haría ilusión volver a verle.

Discusión

A partir del microanálisis de la interacción entre María y su enfermera, podemos destacar que esta última, partiendo del control rutinario de signos y síntomas derivados de las pruebas diagnósticas realizadas, ha sabido indagar con acierto en otras necesidades de carácter emocional y social presentes, y tras valorar que físicamente no había complicaciones decidió priorizar en otros aspectos que estaban interfiriendo en su salud. Así, la principal categoría extraída se centra en las intervenciones comunicativas (verbales y no verbales) que la enfermera ha llevado a cabo para el cuidado psicoemocional de María. La enfermera se ha servido de sus experiencias previas y conocimientos sobre relación de ayuda, técnicas de comunicación terapéutica, fisiología y educación para la salud con el propósito de lograr una RdC adecuada a las necesidades expresadas por la paciente.

Durante toda la conversación la enfermera ha cuidado su comunicación, adoptando una actitud cálida y creando una atmósfera de intimidad que ha facilitado que María se expresase con confianza y conocer cómo se siente y hacérselo saber. Basándonos en Parse, la paciente se muestra como una persona que “vive un ritmo paradójico” de soledad-cariño, ya que se define como una persona solitaria a la que le falta cariño.⁹ María mantiene un “patrón de relación” en el que coexisten “libertades y restricciones”, ya que permaneciendo en su ciudad con su hijo continúa con sus costumbres y actividades de ocio, pero evitando el traslado a una ciudad extranjera con un idioma desconocido limita el contacto con su hija que para ella es tan importante.⁹ No obstante, ha desarrollado su propia pauta para mantenerse conectada y separada de su familia, y además nos revela sus “prioridades de valores”, ya que reconoce recibir más cariño de la persona que se encuentra más alejada físicamente y sentirse más distanciada de quien tiene más cerca.⁹ Al finalizar la interacción, María indica haberse sentido y expresado con tanta tranquilidad que le parecía estar hablando con su hija; esta comparación hace que la enfermera se identifique con el *rol de sustituto* de Peplau según el cual el paciente puede sentirse más cómodo

para expresar sus sentimientos más profundos porque tiene la sensación de que existe una relación estrecha con la enfermera.²

En este caso, María manifiesta una carencia de cariño y de sentimiento de pertenencia a su grupo familiar, siendo la soledad uno de los sentimientos más generalizados en la vejez;¹⁸ Maslow nos explica en su Teoría de la Motivación Humana que cuando las necesidades fisiológicas y de seguridad están satisfechas, la persona busca cubrir la necesidad de amor, afecto y sentido de pertenencia.¹⁹ Además, cuando las relaciones sociales son limitadas o son percibidas como negativas, el resto de dimensiones se ven afectadas.²⁰ La interacción analizada parece indicar que María quiere una relación más estrecha con su familia y siente intensamente la distancia que la separa de su hija, lo que está interfiriendo en su persona.

Respecto a los cuidados, ante una verbalización de falta de afecto se debe preguntar a la persona si ha pensado de qué forma podría solucionarlo. En este caso la enfermera lo hace y la paciente se muestra clara expresando que ya había pensado en la solución pero no estaba dispuesta a llevarla a cabo. Un elemento que se podría haber explorado en aquel momento o posteriormente es si existen otras soluciones que no se habían planteado y ayudarle a que ella misma reflexione sobre ello.

Ante este tipo de situación, consideramos oportuno preguntar con qué cosas cotidianas disfruta y se siente feliz puesto que la enfermera puede ayudar a descubrir situaciones nuevas o ver las existentes de otra manera. En este caso, María conoce sus aficiones y con qué actividades disfruta, por ello la propuesta de la enfermera podría ir más dirigida a facilitar información sobre aquellas de las que no tenga conocimiento pero que se ajustan a sus preferencias y gustos. En cualquier caso, María hace mención a la relación significativa que mantiene con su hija y lo agradable que le resulta pasear por la naturaleza y la lectura, lo cual puede estar permitiéndole crecer espiritualmente, sentir esperanza, percibir que tiene un proyecto de vida y no sentirse aislada en su día a día.²⁰

La enfermera ha aplicado y manejado adecuadamente distintas herramientas

ESTUDIO DE CASO

para favorecer la comunicación de María. Siguiendo la medición de Carkhuff sobre el respeto en los procesos interpersonales, consideramos que la enfermera lo ha realizado de manera eficaz ya que ha mostrado “el más profundo respeto hacia la dignidad” de la paciente “como persona y por los recursos constructivos presentes en ella, promoviendo así el proceso de autorrealización en el máximo grado posible”.²¹ Teniendo en cuenta los criterios que este autor propone para medir la empatía, consideramos que en la primera interacción la enfermera alcanza un nivel intermedio de eficacia al mostrar su voluntad por ayudar y reflejar las emociones expresadas por la paciente pero sin reaccionar ante las más profundas. En la segunda conversación resulta más eficaz, ya que comprende los sentimientos que María expresa, se lo demuestra y le comunica aquellas emociones que ha manifestado de manera confusa o sin precisión.²¹

A pesar de que la enfermera haya cometido ciertos errores durante las interacciones, gracias al feedback que la paciente proporciona al final del encuentro, opinamos que la enfermera ha establecido una RdC que ha resultado terapéutica.² Ha mantenido una presencia real con la paciente⁹ y ha creado una situación de seguridad, confianza, accesibilidad y respeto tal, que ha permitido a la paciente plantear sus dificultades, pensamientos y experiencias y de la que se ha beneficiado tranquilizándose, expresándose, sintiéndose escuchada, consolada y atendida.

Conclusiones

En este caso nos hemos centrado en analizar cómo ha sido el trabajo a nivel psicoemocional teniendo en cuenta las necesidades expresadas e intuitas y hemos podido detectar áreas a nivel social de la paciente (el cariño que ella ofrece, cómo lo recibe, relaciones familiares, etc.) que quedan por explorar con mayor profundidad. Así como los aspectos físicos y espirituales en los que no se ha

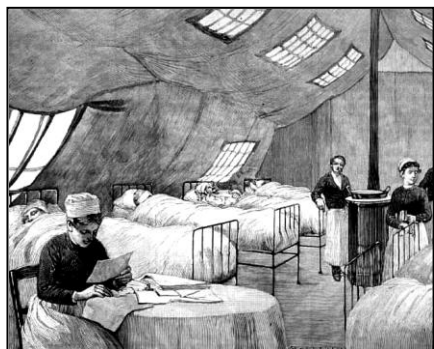
ahondado en esta interacción. Queremos recordar que una auténtica RdC es un proceso que aborda las cuatro dimensiones mencionadas.

Utilizando técnicas de comunicación verbal y no verbal y trabajando desde el principio la confianza y seguridad, la paciente ha hecho referencia a su situación social y emocional. La enfermera ha tratado de demostrar que comprende su situación y sentimientos y ha procurado ayudarla a buscar soluciones por ella misma. El acompañamiento realizado ha paliado el sentimiento de soledad y falta de afecto manifestados por la paciente. Es una muestra del impacto que los cuidados enfermeros tienen en los clientes, que no son medidos ni mencionados como una influencia de los sistemas sanitarios, pero este “poder invisible de la Enfermería”²² debe darse a conocer.

