



UNIVERSITAT_{DE}
BARCELONA

Cultura de seguridad del paciente: perspectiva de las enfermeras en el ámbito hospitalario

Maria José Reyes Ramos



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – Compartirlqual 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – Compartirlqual 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0. Spain License.**



UNIVERSITAT DE BARCELONA

FACULTAT D'INFERMERIA

Título

**CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: PERSPECTIVA DE LAS
ENFERMERAS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**

Presentada por:

María José Reyes Ramos

Directores:

Dra. Silvia Costa Abós

Dr. José Luis Medina Moya

Mollet del Vallès, 2024

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas las personas del ámbito familiar y profesional que habéis sido testigos directa o indirectamente del proceso de elaboración de esta tesis. Me ha supuesto una gran dedicación: trabajo, estudio, esfuerzo y mucho tiempo personal. Gracias por animarme, escucharme, aconsejarme y preguntarme “¿cómo llevas la tesis?” añadiendo “lo que necesites aquí estoy”, haciendo más llevadero el largo camino que he recorrido en estos últimos cuatro años y medio.

En primer lugar, quiero agradecer a mi directora de tesis, la Dra. Silvia Costa, su apoyo durante todo este tiempo. Recuerdo cuando me asignaron una tutora de TFM que me hizo cambiar radicalmente mi trabajo, y cómo me enojaba que me hiciera deshacer y rehacer lo mismo una y otra vez, para dejarlo otra vez como ya estaba al principio. Fue la semilla de esta tesis doctoral. Aunque me decías que era la manera de formarme, no imaginaba que hoy habría aprendido tanto. Gracias Silvia. Deseo que tu estreno como directora de tesis conmigo haya sido gratificante ¡Seguimos!

A mi director, el Dr. José Luis Medina, gracias por aceptar codirigir y tutorizar mi tesis aquel día en el Campus Mundet, donde nos conocimos y hablamos por primera vez. Gracias por las tutorías online en plena pandemia, por tus sabios consejos y directrices sin las que este trabajo no sería el que es. Un abrazo muy fuerte.

A mi marido, Miguel Ángel, que ha sido cómplice imprescindible y fundamental de todo el proceso, siempre dándome su apoyo incondicional. Gracias por todo cariño, por ser mi compañero de viaje, por entenderme y por quererme, por apoyarme en todo en lo que me embarco. Sin ti este trabajo no hubiera sido posible. TE QUIERO.

A mis hijos, Miquel y Andreu, por su paciencia durante estos años, donde los fines de semana no han tenido madre. Compartir la tesi amb vosaltres en moments de bloqueig mental m’ha ajudat a estructurar i desenvolupar continguts crucials, indirectament heu estat coinvestigadors també. Estic orgullosa de vosaltres i us estimo infinit.

A mis padres, Ana y Andrés, porque siempre han creído en mí y me han animado a conseguir mis metas, que como dice mi madre “quien no se embarca no se marea”. Porque puedo acudir a ellos cuando estoy al límite y volver a casa con la energía renovada. Gracias por ser como sois, de otro modo yo tampoco sería quien soy. Os quiero muchísimo.

A todos mis familiares, en especial a mi hermana Ana, que ha estado pendiente de todo el proceso. Gracias sister por estar siempre a mi lado, eres muy especial para mí, te quiero. Al pequeño Maties, por su paciencia, aunque me pregunte insistentemente “Per què sempre estàs treballant?” Y a Mireia por sus clases de “edición”, gràcies cosineta! Un agradecimiento muy especial a mi sobrina Anna Tejedor, por su profesionalidad en la revisión y traducción del artículo final, merci Anna!!

A todos mis amigos, que os habéis preocupado por la evolución de mi tesis. A Luis, por aguantar mis retahílas y darme consejos de resiliencia emocional, a l'Enric i al Jaume pel vostre suport i la paciència, a Rocío por tu prudencia “no quiero molestarte, que tienes mucho trabajo”, a Ana Molleví, per ajudar-me a sortir del pou en els moments més difícils i ser-hi sempre. A Rubio y a Montse por los vinitos para “desconectar” un rato, ¡gracias pareja! A mi familia beatlera, Anna, Marta, Amadeu, Divi, JM, Amparo... gràcies per escoltar-me, donar-me ànims i comprendre les meves absències.

A todos mis compañeros del TecnoCampus, Carol, Carlos, Laura, Eva... gracias por vuestros sabios consejos para llegar al final y por el último empuje ¡lo necesitaba! También quiero agradecer a mis alumnos y alumnas las reflexiones y aprendizajes compartidos, que me transmiten cada día la inquietud por seguir aprendiendo y mejorando en nuestra profesión.

A la Dra. Llúcia Benito por su revisión del análisis cuantitativo de la primera fase del estudio y sus consejos para presentar los resultados.

A la Dra. Marta Romero por ayudarme a entender las diferencias entre un grupo de discusión y un grupo focal en la elaboración de la metodología en la segunda fase.

Doblemente agradecida a las enfermeras y enfermeros del Hospital de Mollet participantes en esta investigación y a todos los compañeros y compañeras que también han estado en primera línea asistencial durante la pandemia por la COVID-19 y, muy especialmente, a aquellos que contrajeron la infección, a los que perdieron la vida o perdieron a seres queridos, este estudio va por todos vosotros y vosotras.

Como no, agradecer a todas las personas que he atendido en mis casi 30 años de profesión por dejar que las cuidara, con ellas he aprendido y crecido como enfermera, y sin ellas este trabajo no tendría sentido.

Y, sobre todo, mi más sincero agradecimiento a la Fundació Sanitària de Mollet, sin su apoyo este estudio no se podría haber desarrollado, especialmente a su directora enfermera, la Sra. Mireia Vicente, quien creyó en el proyecto desde el inicio y ha hecho todo lo posible para que sea una realidad. Gràcies Mireia, ets una gran directora, una gran infermera i una gran persona. Y a mi compañero, el Dr. Joan M^a Ferrer, que me ha brindado todo su tiempo y esfuerzo para desarrollar esta tesis. Merci Joan pels teus savis consells i la teva ajuda i col·laboració en tot el procés (fins i tot en el títol!).

Por último, quiero darle las gracias a mi profesión, por brindarme la oportunidad de cuidar a las personas, de gestionar procesos para mejorar la calidad y la seguridad en la atención, de impartir docencia y aportar mi granito de arena a las futuras enfermeras y, este trabajo sirva de ejemplo, de investigar para ofrecer una atención enfermera excelente.

¡Muchas gracias de corazón!