La RdC consta de un cuerpo de conocimientos teóricos que deben ser experimentados en la práctica. Su desarrollo óptimo pasa inevitablemente por un proceso de aprendizaje constante en el que la reflexión sobre y en la acción cobra un papel protagonista.¹ La metodología del Estudio de caso resulta útil tanto para aquellas enfermeras que estén interesadas en mejorar su práctica a través del pensamiento crítico y reflexivo como para docentes que quieran incorporar a su labor este método como herramienta para el Aprendizaje Basado en Problemas.

Bibliografía

1. Orkaizagirre Gómara, Aintzane; Amezcua, Manuel; Huércanos Esparza, Isabel, Arroyo Rodríguez, Almudena. El Estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la Relación de Cuidado. *Index Enferm* 2014; 23(4): 244-249.
2. Peplau, Hildegard E. Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona: Salvat, 1990.
3. Díaz Cortés, MM. Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda. *Rev Esp Com Sal* 2011; 2(1): 55-56.
4. Kérouac, Suzanne; Pepin, Jacinthe; Ducharme, Francine; Duquette, André; Major, Francine. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, 1996.
5. Dossey, Barbara M; Keegan, Lynn. *Holistic Nursing. A Handbook for Practice*. Burlington: American Holistic Nurses Association, 2013 (6ª ed.)
6. Orkaizagirre Gómara, Aintzane. La Relación de Cuidado. *Rev Paraninfo Digital* 2013; 7(18). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n18/v004.php> [acceso: 29/12/2014].
7. Daruna, Jorge H. *Introduction to psychoneuro-immunology*. Amsterdam: Elsevier, 2012 (2ª ed.)
8. Mariano, Carla. *Holistic Nursing: Scope and Standards of Practice*. En: Dossey, Barbara M.; Keegan, Lynn, compiladores. *Holistic Nursing. A Handbook for Practice*. Burlington: American Holistic Nurses Association, 2013 (6ª ed.): 64.
9. Mitchell, Gail J; Bournes Debra A. Rosemarie Rizzo Parse. *Desarrollo Humano*. En: Raile Allgood, Martha.; Marriner Tomey, Ann, compiladores. *Modelos y teorías en Enfermería*. Barcelona: Elsevier Mosby, 2011 (7ª ed.): 506-509.
10. Fawcett, Jacqueline. *Analysis and evaluation of Conceptual Models of Nursing*. Philadelphia: Davis Company, 1995 (3ª ed.)
11. Benner, Patricia. *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. New Jersey: Prentice-Hall, 2001 (Ed. Conmemorativa).
12. Huércanos Esparza, Isabel. Experiencia clínica, parte I. Una aproximación a un caso práctico de comunicación terapéutica. *Cult Cuid* 2011; 15(29): 16-24.
13. Cibanal, Luis; Arce Sánchez, Mª Carmen; Carballal Balsa, Mª Consuelo. *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en las ciencias de la salud*. Barcelona: Elsevier, 2014 (3ª ed.)
14. Davis, Flora. *La comunicación no verbal*. Madrid: Alianza, 2010 (3ª ed.)
15. Arranz, Pilar; Coca, Cristina; Bayés, Ramón; Del Rincón, Carola; Hernández-Navarro, Fernando. Intervención psicológica en pacientes que deben someterse a un trasplante de médula ósea. *Psicooncología* 2003; 0(1):93-105. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/P/SIC0303110093A/16415> [acceso 3/10/2014].
16. Lazarus, Richard S. *Estrés y emoción*. Bilbao: Desclée De Brouwer, 2000.
17. Barbadó Alonso, JA; Aizpiri Díaz, JJ; Cañones Garzón, PJ; Fernández Camacho, A; Gonçalves Estella, F; Rodríguez Sendín, JJ et al. El encuentro terapéutico. *Habilidades en Salud Mental* 2005; Abril: 172-178. Disponible en: http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_72/pdf/172_178.pdf [acceso: 9/11/2014]
18. Del Barrio, Elena; Castejón, Penélope; Sancho, Mayte; Tortosa, Mª Ángeles; Sundström, Gerdt; Malmberg, Bo. La soledad de las personas mayores en España y Suecia: contexto y cultura. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2010; 45(4): 189-195.
19. Maslow, Abraham H. *Motivación y personalidad*. Madrid: Díaz de Santos, 1991.
20. Tazón Ansola, Pilar. *Perspectiva holística de la persona*. En: Tazón Ansola, Pilar; Aseguinolaza Chopitea, Lide; García Campayo, Javier, directores. *Ciencias Psicosociales*. Barcelona: Masson, 2004.
21. Giordani, Bruno. *La relación de ayuda: de Rogers a Carkhuff*. Bilbao: Desclée de Brouwers, 1997.
22. Manthey, M. *The invisible Power of Nursing*. *Creative Nurs* 2008; 14(1): 3-5.



El Estudio de casos, UN INSTRUMENTO DE APRENDIZAJE EN LA RELACIÓN DE CUIDADO

Aintzane ORKAIZAGIRRE GÓMARA,^{1,2} Manuel AMEZCUA,^{2,4}
Isabel HUÉRCANOS ESPARZA,^{2,5,6} Almudena ARROYO RODRÍGUEZ⁷

Resumen Abstract

La Relación de Cuidado es considerada como un proceso de atención integral que incluye los aspectos físicos, emocionales, comunicativos y espirituales que se sustenta en la individualización de los cuidados cuyos ejes principales son la construcción de una relación de confianza y seguridad y el fomento de la autonomía de la persona. El Estudio de casos es un método útil para analizar diferentes situaciones clínicas, identificar puntos fuertes y débiles de la Relación de Cuidado establecida por la enfermera y plantear soluciones y estrategias para mejorarla. Con este trabajo pretendemos mostrar las potencialidades del Estudio de casos como instrumento para aprender y visibilizar la Relación de Cuidado, de manera que pueda ser utilizado tanto para comunicar experiencias obtenidas en la práctica clínica, como para el adiestramiento del estudiante en ciclos de grado y posgrado.

Palabras clave: Relación enfermera-paciente. Relación de Cuidado. Enfermería Holística. Educación en Enfermería. Investigación en Enfermería. Investigación Cualitativa. Estudio de Casos.

CASE STUDY, A LEARNING TOOL OF RELATIONSHIP-BASED CARE

Relationship-Based Care is considered as an integral process of caring which includes physical, emotional, communicative and spiritual aspects. It is based on the individualization of care and it requires a relationship of trust, security and promoting personal autonomy. We propose the Case study as a method for analyzing different clinical situations through which we can identify strengths and weaknesses of the relationship established by the nurse and raise solutions and strategies to improve it. The Case study is a useful method to analyze different clinical situations, to identify strengths and weaknesses of the Relationship-Based Care established by the nurse and propose solutions and strategies to improve it. This paper expects to show the potentiality of the Case study as a tool to learn and make visible the Relationship-Based Care, so it can be used to communicate experiences obtained in clinical practice as well as a tool in Bachelor and postgraduate training.

Keywords: Nurse Patient Relations. Holistic Nursing. Nursing Education. Nursing Care. Nursing Methodology Research. Nursing Education Research. Case study.

¹Departamento II de Enfermería, E.U. de Enfermería, Universidad del País Vasco. Donostia-San Sebastián, España. ²Grupo de Investigación Aurora Mas (A.MAS), Comunidad de Aragón, Zaragoza, España. ³Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, España. ⁴Fundación Index, Granada, España. ⁵Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, España. ⁶Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad San Jorge. Villanueva de Gállego, Zaragoza, España. ⁷Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios, Universidad de Sevilla. Sevilla, España

CORRESPONDENCIA: Aintzane Orkaizagirre Gómara. E.U. Enfermería de Donostia-San Sebastián (UPV/EHU). Paseo Dr Begiristain 105, Donostia-San Sebastián 20014, España
aintzane.orkaizagirre@ehu.es

Manuscrito recibido el 16.02.2013
Manuscrito aceptado el 26.04.2014

Index Enferm (Gran) 2014; 23(4):244-249

METODOLOGÍA CUALITATIVA

Introducción

Nos encontramos en un sistema sanitario que permanece anclado en el paradigma biomédico. Una forma de contribuir en la transición de la práctica enfermera hacia un paradigma más holístico cuyo objetivo sea situar al paciente en el centro de la atención y que promueva cuidados individualizados que atiendan las necesidades particulares de cada persona, es considerar y promover al mismo nivel los cuidados dirigidos al plano físico, emocional, social y espiritual de la persona, incluyendo los Cuidados Invisibles.

En palabras de Isabel Huércanos et al., “cuando hablamos de Cuidado Invisible, nos referimos a aquellas acciones profesionales y autónomas de cuidado enfermero que en su mayoría resultan intangibles pero que contribuyen al bienestar y mejoría de las personas tanto o más que las acciones técnicas y delegadas dirigidas al plano únicamente físico de la persona. El fenómeno del Cuidado Invisible consideramos que está compuesto por las siguientes dimensiones de cuidado: Fomento del autocuidado, relación de confianza/seguridad, apoyo emocional, tacto/escucha, confort, ética, respeto y presencia cuidadora”.¹ Estos cuidados integrales se desarrollan en una relación enfermera-paciente acorde a su definición. Para ello, proponemos la Relación de Cuidado como medio para ofrecer una atención integral con el fin de alcanzar el bienestar de la persona.

Con este trabajo pretendemos mostrar las potencialidades del Estudio de casos como un instrumento que nos facilite el aprendizaje de la Relación de Cuidado y nos permita hacerla visible, resultando una herramienta útil tanto para comunicar experiencias de la práctica asistencial, como para la instrucción de estudiantes de grado y posgrado.

La Relación de Cuidado

La Relación de Cuidado es la relación enfermera-paciente que ofrece unos cuidados enfermeros personalizados y de gran calidad a la persona y su familia, abarcando todas sus dimensiones. El objetivo principal de esta relación es la promoción de la salud, el aumento del bienestar y la calidad de vida de las personas, familias y comunidades, con lo que se favorece su empoderamiento y participación activa en el proceso salud-enfermedad. La enfermera sustenta esta relación en el desarrollo del confort, la confianza, la seguridad, la serenidad y el

fomento de la autonomía hacia la persona cuidada, para lo cual también es necesario mantener una actitud de respeto, afecto y cuidado de la privacidad y de la intimidad (Grupo de Investigación A.MAS. Cuidados Invisibles. En: Seminario en Zaragoza; 10 de Junio de 2013). Al respecto, Waldow también destaca el respeto incondicional, el no enjuiciamiento, la privacidad, la gentileza, la amabilidad, la responsabilidad, la disponibilidad, la intimidad, el ofrecimiento de apoyo y confort, entre otros.²

La valoración y el cuidado apropiado de las necesidades implican la adquisición de conocimientos sobre cuidados integrales, así como formación y experiencia para adaptar éstos a las necesidades específicas de cada paciente.³ Aunque las enfermeras tengan una mayor base teórica en cuidados físicos, es posible desenvolverse adecuadamente en el manejo de unos cuidados holísticos mediante su aprendizaje y la interiorización de valores y actitudes que guíen la práctica, que además se verá enriquecida con el estudio y la reflexión continua.⁴ La destreza en el manejo de la interacción con el paciente se logra mediante el dominio de las técnicas de comunicación. La comprensión y desarrollo de la propia Relación de Cuidado se puede reaprender y refinar a través del pensamiento crítico, la intuición y la experiencia.

A diferencia de otro tipo de relaciones también beneficiosas en el medio sanitario, ésta es la única relación que se fundamenta en los cuidados integrales enfermeros. De esta forma, consideramos como instrumentos útiles tanto la relación de ayuda como la relación terapéutica, que podemos utilizar dentro de la Relación de Cuidado, pero que no son propiamente enfermeras ni tienen un enfoque ni un objetivo enfermero, por lo que no deberíamos basar la relación enfermera-paciente únicamente en ellas.

Sin embargo, contamos con ciertas dificultades para desarrollar un modelo de Relación de Cuidado, considerando la amplitud de su definición, su carácter individualizado y la complejidad que acarrea su desarrollo y mantenimiento. La interacción enfermera-paciente está influenciada por la relación que la propia enfermera mantenga con el equipo de trabajo, con el núcleo paciente-familia y con la comunidad; es preciso que sepamos reconocer, valorar y manejar dicha interacción.⁵

La práctica de la Enfermería reflexiva

Dentro de la Relación de Cuidado, la enfermera interactúa con el paciente incor-

porando diversas técnicas, algunas de ellas invasivas, con cuidados psicosociales y espirituales, además de actividades educativas.⁵ Una relación exitosa y un trabajo eficaz requieren que la enfermera cree un entorno terapéutico donde se cuiden y se respeten la dignidad e integridad del paciente y su familia y se interese por los deseos y conocimientos previos de la persona cuidada para partir de ellos desde el respeto y fomentar la colaboración y participación activa, la promoción de la salud y la prevención del estrés en el proceso de salud o enfermedad en función de sus expectativas.⁶

Es transcendental construir esta relación adecuadamente desde el principio, sustentándola en la confianza, seguridad y autonomía del paciente para que durante el proceso resulte beneficiosa tanto para él como para la enfermera. Para ello, resulta imprescindible la toma de conciencia de la enfermera como cuidadora de otras personas y de sí misma. La enfermera debe desarrollar autocuidados a nivel personal para después cuidar a otros y promocionar en ellos la salud y la conciencia personal. La reflexión sobre las propias experiencias, la práctica realizada, la observación de las personas atendidas y la confrontación con vivencias de otras personas favorecen el crecimiento personal y el descubrimiento de los recursos ocultos del individuo en conflicto. De esta forma, la integración de los autocuidados, la responsabilidad y la reflexión ayudan a la enfermera a comprender al paciente como una persona compleja que está en relación con su red social y familiar.⁶

La reflexión sobre la práctica diaria es un continuo durante el ejercicio profesional que facilita identificar áreas susceptibles de mejora, aprendizaje o investigación. Cuidando y acompañando se aprende de las vivencias de las personas que se enfrentan a los retos que les deparan la salud y la enfermedad, las crisis y las pérdidas, lo que facilita la reflexión profunda y el crecimiento personal.⁷ Aunque debemos tener en cuenta que el grado de autoconocimiento, desarrollo y madurez que tenga la enfermera va a influir en su capacidad de obtención de resultados terapéuticos para el paciente y de autoconocimiento de ella misma.⁷

El Estudio de casos y sus utilidades

El método del Estudio de casos es un tipo de investigación que goza de una importante tradición en las Ciencias Socia-