Nota previa

Como criterio de estilo, y siguiendo las recomendaciones del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona (COIB), en la presente tesis se ha optado por usar la denominación enfermera para referirse a profesionales de ambos sexos, que es la que usan instituciones como el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) o la Organización Mundial de la Salud (OMS) en muchos de sus informes (COIB, 2004). Así, cuando en el texto se utiliza el término enfermera, enfermeras o las participantes, comprende a profesionales de los dos géneros, hombres y mujeres.



ÍNDICE



ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	3
ÍNDICE DE CONTENIDO	7
LISTADO DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS.....	9
ÍNDICE DE FIGURAS	11
ÍNDICE DE TABLAS	15
ÍNDICE DE GRÁFICOS	17
ÍNDICE DE CUADROS.....	19
RESUMEN	21
ABSTRACT	23
INTRODUCCIÓN.....	27
1. MARCO TEÓRICO	29
1.1. SEGURIDAD DEL PACIENTE	29
1.2. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	35
1.3. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	37
1.4. SEGURIDAD DEL PACIENTE DURANTE LA PANDEMIA COVID-19	40
2. JUSTIFICACIÓN.....	41
2.1. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	43
2.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	45
3. OBJETIVOS.....	47
3.1. OBJETIVO GENERAL DE LA FASE I	49
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA FASE I	49
3.3. OBJETIVO GENERAL DE LA FASE II	49
3.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA FASE II	49
3.5. OBJETIVO DE LA FASE FINAL DEL ESTUDIO	49
4. METODOLOGÍA.....	51



4.1. FUNDAMENTACIÓN, DISEÑO Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN	53
4.1.1. ENFOQUE METODOLÓGICO	53
4.1.2. LOS MÉTODOS MIXTOS DE INVESTIGACIÓN	54
4.1.3. MÉTODO MIXTO UTILIZADO EN ESTA INVESTIGACIÓN	58
4.1.4. ANÁLISIS E INTEGRACIÓN DE LOS DATOS	61
4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO	62
4.3. RIGOR CIENTÍFICO EN LOS MÉTODOS MIXTOS	63
4.3.1. RIGOR Y VALIDEZ EN EL MÉTODO MIXTO EXPLICATIVO SECUENCIAL	64
4.4. RIGOR ÉTICO DE LA INVESTIGACIÓN	66
5. DISEÑO Y DESARROLLO DE LA FASE I.....	69
5.1. FASE CONCEPTUAL	71
5.2. FASE EMPÍRICA (MÉTODO)	71
5.2.1. SUJETOS DE ESTUDIO Y MUESTRA	71
5.2.2. VARIABLES	72
5.2.3. INSTRUMENTO DE MEDIDA	73
5.2.4. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS	76
5.2.5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	76
5.2.6. FIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE MEDIDA	78
5.3. FASE EMPÍRICA ANALÍTICA (RESULTADOS)	78
5.3.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	79
5.3.2. FIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	80
5.3.3. RESULTADOS POR DIMENSIONES	81
5.3.4. RESULTADOS POR ÍTEMS	83
5.3.5. CALIFICACIÓN DEL CLIMA DE SEGURIDAD	88
5.3.6. VALORACIÓN DE LAS DIMENSIONES DE CSP CON RELACIÓN A LAS VARIABLES INDEPENDIENTES	90
5.3.7. VALORACIÓN DEL CLIMA DE SEGURIDAD CON RELACIÓN A LAS VARIABLES INDEPENDIENTES	93
5.4. FASE INFERENCIAL (DISCUSIÓN)	96
6. DISEÑO Y DESARROLLO DE LA FASE II.....	99
6.1. FASE CONCEPTUAL	101
6.2. FASE EMPÍRICA METODOLÓGICA (MÉTODO)	101
6.2.1. MUESTRA Y PARTICIPANTES	102
6.2.2. TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN	103
6.2.3. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS	105
6.2.4. EL PROCESO DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN DE CARÁCTER CUALITATIVO	110
6.2.5. PROCESO DE ANÁLISIS DE LOS DATOS UTILIZADO EN ESTE ESTUDIO	112
6.2.6. CRITERIOS DE CALIDAD Y VALIDEZ	118
6.3. FASE EMPÍRICA ANALÍTICA (RESULTADOS)	119
6.3.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE SP Y CSP	122
6.3.2. VIVENCIA DE LAS ENFERMERAS ANTE UN EA	135
6.3.3. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SP	145
6.3.4. NOTIFICACIÓN DE LOS EA	160
6.3.5. SEGURIDAD DEL PACIENTE DURANTE LA PANDEMIA	168
FALTA DE PERSONAL	172
FALTA DE RECURSOS MATERIALES/TÉCNICOS Y ESTRUCTURALES	174



CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LAS ENFERMERAS	176
6.4. FASE INFERENCIAL (DISCUSIÓN)	180
6.4.1. PERCEPCIONES DE LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL DE MOLLET ANTE LA APARICIÓN DE EA	181
6.4.2. FACTORES QUE LAS ENFERMERAS CONSIDERAN QUE INCIDEN EN LA SP	184
6.4.3. ELEMENTOS QUE LAS ENFERMERAS RELACIONAN CON LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES	188
6.4.4. PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS EN RELACIÓN CON LA SP DURANTE LA PANDEMIA COVID-19	189
7. METAINTERFERENCIAS	193
PRODUCTO DE AMBOS ENFOQUES: CUANTITATIVO Y CUALITATIVO	195
7.1. INTRODUCCIÓN	195
7.2. CSP DE LAS ENFERMERAS	196
7.2.1. RESULTADOS DE LA CULTURA DE SP	196
7.2.2. CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDAD/SERVICIO	199
7.2.3. CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE TODO EL HOSPITAL	208
7.2.4. CLIMA DE SEGURIDAD	209
7.3. FACTORES QUE CONTEXTUALIZAN E INCIDEN EN LA CSP DE LAS ENFERMERAS	215
7.3.1. NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES	222
7.3.2. CLIMA DE SEGURIDAD	223
8. LIMITACIONES E IMPLICACIONES DEL ESTUDIO	225
8.1. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	227
8.2. IMPLICACIONES DEL ESTUDIO	227
8.3. PROPUESTAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	228
9. CONCLUSIONES	229
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	235
11. ANEXOS	267
11.1. ANEXO I. CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES	269
11.2. ANEXO II. DOCUMENTO INFORMATIVO PARA LAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO	273
11.3. ANEXO III. CONSIDERACIONES PARA EL ANÁLISIS DE LOS ÍTEMS DEL CUESTIONARIO	275
11.4. ANEXO IV. FIABILIDAD DE LAS DIMENSIONES CONTENIDAS EN EL CUESTIONARIO	277
11.5. ANEXO V. CORREO ELECTRÓNICO INDIVIDUALIZADO ENVIADO A CADA UNA DE LAS PARTICIPANTES DE LA SEGUNDA FASE DEL ESTUDIO	278
11.6. ANEXO VI. PRESENTACIÓN UTILIZADA AL INICIO DE CADA GRUPO FOCAL	279
11.7. ANEXO VII. CONSENTIMIENTO INFORMADO	280