METODOLOGÍA CUALITATIVA

les, pero que al situarse entre los diseños cualitativos no ha encontrado su espacio en la investigación en salud hasta tiempos más recientes, coincidiendo con el creciente interés por esta metodología.⁸ El Estudio de casos consiste básicamente en referir una situación real tomada en su contexto y en analizarla para ver cómo se manifiestan y evolucionan los fenómenos por los que está interesado el investigador.⁹ El caso es relevante en función de su potencial para explicar un fenómeno más general, donde el peso del contexto es determinante. Esta es la razón por la que tiene un especial interés en el campo de la Enfermería, ya que uno de los elementos que integran el metaparadigma enfermero es el entorno y sus afectaciones en el proceso salud-enfermedad.¹⁰

Así pues, aunque nuestra propuesta sitúa el Estudio de casos en el contexto asistencial, no ha de confundirse con el Caso clínico convencional, que suele ocupar una sección específica en las revistas científicas. En el Estudio de casos lo que marca la diferencia es la mirada fenomenológica (explorar la singularidad para comprender la complejidad), el caso presenta un interés secundario frente a la posibilidad de teorizar sobre situaciones más generales que nos ayudan a comprender la complejidad y la singularidad del cuidado en la práctica profesional. Por ello, el caso necesita ser estudiado de manera intensa y profunda, como un “sistema acotado” por los límites de nuestro objeto de estudio, pero a la vez expandido en el contexto donde tiene lugar, siendo ésta una de las particularidades del Estudio de casos.¹¹ Cualquier objeto de naturaleza social o cultural puede *construirse* como un caso:¹² fenómenos como la cronicidad o la dependencia, objetos observables como una unidad hospitalaria, un grupo de autoayuda o un aula, e incluso relaciones causales, como la percepción de bienestar ante una intervención de apoyo a cuidadores, por mencionar solo algunos ejemplos.

Es indudable el interés que el Estudio de casos tiene para la disciplina enfermera, pues permite la reflexión y el análisis sobre situaciones complejas clínicas o relacionales que podemos utilizar como fuente de aprendizaje y de propuestas de mejora que redunden positivamente en la atención ofrecida al paciente. En este sentido, nuestra propuesta enfatiza la utilización del Estudio de casos en dos escenarios complementarios de gran trascendencia para la generación de conocimiento aplicado y su transferencia: el ámbito clínico y el ámbito

docente.

a) En el *ámbito clínico*, los casos permiten observar situaciones reales sucedidas en la práctica, lo que facilita el análisis de las acciones, procedimientos, actitudes, conocimientos y habilidades desarrolladas o aplicadas en la atención sanitaria, y así poder plantear intervenciones y estrategias para mejorarla. Proponemos el Estudio de casos como método a través del cual podemos estudiar un caso real extraído de la práctica asistencial tras reconstruirlo. Este método nos permite analizar las experiencias vividas y articularlas con la teoría, para posteriormente volver a aplicarlas en la práctica. La reconstrucción del caso puede ser minuciosa, hasta el punto de reflejar la comunicación verbal y no verbal de los participantes en el caso para su posterior análisis, o más superficial y describir solo las acciones sucedidas. La elección dependerá de dónde situemos el foco de estudio.

Cada situación que sucede en la práctica asistencial es única e irrepetible ya que los participantes parten de unos conocimientos, experiencias, habilidades y emociones en un contexto concreto que no se volverá a dar. Esto permite apreciar cómo es la construcción de cada situación de cuidado a partir de los sentimientos, actitudes, valores y conocimientos de cada persona, ya que se observan a todos los individuos que toman parte en la situación (por ejemplo: paciente, enfermera, familiar, cuidador principal, etc.) y que igualmente son seres únicos y complejos.

b) En el *ámbito docente*, el Estudio de casos tiene unas indudables potencialidades como método pedagógico, pues incorpora en el alumnado diversidad de competencias, tanto en el trabajo clínico-asistencial (observación, juicio clínico y otras en gestión de cuidados), como en el desarrollo del trabajo intelectual (capacidad descriptiva, análisis-síntesis, pensamiento crítico, manejo de teorías, búsquedas bibliográficas, técnicas de investigación, comunicación científica, etc.). Por ello, el Estudio de casos es un diseño de especial utilidad como opción para el alumnado en las prácticas de determinadas asignaturas o como Trabajo de Fin de Grado o Posgrado.

Cuando, de manera tutorizada, el estudiante aborda un caso en el que interviene la enfermera responsable del proceso asistencial del paciente, en el desarrollo del mismo, se hace partícipe de la experiencia de esa persona que se está enfrentando a los conflictos de la práctica asistencial con

todo su bagaje profesional y personal. Según Esteve, “el caso nos muestra como otros han construido una situación, construcción que depende de sus sistemas apreciativos, sentimientos, valores y conocimientos. Todo ello es conocimiento experiencial enormemente útil para la futura enfermera”.¹³ A lo que Schön añade: “Un profesional en acción se acerca al problema que ha de resolver como un caso único, de tal manera que el contexto en el que ha de desenvolverse es percibido como una situación particular, con características únicas, cambiantes, inciertas y ambiguas”.¹⁴ Desde esta perspectiva, un caso podemos analizarlo en un momento dado y reanalizarlo más adelante de nuevo, contando con que el investigador, en este caso el estudiante, como persona única y cambiante, también habrá adquirido nuevos conocimientos, nuevas destrezas y habilidades y quizás todos estos factores y sus emociones le lleven a reflexionar sobre el caso de una forma nueva cada vez.

Además, el Estudio de casos se considera básico para la formación de profesionales reflexivos porque fomenta la capacidad de resolver problemas mediante pensamiento crítico, potencia el diálogo entre profesionales y estudiantes, se comparten formas de comprensión y se permite reconstruir significados.¹⁵ De esta forma, el investigador incorpora el aprendizaje experiencial y reflexivo al estudio, favoreciendo que los estudiantes de Enfermería y enfermeras se familiaricen con la reflexión sobre la práctica, identifiquen más fácilmente los focos asistenciales conflictivos y se decidan a revisarlos para ofrecer una mejor atención, recurriendo a la teoría para aplicarla en la acción. Esto resulta ser especialmente interesante para el aprendizaje del alumnado, ya que la dificultad que supone articular la teoría con la práctica suele ser un motivo de queja habitual por su parte. Por ello, es una herramienta a tener en cuenta para fomentar el pensamiento crítico y reflexivo, tanto de estudiantes como de enfermeras.