LISTADO DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

En este apartado se recogen el conjunto de abreviaturas y acrónimos que han sido utilizados en el desarrollo de la presente tesis doctoral:

AHRQ	Agencia para la investigación y la calidad sanitarias (por sus siglas en inglés: Agency for Healthcare Research and Quality)
AMSP	Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente
AQ	Área Quirúrgica
CAQDAS	Software de análisis de datos cualitativos asistido por computadora (por sus siglas en inglés: Computer-Aided Qualitative Data Analysis Software)
CCIIC	Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya
CIE	Consejo Internacional de Enfermería
COIB	Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona
CSP	Cultura de Seguridad del Paciente
CUAL	Cualitativo
CUAN	Cuantitativo
EA	Evento Adverso
EFQM	European Foundation for Quality Management
EP	Entrevista en profundidad
FSM	Fundació Sanitària Mollet
FIDISP	Fundación para la Innovación, la Docencia y la Investigación en Seguridad del Paciente
G	Gestoras
GF	Grupo Focal, Grupos Focales
HM	Hospital de Mollet
HOSP	Servicio de Hospitalización
HSOPSC	Cuestionario de CSP en Hospitales (de sus siglas en inglés: Hospital Survey on Patient Safety Culture)
ICN	Consejo Internacional de Enfermería (de sus siglas en inglés: International Council Of Nurses)
JCAHO	The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
OMS	Organización Mundial de la Salud
MSCBS	Ministerio de sanidad y consumo
PIP	Proceso de Integración de Pilares
Preg.	Pregunta
RAE	Real Academia de la lengua Española
SM	Salud Mental y Adicciones
SP	Seguridad del Paciente, Seguridad de los pacientes
SU	Servicio de Urgencias
UCI	Unidad de cuidados intensivos
WHO	Organización Mundial de la Salud (de sus siglas en inglés: World Health Organization)



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Representación gráfica del modelo del “queso suizo” de Reason	31
Figura 2. Matriz de riesgos en SP	32
Figura 4. Procesos de los diseños mixtos concurrentes	55
Figura 5. Procesos de los diseños mixtos secuenciales	55
Figura 6. Esquema del diseño explicativo secuencial utilizado (DEXPLIS)	59
Figura 7. Proceso de integración de pilares	61
Figura 8. Red de la relación entre categorías y subcategorías de la metacategoría “ea_vi”	117
Figura 9. Esquema de los temas o metacategorías y categorías extraídos de los datos cualitativos	121
Figura 11. Categoría: concepto de SP y subcategorías	122
Figura 10. Elementos cualitativos del tema conceptualización de SP y CSP	123
Figura 12. Categoría: concepto de CSP y subcategorías	126
Figura 13. Categoría: características de la SP y CSP y subcategorías	128
Figura 14. Categoría: tipos de EA y subcategorías	131
Figura 15. Elementos cualitativos del tema vivencia de las enfermeras ante un EA	135
Figura 16. Categoría: repercusiones para las enfermeras y subcategorías	136
Figura 17. Categoría: repercusiones para el paciente y subcategorías	140
Figura 18. Categoría: apoyo recibido y subcategorías	141
Figura 19. Elementos cualitativos del tema factores que influyen en la SP	146
Figura 20. Categoría: factores que no favorecen la SP y subcategorías	147



Figura 21. Categoría: factores que favorecen la SP y subcategorías	155
Figura 22. Categoría: factores considerados de forma ambivalente y subcategorías	158
Figura 23. Elementos cualitativos del tema notificación de los EA	161
Figura 24. Categoría: características del EA y subcategorías	162
Figura 25. Categoría: sistema de reporte de EA y subcategorías	164
Figura 26. Categoría: motivación del profesional para notificar y subcategorías	166
Figura 27. Elementos cualitativos del tema SP durante la pandemia	169
Figura 28. Categoría: falta de personal y subcategorías	172
Figura 29. Categoría: falta de recursos materiales, técnicos y estructurales y subcategorías	175
Figura 30. Categoría: consecuencias psicológicas de la pandemia COVID-19 en las enfermeras y subcategorías	177



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Definición operacional de términos y acrónimos	34
Tabla 2. Resultados en una selección de indicadores de SP de relevancia en Hospital de Mollet-Barcelona (2020)	44
Tabla 3. Características de los diseños mixtos específicos más comunes	57
Tabla 4. Plantilla del Hospital de Mollet según categoría profesional	62
Tabla 5. Profesionales de enfermería del Hospital de Mollet por unidades	71
Tabla 6. Variables personales/profesionales	72
Tabla 7. Dimensiones de la CSP	72
Tabla 8. Variables secundarias de la CSP	73
Tabla 9. Frecuencias relativas de las variables personales/profesionales	79
Tabla 10. α de cronbach de la versión española del cuestionario HSOPSC del ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad y α de cronbach del mismo cuestionario en el presente estudio	80
Tabla 11. Frecuencias relativas de cada categoría (negativo, neutro, positivo) para cada dimensión	81
Tabla 12. Resultados para cada dimensión: media, mediana, desviación estándar (ds), moda (valor mínimo y máximo)	82
Tabla 13. Frecuencias relativas de cada categoría (negativo, neutro, positivo) para cada ítem	86
Tabla 14. Resultados de la cuestión “califique de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad”	89
Tabla 15. Valores de significación estadística en cada dimensión con relación a las variables independientes: unidad/servicio, jornada, posición laboral, antigüedad, turno de trabajo y sexo	93



Tabla 16. Valores de significación estadística en las dos cuestiones sobre el clima de seguridad con relación a las variables independientes: unidad/servicio, jornada, posición laboral, antigüedad, turno de trabajo y sexo	95
Tabla 17. Preguntas clave para tratar en la Fase II en relación con los resultados de la Fase I	107
Tabla 18. Guion de las preguntas y enunciados para los grupos focales	108
Tabla 19. Códigos utilizados por categorías en el nivel I de codificación	114
Tabla 20. Características personales y profesionales de las participantes en la Fase II (n = 26)	120
Tabla 21. Frecuencia de EA relatados por las participantes de cada grupo con relación al tipo de EA	134
Tabla 22. Frecuencia en que las enfermeras de cada grupo refieren haber experimentado cada tipo de sentimientos	139
Tabla 23. Frecuencia en que las enfermeras de cada grupo refieren de quien han recibido apoyo frente a un EA	145
Tabla 24. Frecuencia en que las enfermeras de cada grupo refieren aspectos a favor o en contra relacionados con la notificación de EA según las características del incidente, el sistema de notificación y la motivación del profesional	168
Tabla 25. Número de participantes en consenso sobre la influencia de la pandemia en la SP	171
Tabla 26. Frecuencias relativas de las variables personales/profesionales en ambas fases del estudio	196
Tabla 27. Resultados de la cultura de seguridad en el cuestionario HSOPSC: dimensión “frecuencia de eventos notificados” (ítems 40, 41 y 42)	197
Tabla 28. Resultados de la cultura de seguridad en el cuestionario HSOPSC: dimensión “percepción global de seguridad” (ítems 10, 15, 17 y 18)	199
Tabla 29. Resultados de la cultura de seguridad en el cuestionario HSOPSC: dimensión “expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la unidad/servicio en apoyo de la seguridad” (ítems 19, 20, 21 y 22)	200



Tabla 30. Resultados de la cultura de seguridad en el cuestionario HSOPSC: dimensión “aprendizaje organizacional/mejora continua” (ítems 6, 9 y 13)	201
Tabla 31. Resultados de la cultura de seguridad en el cuestionario HSOPSC: dimensión “trabajo en equipo en la unidad/servicio” (ítems 1, 3, 4 y 11)	202
Tabla 32. Resultados de la cultura de seguridad en el cuestionario HSOPSC: dimensión “franqueza en la comunicación” (ítems 35, 37 y 39)	203
Tabla 33. Resultados de la cultura de seguridad en el cuestionario HSOPSC: dimensión “feed-back y comunicación sobre errores” (ítems 34, 36 y 38)	204
Tabla 34. Resultados de la cultura de seguridad en el cuestionario HSOPSC: dimensión “respuesta no punitiva a los errores” (ítems 8, 12 y 16)	205
Tabla 35. Resultados de la cultura de seguridad en el cuestionario HSOPSC: dimensión “dotación de personal” (ítems 2, 5, 7 y 14)	206
Tabla 36. Resultados de la cultura de seguridad en el cuestionario HSOPSC: dimensión “apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente” (ítems 23, 30 y 31)	207
Tabla 37. Resultados de la cultura de seguridad en el cuestionario HSOPSC: dimensión “trabajo en equipo entre unidades” (ítems 24, 26, 28 y 32)	208
Tabla 38. Resultados de la cultura de seguridad en el cuestionario HSOPSC: dimensión “problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades” (ítems 25, 27, 29 y 33)	209
Tabla 39. Resultados de la cuestión “califique del 0 al 10 el grado de seguridad de su servicio/unidad” por áreas asistenciales	211
Tabla 40. Resultados de la cuestión “durante el último año ha notificado por escrito algún incidente relacionado con la seguridad del paciente” por áreas asistenciales	214
Tabla 41. Resultados afirmativos en la cuestión “durante el último año ha notificado por escrito algún incidente relacionado con la seguridad del paciente” por jornada, posición laboral y antigüedad	214
Tabla 42. Resultados del proceso de integración de pilares	215



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de las respuestas en el ítem nº 4 “en esta unidad nos tratamos todos con respeto”	83
Gráfico 2. Distribución de las respuestas en el ítem nº 1: “el personal se apoya mutuamente”	83
Gráfico 3. Distribución de las respuestas en el ítem nº 8: “si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido un error, lo utilizan en tu contra”	84
Gráfico 4. Distribución de las respuestas en el ítem nº 5: “a veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora”	85
Gráfico 5. Distribución de las respuestas en el ítem nº 14: “trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa”	85
Gráfico 6. Distribución de las respuestas en el ítem nº 2: en cuanto a si “hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo”	85
Gráfico 7. Distribución de las respuestas en el ítem nº 15: “nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente”	85
Gráfico 8. Puntuación de los ítems del cuestionario formulados en positivo	88
Gráfico 9. Puntuación de los ítems del cuestionario formulados en negativo	88
Gráfico 10. Distribución de las respuestas a la cuestión: “califique de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad”. Diagrama de violín	89
Gráfico 11. Distribución de las respuestas a la cuestión: “durante el último año ha notificado por escrito algún incidente relacionado con la seguridad del paciente”	90
Gráfico 12. Valoración de la cuestión “califique de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad” en las diferentes áreas asistenciales. Diagrama de cajas	94
Gráfico 13. Valoración de la cuestión “califique de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad” según la antigüedad en el centro. Diagrama de cajas	94



ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Ítems del cuestionario HSOPSC agrupados por dimensiones	74
Cuadro 2. Categorías de recodificación de las respuestas del cuestionario HSOPSC	77



RESUMEN

Introducción: Los cuidados de salud están destinados a beneficiar a las personas, sin embargo, en entornos hospitalarios y de alta especialización pueden causar daños. La Seguridad del Paciente (SP) es fundamental para una atención de salud de calidad, en referencia a la ausencia de daños prevenibles a un paciente durante el proceso de atención sanitaria y la reducción del riesgo de daño innecesario asociado con dicha atención a un mínimo aceptable. En este contexto, el concepto de Cultura de Seguridad del Paciente (CSP), engloba los valores, actitudes, normas, creencias, prácticas, percepciones, competencias, políticas y comportamientos de los profesionales que determinan el compromiso organizacional con la calidad y la seguridad del paciente.

Objetivos: (1) Valorar la CSP de las enfermeras del Hospital; (1.1) Determinar la CSP de las enfermeras en las diferentes áreas asistenciales; (1.2) Comparar la CSP de las enfermeras del Hospital según la antigüedad en el centro, el tipo de jornada, la posición laboral, el turno de trabajo y el sexo; (2) Describir la experiencia de las enfermeras del Hospital ante la aparición de eventos adversos (EA); (2.1) Explorar las percepciones de las enfermeras ante la aparición de EA; (2.2) Identificar los factores que las enfermeras consideran que inciden en la CSP; (2.3) Conocer los elementos que las enfermeras relacionan con la notificación de incidentes; (2.4) Estudiar la percepción de las enfermeras en relación con la SP durante la pandemia COVID-19 y (3) Identificar los factores que según las enfermeras contextualizan e inciden en la CSP.

Metodología: El diseño de esta investigación se enmarca en un modelo mixto explicativo secuencial. En una primera fase abordamos el objetivo general que pretende valorar la CSP de las enfermeras del hospital mediante un método descriptivo con abordaje cuantitativo transversal. En la segunda fase del estudio planteamos dar respuesta al segundo objetivo general con la exploración de significados y percepciones de las enfermeras con relación a la CSP a partir de las vivencias experimentadas con un abordaje de tipo cualitativo. Finalmente, los descubrimientos de ambas etapas se integraron en la interpretación y elaboración del reporte del estudio para dar respuesta al objetivo de la fase final del mismo identificando los factores que contextualizan e inciden en la CSP.