Los componentes del Estudio de casos

Como toda investigación, el Estudio de casos necesita de unos componentes para poder llevarse a cabo y es al integrarlos cuando surge el potencial explicativo del estudio. Naturalmente nosotros los vamos a situar en escenarios donde se da intensamente la Relación de Cuidado, de manera que la enfermera o el estudiante de Enfermería puedan reflexionar sobre su práctica

METODOLOGÍA CUALITATIVA

e identificar si sus acciones favorecen el bienestar de la persona, además de tomar conciencia sobre la gestión de esos cuidados. Los componentes son tres:

1. El *Marco teórico*. El investigador deberá posicionarse en el referencial teórico acorde con el análisis que posteriormente realice. Si el anclaje teórico del estudio es sólido, el caso escapará a la crítica sobre la supuesta subjetividad del investigador ante su elección o sobre el componente anecdótico que pudiera tener. En la Enfermería hay un amplio espectro de teorías de mediano rango pero con una gran capacidad explicativa sobre la práctica clínica,¹⁶ además de los numerosos referenciales teóricos que desde la Filosofía o desde las Ciencias Sociales tienen capacidad de generar modelos explicativos en la investigación en salud. Por otra parte, el marco teórico forma parte de la mochila intelectual que el investigador deberá desvelar para garantizar el rigor de su estudio.¹⁷

2. El *Caso*, en su contexto. Se trata de la unidad de análisis, que puede ser una persona, una familia, una asociación de pacientes, una unidad clínica, una comunidad, etc. Cuando se refiere a grupos sociales, estos han de tener una identidad antropológica, en el sentido de que no pueden ser una mera suma de individualidades, como ocurre en los estudios convencionales, sino que han de compartir un espacio y una historia de interrelación. Pero también puede ser un individuo, elegido entre otros individuos por el potencial de su historia para ilustrar el fenómeno a estudiar. La descripción de la vivencia del informante o de la situación observada ha de completarse con la descripción del entorno en el que sucede el caso, pudiendo ser de interés abordar aspectos como los discursos de las personas, sus relaciones, las conductas y comportamientos, la ocupación del espacio, la sucesión de los acontecimientos, el discurrir del tiempo en situaciones ordinarias y extraordinarias, la utilización de objetos, etc.¹⁸

Como nuestra propuesta está orientada particularmente al escenario clínico-asistencial, será importante considerar la valoración de las necesidades humanas, la planeación de cuidados desde una perspectiva holística, considerando las necesidades psicológicas, emocionales, espirituales y sociales; el establecimiento de objetivos (gestión de emociones, fomento del autocuidado, educativos, etc.) considerando las creencias de la persona, etc. Pero como en

cualquier otro estudio cualitativo, la descripción del caso ha de involucrar necesariamente la experiencia y percepciones del investigador, en la medida en que sean significativas para comprender el fenómeno estudiado. Particularmente interesa detallar la interacción enfermera-paciente, así como aspectos de la comunicación verbal y no verbal.

3. El *Análisis*. El planteamiento es establecer un diálogo entre lo sucedido (la descripción del caso) y lo recomendado por la teoría (marco teórico), lo que orientará la identificación de estrategias, soluciones o propuestas de mejora desde la práctica asistencial. Como se trata de una interpretación del caso en su contexto, el procedimiento se desarrolla desde dos planos complementarios. El primero es en realidad un microanálisis que se centra en categorizar el caso, a partir de las temáticas insertas en la descripción del mismo, que sirven para identificar los conceptos y proposiciones que nos permitirán explicarlo.¹⁹ El segundo recupera la visión de conjunto e intenta contextualizarlo en el marco del modelo teórico elegido, incorporando la autorreflexión crítica (influencias del investigador en el escenario, de los propios supuestos teóricos, etc.).¹⁹ El análisis culmina con la formulación de conclusiones, que han de responder a la pregunta sugerida por el marco teórico e inducir acciones dirigidas a la práctica.

Estructura del Estudio de casos para publicación

Lo que presentamos a continuación es una propuesta de estructuración del Estudio de casos para darle forma de artículo susceptible de publicarse en una revista científica. En este sentido adoptamos y adaptamos los ingredientes de una forma de comunicación que se basa en los principios de claridad, concisión y corrección.²⁰ Sin embargo, cuando el Estudio de casos se realiza como memoria de trabajo académico, que ha de ser defendida ante un tribunal, el estilo tenderá a expandirse, incorporando numeroso material accesorio, adaptándolo a las especificaciones exigidas en cada caso. Parafraseando a Wolcott, el estudiante hará lo que tenga que hacer.¹⁷

Como todo artículo científico, el Estudio de casos se estructura sobre dos grandes apartados: los datos preliminares, que tienen la función de presentación del trabajo y también de facilitar su tratamiento documental; y el cuerpo del artículo, que

contiene la descripción de la investigación de una manera estructurada (ver Tabla 1). Dadas las limitaciones de espacio, nos detendremos en las tres secciones más específicas del Estudio de casos, a sabiendas de que el resto ha de adaptarse al estilo esperado en la comunicación científica.²⁰

a) *Introducción*. Se trata de conceptualizar el problema de investigación, explicando su importancia y la perspectiva desde donde se aborda. Al menos debería contener los siguientes elementos:

-*Justificación del caso*, explicando la razón de su elección, que ha de estar en consonancia con el problema o fenómeno que pretende ilustrar. En este apartado se espera una descripción detallada del problema de estudio y sus implicaciones para el campo de los cuidados. Para defender su importancia puede ser de interés aportar datos sobre morbi-mortalidad, ritmo de crecimiento, consecuencias de una no intervención, etc.

-*Antecedentes bibliográficos y lagunas de conocimiento*, reconociendo de forma crítica las contribuciones de estudios previos publicados que puedan utilizarse como referentes para establecer comparaciones y, consecuentemente, identificando los aspectos novedosos que el caso pueda contribuir a aclarar.

-*Marco teórico*, expresado en términos del convencimiento teórico que ha llevado al investigador a plantear el caso. El marco teórico anticipa el resultado esperado y a menudo puede formularse en una sola frase ("Este caso se plantea desde el convencimiento de que el escaso reconocimiento del cuidado familiar está socialmente determinado por la obligatoriedad moral de la mujer como cuidadora"). La perspectiva teórica puede completarse con el apoyo de teorías de rango superior que expandan la comprensión del fenómeno de estudio (en el caso anterior, las teorías sobre género).

- *Objetivo* que se persigue con la publicación del caso, que obviamente está en consonancia con el deseo de responder a la pregunta de investigación planteada en su momento.

b) *Descripción del caso*. De forma narrativa, se presentará el caso de manera exhaustiva y detallada. Se ha de presentar la persona participante o la situación estudiada, mostrando información sobre la selección, el contacto, los instrumentos utilizados, las cuestiones éticas, etc. A pesar de que algunos participantes no tendrían inconveniente en desvelar su identidad el investigador

METODOLOGÍA CUALITATIVA

debe preservarla, así como la de otras personas o entidades que pudieran aparecer en el relato del informante.

Se espera una descripción densa, aportando datos suficientes obtenidos a través de entrevistas y de la observación para ilustrar la discusión y sostener las conclusiones. De especial importancia es la descripción del contexto, incorporando detalles suficientes para una comprensión adecuada del caso (dimensión espacial, temporal, interacción, etc.). Se narrará en tercera persona, salvo aquellos detalles que involucren directamente al investigador, que podrán narrarse en primera persona.

La descripción puede ayudarse de información complementaria en forma de cuadros, diagramas, u otro tipo de ilustraciones, haciendo llamadas desde el texto. Por ejemplo, puede ser interesante aportar el plan de cuidados implementado a un paciente según taxonomías NANDA-NIC-NOC, pero ha de procurarse no interrumpir la narración del caso con una información tan densa y estructurada, siendo preferible colocarlo en forma de anexo.

La narrativa del caso puede adoptar un estilo netamente descriptivo, limitándose a exponer los datos de una manera pulcra, estricta y exacta. Otros investigadores prefieren enriquecer la descripción utilizando recursos retóricos (símil o comparación, analogía, repetición, etc.) que otorgan un gran poder narrativo, asemejando textos literarios, con la salvedad de que todo lo narrado es real, no hay nada inventado. Los recursos narrativos pueden ser idóneos para la descripción de las relaciones interpersonales, la anotación de sentimientos y emociones observados, y en general para “deshacer el nudo de la subjetividad humana”. En todo caso, la elección del estilo estará en consonancia con las preferencias del investigador y sus competencias narrativas.

c) **Discusión.** La palabra clave es “significado”. Se trata de mostrar las relaciones entre los hechos narrados en la descripción del caso, interpretándolos para el lector.²⁰ La Discusión supone una transición desde el análisis del caso hasta la síntesis del conocimiento expresado en forma de conclusiones. Entre los componentes de la Discusión se pueden considerar: destacar los hallazgos más relevantes del caso, en términos de las categorías de análisis que emergieron

Tabla 1. Estructura del Estudio de casos

| DATOS PRELIMINARES | |
|----------------------------|--|
| 1. Título | En 15 palabras que describan el contenido del artículo de una forma clara, concisa y correcta (aprovechar el poder evocador de la narrativa del caso). |
| 2. Autoría | Hasta un máximo de 6 autores según el orden de importancia de su contribución en el Estudio de casos. |
| 3. Filiación institucional | Identificar la institución donde se realizó el estudio con todos los datos que permitan la correspondencia a otros autores e instituciones (al menos una dirección de e-mail del autor responsable). |
| 4. Resumen | Preferiblemente estructurado, entre 150 y 300 palabras, que identifique el contenido básico del artículo. |
| 5. Palabras clave | Entre 3-7 descriptores, obtenidos de lenguajes controlados (DeCS, MeSH). |
| CUERPO DEL ARTÍCULO | |
| 6. Introducción | Conceptualizar el problema de investigación, explicando su importancia y la perspectiva desde donde se aborda: Justificación del caso, Antecedentes bibliográficos y lagunas de conocimiento, Marco teórico, Objetivo. |
| 7. Descripción del caso | Narrativa exhaustiva y detallada en la que se presenta el informante participante o la situación estudiada (selección, contacto, instrumentos utilizados, las cuestiones éticas, etc.), y se muestran los resultados de las entrevistas y la observación, así como del contexto (dimensión espacial, temporal, interacción, etc.). |
| 8. Discusión | Exponer: hallazgos más relevantes del caso (categorías de análisis), comparaciones con otros estudios, limitaciones contextualizando y relativizando, posibilidades de transferencia, consecuencias teóricas, nuevas preguntas, etc. Conclusiones del caso: respuesta a la pregunta de investigación e implicaciones para la práctica clínica. |
| 9. Bibliografía | Enumerar las referencias según orden de mención en el texto y solo obras: publicadas, importantes y recientes. |
| 10. Anexos | Información relevante que por su extensión o configuración no encuadre dentro del texto (Ej.: plan de cuidados según taxonomías NANDA-NIC-NOC, transcripciones de entrevistas, etc.). |

del mismo; establecer comparaciones con otros hallazgos contenidos en la literatura científica; señalar las limitaciones y dificultades encontradas en la gestión del caso, contextualizando, relativizando, incluso exponiendo las medidas adoptadas para garantizar el rigor; determinar las posibilidades de transferencia del conocimiento hacia otros contextos o hacia otras poblaciones; señalando consecuencias teóricas; estableciendo nuevas preguntas, etc. La Discusión finaliza expresando las conclusiones del caso, respondiendo a la pregunta de investigación y sugiriendo, en forma de recomendaciones, las implicaciones para la práctica clínica.

Acorde con el estilo, para algunos no tanto trasgresor, de los informes cualitativos, merece la pena destacar también algunos otros aspectos de otras secciones. Con frecuencia observamos que los investigadores tienden a titular los casos de manera efectista, elevando a la categoría de título una expresión elocuente obtenida del discurso de los participantes, que sintetiza la línea argumental del caso (Ej.: "Cuando la

familia lo vive, las palabras sobran. El modelo de cuidados compartidos en la fase terminal del paciente crítico"). En este sentido puede ser de interés conocer las recomendaciones ya publicadas para el Relato Biográfico.²¹ En cuanto al resumen, se aconseja de tipo narrativo, en lugar de estructurado, de no más de 250 palabras, con al menos el siguiente contenido: temática general del estudio, descripción breve del caso, categorías de análisis, y conclusión principal.

Consideraciones finales

El Estudio de casos es un método de investigación cualitativa que resulta de especial utilidad para la comunidad enfermera, principalmente porque contribuye a hacer visible los cuidados humanizados y holísticos. En primer lugar, favorece la actitud reflexiva e indagadora sobre situaciones problemáticas en la práctica y favorece la conciencia de la complejidad, la unicidad y la singularidad del cuidado y su relación con las consecuencias que suponen en quien lo recibe.

En segundo lugar, conscientes de que los conocimientos sobre los aspectos biofisiológicos y la destreza en los procedimientos técnicos están muy integrados en la comunidad enfermera, consideramos que es un método útil para explicitar e incorporar los Cuidados Invisibles y así favorecer los cuidados integrales y la atención enfermera de calidad. De esta forma, en los casos que se analicen se pueden detectar situaciones en las que se hayan realizado unos cuidados integrales y personalizados y otras en las que haya una omisión de los mismos, por lo que habrá que proponer estrategias de mejora según proceda.

Por último, no se nos escapa el potencial que el Estudio de casos tiene para transferir conocimiento en entornos de aprendizaje. La combinación de competencias clínicas y de trabajo intelectual que activa durante su planeación, ejecución y publicación, le convierten en un diseño a tener en cuenta como componente pedagógico en ciclos de grado y posgrado.

Bibliografía

- Huércanos Esparza, Isabel; Anguas Gracia, Ana; Martínez Lozano, Francisca. El Cuidado Invisible como indicador de mejora de la calidad de los cuidados enfermeros. *Tesela* 2012; 11. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela-ts11/ts1106.php>

[acceso: 11/07/2014].

2. Waldow, Vera Regina. Cuidar: expresión humanizadora. México: Palabra, 2008.
3. Benner, Patricia. From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. New Jersey: Prentice Hall Health; 2001, commemor. ed.
4. Orkaizagirre Gómara, Aintzane. Visibilizando los Cuidados enfermeros a través de la Relación de Cuidado. *Index de Enfermería* 2013; 22(3):124-126.
5. Orkaizagirre Gómara, Aintzane. La relación de Cuidado. *Paraninfo Digital* 2013; 18. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n18/v004.php> [acceso: 29/06/2014].
6. Dossey, Barbara Montgomery; Keegan, Lynn. *Holistic Nursing. A Handbook for Practice*. Burlington: American Holistic Nurses Association, 2008 (5ª ed.).
7. Zamarrá San Joaquín, María Pilar. El valor de la visión holística para la enfermería en el alivio del sufrimiento. *Educare* 2007; 37. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/educare/> [acceso: 26/07/2013].
8. Amezcua, Manuel; Carricondo Guirao, Antonia. Investigación Cualitativa en España. Análisis de la producción bibliográfica en salud. *Index de Enfermería* 2000; 28-29:26-34.
9. Mucchielli, Alex. *Diccionario de Métodos Cualitativos en Ciencias Sociales*. Madrid: Síntesis, 2001; pp. 102-6.
10. Kérouac, Suzane; Pepin, Jacinthe; Ducharme, Francine; Duquette, André; Major, Francine. *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson, 2007 (4ª reimpr.).
11. Muñoz P, Muñoz I. Intervención en la familia: estudio de casos. En Pérez Serrano P (coord.). *Modelos de Investigación Cualitativa en Educación Social y Animación Sociocultural*. Madrid: Narcea: 2001: 224.
12. Coller, Xavier. Estudio de casos. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, Cuadernos Metodológicos nº 30, 2000; p. 29.
13. Esteve JM. El concepto de Educación y su red nomológica. En A.A.V.V. (comp.). *Teoría de la Educación*. Madrid: Anaya, 1979; 11-25.
14. Schön, Donald A. La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la formación y el aprendizaje en las profesiones. Barcelona: Paidós, 2008.
15. Medina, José Luis. La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería. Barcelona: Laertes psicopedagogía, 1999; 249-250.
16. Marriner Tomey, Ann; Raile Alligood, Martha. *Modelos y teorías en enfermería*. 6ª ed. Madrid: Elsevier Science, 2008.
17. Wolcott, Harry F. *Writing Up Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2009 (3ª ed.).
18. Amezcua, Manuel. El trabajo de campo etnográfico en salud. Una aproximación a la Observación Participante. *Index de Enfermería*, 2000; IX(30):30-35.
19. Amezcua, Manuel; Gálvez Toro, Alberto. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 2002; 5(76): 423-436.
20. Day, Robert. *Cómo escribir y publicar trabajos científicos*. 4ª ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994.
21. Martín Muñoz, Begoña; Gálvez González, María; Amezcua, Manuel. *Cómo estructurar y redactar un Relato Biográfico para publicación*. *Index de Enfermería* 2013; 22(1-2): 83-88.