Resultados: En la primera fase del estudio la tasa de respuesta fue del 100% (n=244), calificando el clima de SP en $6,69 \pm 1,71$ sobre 10. La dimensión “trabajo en equipo en la unidad /servicio” fue la mejor valorada y más del 80% de los encuestados no informaron ningún evento en los últimos 12 meses. Se hallaron diferencias significativas en relación con la unidad/servicio, la antigüedad, el turno de trabajo, la posición laboral y el tipo de jornada. En la fase cualitativa, se realizaron cuatro grupos focales y dos entrevistas en profundidad emergiendo cinco temas o meta-categorías: uno, la conceptualización de



SP y CSP; dos, la vivencia de las enfermeras ante un EA; tres, los factores que influyen en la SP; cuatro, la notificación de EA; y cinco, la SP en relación con la pandemia de la COVID-19. Para la integración de los resultados de ambas fases se utilizó el Proceso de Integración de Pilares (PIP) identificando 26 factores que inciden en la CSP de las enfermeras.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en la primera fase revelaron que las enfermeras del HM perciben la CSP de manera insuficiente, sin destacar ninguna dimensión como fortaleza e identificando la “dotación de personal” como una debilidad. Las discrepancias entre las diferentes unidades asistenciales confirman que la CSP es un fenómeno local específico. En la segunda fase, la percepción de las enfermeras ante un EA fue que éste afecta tanto al paciente (primera víctima) como a la enfermera (segunda víctima). La afectación en las enfermeras cuando se ha producido un incidente de SP la identificaron en síntomas emocionales, psicológicos y profesionales descritos por múltiples autores. Se identificaron factores que inciden en la SP y en la comunicación de EA, profundizando en aspectos revelados en la primera fase del estudio. En el proceso de integración de los resultados de ambas fases, los resultados cuantitativos fueron congruentes con los cualitativos, si bien el análisis cuantitativo reveló que existen deficiencias importantes en las diferentes dimensiones de la CSP, los resultados cualitativos aportaron información detallada sobre los factores que inciden en estas deficiencias y permitió profundizar en aspectos relacionados con la CSP.

Palabras clave: Calidad de la asistencia sanitaria, COVID-19, Cultura organizativa, Enfermeras, Factores de riesgo, Gestión de la seguridad, Método mixto, Seguridad del Paciente



ABSTRACT

Introduction: Health care is intended to benefit individuals, however, in hospital and highly specialised settings it can cause harm. Patient Safety (PS) is fundamental to quality healthcare, referring to the absence of preventable harm to a patient during the healthcare process and the reduction of the risk of unnecessary harm associated with such care to an acceptable minimum. In this context, the concept of Patient Safety Culture (PSC) encompasses the values, attitudes, norms, beliefs, practices, perceptions, competencies, policies, and behaviours of professionals that determine organisational commitment to quality and patient safety (PS).

Objectives: (1) To assess the PSC of Hospital nurses; (1.1) To determine the PSC of nurses in the different care areas; (1.2) To compare the PSC of Hospital nurses according to seniority in the centre, type of working day, work position, work shift and gender; (2) To describe the experience of Hospital nurses in the occurrence of adverse events (AE); (2.1) To explore nurses' perceptions of the occurrence of AE; (2.2) To identify the factors that nurses consider to impact on PSC; (2.3) To find out the elements that nurses relate to incident reporting; (2.4) To study nurses' perceptions of PS during the COVID-19 pandemic; and (3) To identify the factors that nurses consider to contextualise and impact on PSC.

Methodology: The design of this research is framed in a sequential explanatory mixed method. In the first phase, we addressed the general objective of assessing the PSC of hospital nurses using a descriptive method with a cross-sectional quantitative approach. In the second phase of the study, we set out to respond to the second general objective by exploring the nurses' meanings and perceptions of PSC based on their experiences using a qualitative approach. Finally, the findings of both phases were integrated in the interpretation and preparation of the study report to respond to the objective of the final phase of the study by identifying the factors that contextualise and influence PSC.

Results: In the first phase of the study the response rate was 100% (n=244), rating the PS climate at 6.69 ± 1.71 out of 10. The dimension "teamwork in the unit/service" was the best rated and more than 80% of respondents did not report any event in the last 12 months. Significant differences were founded in relation to the unit/service, seniority, work shift, job position and type of working day. In the qualitative phase, four focus groups and two in-depth interviews were conducted, and five themes or meta-categories emerged: one, the conceptualisation of PS and PSC; two, the nurses' experience of an AE; three, the factors influencing PS; four, the reporting of AE; and five, PS in relation to the COVID-19 pandemic. The Pillar Integration Process (PIP) was used to integrate the results of both phases, identifying 26 factors influencing nurses' PSC.



Conclusions: The results obtained in the first phase revealed that MH nurses perceive PSC insufficiently, without highlighting any dimension as a strength and identifying "Staffing" as a weakness. Variation between different healthcare units confirm that PSC is a specific local phenomenon. In the second phase, the nurses' perception of an AE was that it affects both the patient (first victim) and the nurse (second victim). Affect on nurses when a SP incident has occurred was identified in emotional, psychological, and professional symptoms described by multiple authors. Factors affecting SP and the communication of AE were identified, going deeper into aspects revealed in the first phase of the study. In the process of integrating the results of both phases, the quantitative results were congruent with the qualitative ones, although the quantitative analysis revealed that there are significant deficiencies in the different dimensions of PSC, the qualitative results provided detailed information on the factors that affect these deficiencies and allowed for a more in-depth analysis of aspects related to PSC.

Key words: COVID-19, Mixed method, Nurses, Organizational Culture, Patient Safety, Quality of Health Care, Risk Factors, Safety Management



INTRODUCCIÓN

“El primer requisito en un hospital es que no debes hacerles daño a los enfermos”

Florence Nightingale (1820-1910)



INTRODUCCIÓN

Las enfermeras recordamos las palabras frecuentemente citadas por Florence Nightingale (1859): “Primero no le hagas daño (al paciente)”. Al reflexionar sobre los fundamentos de una buena enfermería, Nightingale no tenía ninguna duda de que la responsabilidad moral, profesional e individual de las enfermeras era garantizar que los pacientes a su cargo no sufrieran daños involuntarios (Malone, 2004). También sabemos que la comprensión de Nightingale sobre la seguridad del paciente (SP) se extendía mucho más allá del comportamiento individual, el conocimiento y la habilidad de la enfermera (Young et al., 2011). Nightingale se refería a la prevención de accidentes siguiendo una sistemática establecida, independientemente de quien estuviera a cargo del paciente, probablemente haciendo referencia a lo que un siglo después se ha definido como Cultura de Seguridad del paciente (CSP) (Nightingale, 1859).

La SP es fundamental para una atención de salud de calidad. Las enfermeras se ocupan de la seguridad de los pacientes en todos los aspectos de los cuidados que prestan, pues son quienes permanecen mayor tiempo con los pacientes y pueden detectar fácilmente situaciones adversas relacionadas con los cuidados prestados por ellas mismas o por otros profesionales de la salud (International Council Of Nurses [ICN], 2012).

Según Donabedian (1984), “La calidad de la atención en salud consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de manera que rinda el máximo de beneficio para la salud, sin aumentar sus riesgos”. Si bien esa afirmación ha estado presente en las últimas décadas, en el momento actual la SP es un tema de preocupación e interés creciente y se encuentra en el centro del debate público debido a que los errores, eventos adversos o accidentes son causas primordiales de muertes, invalidez, desajustes económicos o juicios contra profesionales e instituciones.



1. MARCO TEÓRICO

“Hay algunos pacientes a los que no podemos ayudar, pero no hay ninguno al que no podamos dañar”

Arthur Bloomfield (1888-1962)



MARCO TEÓRICO

1.1. SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los cuidados de salud están destinados a beneficiar a las personas, sin embargo, en entornos hospitalarios y de alta especialización pueden causar daños. La compleja combinación de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituyen los sistemas modernos de prestación de servicios de salud alcanzan unos beneficios significativos a pesar de que, al mismo tiempo, implican un riesgo de *eventos adversos* (EA) que con demasiada frecuencia ocurren (World Health Organization [WHO], 2002).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe la Seguridad del Paciente (SP) como la ausencia de daños prevenibles a un paciente durante el proceso de atención sanitaria y la reducción del riesgo de daño innecesario asociado con dicha atención a un mínimo aceptable (WHO, 2019b).

Hablamos de *incidente* relacionado con la SP cuando se produce un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente. Se considera prevenible cuando podría haber sido evitable en las circunstancias particulares del caso. Los incidentes pueden tener su origen en actos intencionados o involuntarios. En este sentido es oportuno diferenciar lo que es un *error* de una *infracción*, entendiendo por error el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Por lo tanto, los errores son, por definición, involuntarios, mientras que las infracciones hacen referencia al desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos siendo consideradas como intencionadas, aunque raramente maliciosas, hasta convertirse en prácticas rutinarias y automáticas en algunos contextos (WHO, 2009).

En este punto cabe mencionar el concepto de *mala praxis*, también llamada *negligencia profesional*, que hace referencia a una conducta profesional incorrecta o incompetencia injustificada en el desempeño de un acto profesional. A menudo, el concepto de mala praxis se utiliza en un sentido más general para describir todos los actos de un profesional sanitario en el curso de la prestación de atención de salud, que pueden derivar en responsabilidad jurídica. La mala praxis no se considera un error, a pesar de poder ser consecuencia de un acto involuntario, pues, por definición, depende exclusivamente de la conducta incompetente del profesional y no de las circunstancias en que ha tenido lugar dicha conducta. Del mismo modo, el concepto de *negligencia* implica una práctica profesional de calidad inferior a la «práctica de referencia» que habría ejercido un profesional con la misma formación en circunstancias similares, que puede tener consecuencias legales y que no se considera un error involuntario (WHO, 2009).



Así, el *error o fallo humano* puede verse desde dos perspectivas distintas: desde un enfoque en la persona o desde un enfoque en el sistema. La larga y extendida tradición del *enfoque en la persona* se centra en los actos inseguros de las personas que se encuentran involucradas en el proceso: enfermeras, médicos, cirujanos, anestesistas, farmacéuticos y similares. Considera que estos actos inseguros (errores y violaciones de procedimiento) surgen principalmente de procesos mentales aberrantes como el olvido, la falta de atención, la falta de motivación, el descuido, la negligencia y la imprudencia. Naturalmente, las contramedidas asociadas están dirigidas principalmente a reducir la variabilidad no deseada en el comportamiento humano. Estos métodos incluyen campañas que apelan al sentimiento de miedo de los profesionales, medidas disciplinarias, amenaza de litigio, reentrenamiento, nombrar, culpar y avergonzar.

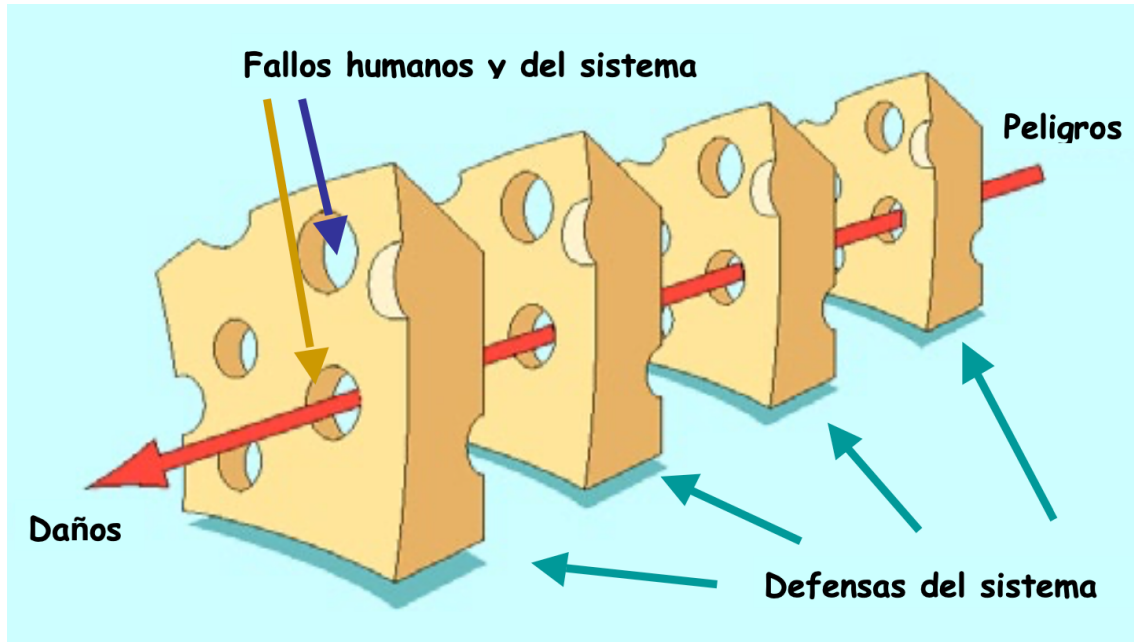
En cambio, en el *enfoque centrado en el sistema*, se considera que el ser humano es falible y se esperan errores incluso en las mejores organizaciones. Los errores se ven como consecuencias más que como causas, y tienen su origen no tanto en la naturaleza humana sino en factores sistémicos. El error es visto como una oportunidad de mejora del sistema. Las contramedidas se basan en la suposición de que, aunque no podemos cambiar la condición humana, podemos cambiar las condiciones en las que trabajan los seres humanos. Este enfoque se centra en reconocer que los incidentes se producen porque existen fallos en el sistema y no por la incompetencia o errores de los individuos. Trata de mejorar la seguridad modificando los procesos, los procedimientos y el entorno en que trabajan los profesionales, además de la formación y la competencia de los mismos (Reason, 2000).