MISCELÁNEA

Cartas al Director

¿Por qué no evalúan lo que producimos las enfermeras?

Sr. Director: Me ha llamado la atención la afirmación que aparece en DEGRA sobre el compromiso de “Defender los procesos naturales de generación de conocimiento enfermero y su puesta en valor para que pueda ser transferido a la práctica profesional en el menor tiempo posible”.¹ Está claro que la Declaración de Granada sobre Conocimiento Enfermero no ha sido tenida en cuenta por las autoridades chilenas. En mi país los artículos de Enfermería solo son valorados si son publicados en los repertorios JCR de Thompson-ISI, donde no existen revistas de enfermería chilenas ni de otros muchos países de habla hispana. Las profesoras de Enfermería inculcan en las egresadas con vocación docente e investigadora² la necesidad de publicar en inglés y en revistas con alto Factor de Impacto (FI), aunque eso suponga renunciar a publicar en revistas enfermeras para hacerlo en otras disciplinas mejor posicionadas. Ellas no tuvieron que hacerlo. Tampoco consideran las dificultades que las enfermeras clínicas están teniendo para acceder a ese conocimiento.

Esto ocasiona que en mi país se esté dando el fenómeno que Amezcua calificó de *Papirolatría*,³ donde el mérito en papel vale más que la competencia profesional. Lamentablemente el Factor de Impacto-JCR ni garantiza la calidad de los trabajos ni su utilidad práctica.⁴ En profesiones tan aplicadas como la Enfermería hace mucho daño porque debilita el conocimiento en lugares no representados como es Chile.

Lo que resulta extraño es que nuestras autoridades académicas no utilicen repertorios alternativos, como es el caso de Cuiden Citación, único especializado en Enfermería, a pesar de informar del impacto bibliométrico de las revistas enfermeras iberoamericanas desde el año 1993.⁵ Cuiden es en la actualidad la base de datos más consultada por las enfermeras iberoamericanas,⁶ pero en los estudios de Enfermería en Chile apenas si se menciona, como tampoco se enseña la importante actividad que el GED de la Fundación Index realiza para difundir el conocimiento enfermero.⁷

Esto no ocurre en otros países como Brasil, donde las propias enfermeras definen los criterios de evaluación de sus publicaciones (CAPES), y donde tienen en cuenta todo recurso útil para clasificar el conocimiento que producen las enfermeras brasileñas, entre ellos Cuiden Citación.⁸ Mientras las enfermeras chilenas somos penalizadas por publicar en revistas de enfermería chilenas o en nuestra lengua, las brasileñas son incentivadas a hacerlo, siempre que aparezcan bien posicionadas en Cuiden Citación y otros repertorios. La enfermería brasileña tiene hoy una mayor repercusión que la chilena y de otros países que utilizan criterios de evaluación tan restrictivos para la profesión enfermera. Esto debería hacernos reflexionar y modificar una actitud incoherente con nuestros intereses como profesión, que según se nos inculca cuando estudiamos Enfermería aspiramos al mayor logro de autonomía profesional.

Por el bien de la Enfermería iberoamericana y de los ciudadanos a los que atendemos, sería deseable que nuestras autoridades académicas suscribieran los principios de DEGRA, ya que con ello se promovería la principal función del conocimiento: “Generen sistemas de evaluación contextualizados e incluyentes, que valoren en su justa medida el compromiso social del conocimiento enfermero, evitando penalizarlo en función de los mecanismos y el idioma que utilice para su difusión, o del contexto cultural donde se desarrolle”.¹

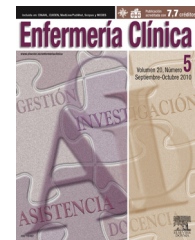
Nerea MARTÍNEZ VÁSQUEZ

Joven Investigadora. Santiago de Chile, Chile

Correspondencia: calonsolorente@yahoo.es

Bibliografía

1. Reina Leal LM; Amezcua M; Red Internacional de Centros Colaboradores de la Fundación Index. Comentarios a DEGRA. Declaración de Granada sobre Conocimiento Enfermero. *Index de Enfermería* 2013; 22(4): 246-247.
2. Hernández Zambrano SM. Formación de espíritus científicos en Enfermería: gestando líderes de una transformación necesaria. *Index de Enfermería* 2014; 23(3): 121-123.
3. Amezcua M. Papirolatría: Cuando el papel vale más que el talento. *ENE. Revista de Enfermería*. Dic. 2013; 7(1). Disponible en http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/375/pdf_21 [acceso 18/6/2014].
4. Amezcua M. ¿Para qué sirve el Índice de Impacto de una revista? *Index de Enfermería*. 2010; 19(2-3): 83-87.
5. Gálvez Toro A; Amezcua M; Hueso Montoro C. CUIDEN Citación y la valoración de las publicaciones científicas enfermeras. *Index de Enfermería* 2005; XIV(51):7-9.
6. Mesa Melgarejo L; Cenit García J; Galindo Huertas M; Vico Arrabal A; Mesa Hernández MT. Cobertura y caracterización de las bases de datos bibliográficas de enfermería del espacio científico iberoamericano. *Desarrollo Científ Enferm -Méx-*, 2007; 15(3):122-130.
7. Reina Leal LM; Amezcua M; Gómez Urquiza JL; Amezcua González A. Producción y repercusión de revistas enfermeras en el Espacio Científico Iberoamericano en 2012. *Index de Enfermería* 2013; 22(4):259-266.
8. Erdmann AL, Marziale MHP, Pedreira MLG, Lana FCF, Pagliuca LMF, Padilha MI, Fernandes JD. Evaluation of scientific periodicals and the brazilian production of nursing articles. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009; 17(3):403-9.



ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA

La incidencia de eventos adversos potencialmente atribuibles a los cuidados enfermeros en unidades hospitalarias



The occurrence of adverse events potentially attributable to nursing care in hospital units

Aintzane Orkaizagirre Gómara

Escuela de Enfermería de Donostia-San Sebastián, Campus de Gipuzkoa, Universidad del País Vasco, Donostia-San Sebastián, España

Recibido el 31 de julio de 2014; aceptado el 1 de agosto de 2014
Disponibile en Internet el 4 de septiembre de 2014

D'Amour D, Dubois CA, Tchouaket E. The occurrence of adverse events potentially attributable to nursing care in medical units: Cross sectional record review. *International Journal of Nursing Studies*. 2014;51:882–91.

Resumen

Antecedentes: Garantizar la seguridad de los pacientes hospitalizados sigue siendo un reto importante para los sistemas de salud, y los servicios de Enfermería se encuentran en el centro de la atención hospitalaria. Sin embargo, nuestro conocimiento sobre la seguridad relacionada con la atención de Enfermería es bastante limitado. De hecho, la mayoría de los estudios anteriores han examinado uno, a lo sumo, dos indicadores, presentando así una imagen incompleta de la seguridad a nivel institucional o en global.

Además, las diferencias en la metodología de los estudios, han dificultado la comparación de resultados.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue describir la frecuencia de seis eventos adversos considerados en la bibliografía sensibles a la práctica enfermera y estimar el grado en que estos podrían ser atribuidos a la atención de Enfermería.

Método: Revisión transversal de las historias clínicas de 2.699 pacientes ingresados en 22 unidades médicas en 11 hospitales de Quebec (Canadá). Los eventos incluidos fueron: úlceras por presión, caídas, errores de administración de medicamentos, neumonías, infecciones urinarias y el uso inapropiado de la sujeción mecánica. El resumen de las historias clínicas fue realizado por enfermeras revisoras expertas basándose en unos criterios comunes acordados para el estudio.

Resultados: El riesgo de sufrir uno de estos seis eventos adversos por paciente fue del 15,3%, con una variación entre un 9 a un 28% según la unidad. De los 412 pacientes que experimentaron un evento, el 30% experimentó dos o más, suponiendo 568 eventos en total. El riesgo de sufrir un evento adverso con consecuencias fue del 6,2%, con un rango entre unidades del 3,2 al 13,5%. Las expertas concluyeron que el 76,8% de los eventos eran atribuibles a los cuidados enfermeros.

Correo electrónico: aintzane.orkaizagirre@ehu.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.08.001>

1130-8621/© 2014 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Conclusiones: Si bien la medición llevada a cabo en el estudio tiene limitaciones debido a la dependencia de la confianza de la revisión realizada de la documentación, proporciona un medio práctico para la evaluación simultánea de varios eventos adversos sensibles a la práctica enfermera. Teniendo en cuenta que los factores influyentes en la seguridad del paciente son tan complejos, el seguimiento de su prevalencia e impacto es importante, así como la búsqueda de medios para evaluar su reducción.

Comentario

La seguridad del paciente es un tema de candente actualidad desde que se comenzara a estudiar tras la aparición del estudio «Errar es humano: construyendo un sistema de salud más seguro» en 1999 publicado por el Instituto de Medicina de Estados Unidos en el que se indicaba que entre 44.000 y 98.000 muertes anuales eran resultado de errores adversos que podrían haberse evitado y que suponían un elevado coste económico¹.

Desde ese momento la comunidad científica y distintas organizaciones e instituciones sanitarias internacionales y nacionales llevan años desarrollando estudios, planes y estrategias para prevenir la aparición de eventos adversos en la atención sanitaria.

La OMS considera que la falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a todos los países. Al respecto, la Alianza Mundial indica que casi el 10% de los pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria hospitalaria en países desarrollados². España no es ninguna excepción ya que la incidencia de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en los hospitales españoles es del 9,3%³.

Generalmente, los errores acontecidos no suelen deberse a fallos individuales y sí a complicaciones en cadena⁴ donde podríamos considerar a las enfermeras como uno de los eslabones por las características de su labor. Las enfermeras se preocupan por el bienestar y el confort de sus pacientes, vigilan que no tengan complicaciones e identifican y actúan en situaciones críticas, administran medicación, realizan procedimientos y colaboran en intervenciones con otros profesionales, por lo que son imprescindibles en el mantenimiento de un entorno seguro para los pacientes donde poder prevenir y advertir los errores.

En este sentido, se están llevando a cabo estudios en los últimos años que demuestran una relación entre un número alto de enfermeras cualificadas y especializadas y un bajo ratio enfermera-paciente con el aumento de seguridad de los pacientes y la disminución de la mortalidad. Entre estos destacan los desarrollados por la Dra. Linda H. Aiken quien en un reciente estudio llevado a cabo en 9 países europeos, incluida España, concluía que por cada paciente de más que atiende una enfermera el riesgo de mortalidad es del 7% durante los siguientes 30 días tras su ingreso, mientras que cada aumento en 10% de enfermeras graduadas suponen una disminución de la mortalidad en un 7%⁵.

La principal aportación del presente estudio es que trata de relacionar la frecuencia de errores adversos con los

cuidados enfermeros en unidades hospitalización a través de la medición de 6 indicadores que se consideran sensibles y relacionados con la atención de Enfermería, lo que nos ayuda a hacernos una imagen más completa de la seguridad del paciente relacionada con los cuidados enfermeros, ya que en este tipo de investigaciones lo habitual es que se analicen 1 o 2 indicadores; lo que a su vez supone una limitación a la hora de comparar los resultados con los de otros estudios. Igualmente, la valoración de la frecuencia de eventos adversos se realizó en una muestra amplia, en concreto se revisaron las historias clínicas de 2.699 pacientes ingresados siguiendo el protocolo establecido.

Los hallazgos de este estudio llaman la atención por indicar un riesgo alto de sufrir cualquiera de los 6 eventos adversos y de que se produzcan complicaciones; de tal forma que uno de cada 7 pacientes sufriría uno de los 6 eventos adversos y uno de cada 15 tendría complicaciones temporales o permanentes, con todas las consecuencias que ello conlleva tanto para el paciente como para el sistema sanitario. Del mismo modo, el porcentaje de los eventos adversos atribuidos potencialmente a los cuidados enfermeros es alto, un 76,8% concretamente, lo que confirma la sensibilidad de los indicadores escogidos para su análisis en el estudio, que pueden considerarse en posteriores investigaciones. Otro de los datos llamativos es la variabilidad entre las unidades estudiadas, siendo en algunas cuatro veces mayor el riesgo de que ocurriera un evento adverso que en otras, incluso encontrando dos unidades con un riesgo superior al 40%.

A la luz de los hallazgos de este estudio y considerando también la trascendencia de los realizados por la Dra. Aiken, resultaría interesante conocer los factores que han influido en este estudio en la alta frecuencia de eventos adversos y en la variabilidad entre las unidades, pudiendo resultar un recurso útil para el diseño de unidades enfermeras seguras.

Bibliografía

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington: The National Academies Press, Institute of Medicine; 2000.
2. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura [portal en internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008 [consultado 17 Jul 2014]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information.centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización: ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
4. Donaldson L, Philip, P. Patient safety: a global priority. WHO Bulletin [portal en internet]. 2004 [consultado 23 May 2010]; 82(12):892-893. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2004/Vol82-No12/bulletin_2004_82%2812%29_892.pdf
5. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*. 2014;383:1824–30.