Este enfoque sistémico se basa en el modelo del “queso suizo” propuesto por Reason (2000) para describir las causas de la producción de accidentes y la manera de evitarlos. Una idea central es la existencia de defensas en el sistema. Cuando ocurre un evento adverso, lo importante no es quién cometió el error, sino cómo y por qué fallaron las defensas del sistema, porqué se produjo dicho error. Los sistemas de alta tecnología tienen muchas barreras defensivas: algunas están diseñadas (alarmas, barreras físicas, apagados automáticos, etc.), otras dependen de las personas (cirujanos, anestesistas, enfermeras, etc.) y otras dependen de procedimientos y controles administrativos. Su función es proteger a las víctimas potenciales de los peligros latentes. En su mayoría, lo hacen de manera muy efectiva, pero siempre hay debilidades. En un mundo ideal, cada barrera defensiva estaría intacta, siempre funcionaría. En la realidad, sin embargo, son más como rebanadas de un queso suizo, con muchos agujeros, aunque a diferencia del queso, estos agujeros se abren, cierran y cambian continuamente de ubicación, pues la complejidad del sistema y los cambios en el mismo, requieren de una revisión y adaptación de estas barreras defensivas. La presencia de agujeros en cualquier “rebanada” normalmente no causa un daño al paciente. Sin embargo, esto puede suceder cuando los agujeros en muchas “capas” se alinean momentáneamente para



permitir una trayectoria de oportunidad de accidente, sorteando todas las defensas del sistema, lo que hace que los peligros entren en contacto dañino con las víctimas (Figura 1).

Figura 1. Representación gráfica del modelo del “queso suizo” de Reason



Fuente: Google imágenes, 2022

Errar es humano, y esperar un rendimiento impecable de personas que trabajan en entornos complejos y muy estresantes no es realista. Para evitar que las personas cometan errores hay que situarlas en un entorno a prueba de errores en el que los sistemas, las tareas y los procesos estén bien diseñados. Por tanto, es necesario centrarse en el sistema que permite que se produzca el daño para que haya una mejora (WHO, 2019a).

Un *evento* es algo que le ocurre a un paciente o que le atañe y lo definimos como *adverso* cuando supone un daño para la persona. En este contexto, entendemos el concepto de SP como la reducción del riesgo de sufrir daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de suministrar otro (WHO, 2009).

El concepto de riesgo en SP se refiere a la probabilidad o frecuencia con la que se puede producir un incidente teniendo en cuenta la gravedad del daño que consigue causar al paciente. De este modo, existen clasificaciones del riesgo que, teniendo en cuenta ambos factores, definen el riesgo como muy bajo, bajo, moderado, alto y extremo (ver Figura 2).



Figura 2. Matriz de riesgos en SP

	Muy infrecuente, sólo ocurre en circunstancias excepcionales	Poco frecuente, puede ocurrir una vez entre 2 y 5 años	Posible, puede ocurrir 1 o 2 veces al año	Probable, puede ocurrir varias veces al año	Frecuente, puede ocurrir cada pocas semanas o meses
Circunstancia notificable	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo	Bajo	Bajo
Error que no llega al paciente	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo	Bajo	Bajo
Llega al paciente, pero no produce ningún daño	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Moderado
EA que requiere observación	Bajo	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado
EA con daños temporales	Moderado	Moderado	Alto	Alto	Alto
EA que precisa hospitalización	Moderado	Moderado	Alto	Alto	Alto
EA con daños permanentes	Moderado	Alto	Alto	Extremo	Extremo
EA que provoca situación crítica	Moderado	Alto	Alto	Extremo	Extremo
EA que provoca la muerte	Extremo	Extremo	Extremo	Extremo	Extremo

Fuente: elaboración propia en base a SNISP.Cat (Generalitat de Catalunya, 2021a)



Algunas de las situaciones más preocupantes en relación con la seguridad del paciente son: los errores de medicación, las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, los procedimientos quirúrgicos poco seguros, las prácticas de inyección poco seguras en algunos entornos de atención sanitaria, los errores diagnósticos, las prácticas de transfusión poco seguras, los errores de irradiación, la septicemia causada por infecciones resistentes a los antibióticos, las tromboembolias venosas y las caídas en pacientes hospitalizados (WHO, 2019a).

Los principales objetivos internacionales de SP engloban (Joint Commission on Accreditation of healthcare [JCAHO], 2019):

1. La identificación inequívoca del paciente
2. La eficacia de la comunicación entre los profesionales
3. La seguridad en el uso de medicamentos
4. Prevenir la infección asociada a la atención sanitaria
5. Reducir el daño asociado a caídas accidentales
6. Prevenir los errores en la cirugía

Cuando consideramos qué profesionales están implicados en el cuidado de un paciente que atraviesa las puertas de un hospital, generalmente pensamos en enfermeras, médicos y personal clínico. Pero en el proceso de atención a un paciente se involucran todos los actores (visibles e invisibles) que intervienen en ese proceso, desde administrativos, personal de servicios auxiliares, farmacéuticos, técnicos informáticos y personal de limpieza, entre otros. Todos estos actores sanitarios están implicados y son responsables de la SP, aunque sin duda el papel de la enfermera tiene una especial relevancia. Muchas veces su desempeño profesional, relacionado con las actividades de atención directa en la cabecera de la cama y su compromiso demostrado con las conductas de seguridad del paciente, es trascendental para prevenir errores o detectarlos antes de que causen daño al paciente, debido al lugar y tiempo que ocupan las enfermeras en el cuidado de los pacientes (Wakefield et al., 2010). Además, tal y como describe el Código Ético de la Profesión Enfermera en Catalunya, los valores enfermeros y el compromiso ético incluyen la seguridad de la persona atendida (Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya [CCIIC], 2013).

A continuación, se muestra una tabla con los principales términos y acrónimos relacionados con la SP (Tabla 1).



Tabla 1. Definición operacional de términos y acrónimos

SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP)	Reducción del riesgo de sufrir daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable
RIESGO	Probabilidad de que se produzca un incidente
INCIDENTE	Circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó daño innecesario a un paciente
CUASI-INCIDENTE	Incidente que no alcanza al paciente
INCIDENTE CON DAÑOS o EVENTO ADVERSO (EA)	Incidente que causa daño al paciente
INCIDENTE SIN DAÑOS	Incidente que alcanza al paciente, pero no le causa ningún daño apreciable
ERROR	El hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto
INFRACCIÓN	Desvío deliberado de las normas
MALA PRAXIS	Conducta profesional incorrecta o incompetencia injustificada en el desempeño de un acto profesional
NEGLIGENCIA	El hecho de no proceder con la diligencia, la prudencia o la competencia ordinaria, razonable, habitual o esperable (que aplicarían habitualmente otros profesionales sanitarios acreditados al tratar a pacientes similares) en el desempeño de una obligación legalmente reconocida
DAÑO	Alteración estructural o funcional del organismo y/o todo efecto perjudicial derivado de ella. Los daños comprenden las enfermedades, las lesiones, los sufrimientos, las discapacidades y la muerte, y pueden ser físicos, sociales o psicológicos.
GRADO DE DAÑO	La gravedad, la duración y las repercusiones terapéuticas del daño derivado de un incidente
FALLO DEL SISTEMA	Defecto, interrupción o disfunción en los métodos operativos, los procesos o las infraestructuras de una organización

Fuente: elaboración propia en base al Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la SP (2009)



1.2. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El concepto de Cultura de Seguridad del Paciente (CSP), engloba los valores, actitudes, normas, creencias, prácticas, percepciones, competencias, políticas y comportamientos de los profesionales que determinan el compromiso organizacional con la calidad y la seguridad del paciente (Pronovost & Sexton, 2005; JCAHO, 2019). Así mismo, *The Health and Safety Commission of Great Britain* define la CSP como “El conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos tanto individuales como de grupo, que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de los programas de salud y seguridad de una organización para disminuir los riesgos y daños al paciente” (Pérez-Castro Vázquez et al., 2014).

Para la profesión enfermera, la CSP es el resultado de valores y creencias compartidos sobre la SP que surgen de la interacción dinámica entre personas, tareas y sistemas (Feng et al., 2008). Autores como Aiken et al. (2017) han demostrado que los hospitales con una tasa de enfermería más alta se desempeñan mejor en la SP, y la probabilidad de mortalidad de los pacientes aumenta en relación con la carga de trabajo promedio por enfermera en el hospital (Aiken et al., 2017; Diya et al., 2012; Tourangeau et al., 2007).

Las organizaciones de alta confiabilidad son los principales ejemplos de una CSP con un enfoque en el sistema. Para estas organizaciones, la búsqueda de la seguridad no se trata tanto de prevenir fallas aisladas, ya sean humanas o técnicas, como de hacer que el sistema sea lo más robusto posible frente a sus peligros humanos y operativos. Una cultura de seguridad que respalda plenamente la alta confiabilidad tiene tres atributos centrales: confiar, informar y mejorar (Reason & Hobbs, 2003). Los trabajadores muestran suficiente confianza en sus compañeros y en la dirección de la organización para reconocer y notificar errores y condiciones inseguras de forma rutinaria. Esta confianza se establece cuando la organización elimina el comportamiento intimidatorio que no favorece la comunicación de errores, actúa de manera oportuna para solucionar los problemas informados por los trabajadores y comunica estas mejoras de manera consistente a las personas que notificaron los problemas en primer lugar. Esa comunicación, a su vez, refuerza la confianza que dio lugar a los informes y fomenta una mayor identificación y notificación de problemas aún más allá del daño que se hubiera podido producir.

Las organizaciones con una CSP positiva se caracterizan por comunicaciones basadas en la confianza mutua, por percepciones compartidas de la importancia de la seguridad y por la confianza en la eficacia de las medidas preventivas (Halligan & Zecevic, 2011).

Teniendo en cuenta que la comunicación de incidentes facilita la identificación de problemas prevenibles y mejorar la SP, los gobiernos, organizaciones e instituciones han



invertido enormes recursos financieros, de personal y de tiempo para establecer sistemas de notificación de incidentes con el fin de identificar y remediar las amenazas a la SP (Beckmann et al., 2003; Dovey & Wallis, 2011).

Aun así, el reporte de errores en un sistema de notificación no es suficiente para mejorar la seguridad del paciente si este no va acompañado de aspectos intrínsecos a la cultura de seguridad tales como el aprendizaje y la resiliencia (Guttman et al., 2019). El éxito de un sistema de notificación de incidentes se acompaña de una cultura de seguridad, en la que los profesionales reciban apoyo para identificar e informar errores sin amenaza de acción punitiva o culpa, donde haya feed-back en la comunicación y en un entorno de aprendizaje sensible y confidencial, que aumente la participación del personal con la divulgación de errores (Evans et al., 2006; Howell et al., 2015; Rea & Griffiths, 2016).

Los pacientes que sufren un EA constituyen las primeras víctimas. El estudio de las consecuencias profesionales y emocionales en los profesionales de la salud que se ven involucrados en los EA había pasado desapercibido hasta que, en el año 2000, Wu describiera el término “segunda víctima”. Haciendo referencia al impacto en los profesionales que están involucrados en un evento adverso, se refiere a que el profesional se convierte en víctima en el sentido de que está traumatizado por el evento (Wu, 2000).

Así, cuando ocurre un EA encontramos tres tipos de víctimas: la primera víctima es el paciente y las personas de su entorno, la segunda víctima es el profesional o profesionales involucrados en el evento, y la tercera víctima es la institución u organización sanitaria, que también se ve involucrada en el mismo y puede sufrir consecuencias tales como la pérdida de reputación o prestigio (Mira et al., 2015).



1.3. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

El problema de los EA en la atención sanitaria se remonta a mediados del siglo XX. El Informe del año 2001 de la Secretaría de la OMS de la 109ª reunión de los países miembros ya señalaba que “el problema de los eventos adversos en la atención sanitaria no es nuevo. Ya en los decenios de 1950 y 1960 algunos estudios dieron cuenta de ellos, pero casi no se prestó atención al tema” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001).

En la década de los '90 empezó a disponerse de estudios científicos que evaluaban la magnitud de los eventos adversos. Así, en 1991 el Harvard Medical Practice Study publicó la incidencia estimada de eventos adversos en Nueva York en 1984 mediante el estudio interdisciplinario de litigios por lesiones médicas y negligencia (Brennan et al., 1991). Investigaciones posteriores en Australia, los Estados Unidos de América y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, aportaron más datos asegurando que los EA podían prevenirse con una adecuada gestión del riesgo (OMS, 2001).

Fue en el año 1999, cuando el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América publicó su informe “To err is human: Building a safer health system”, colocando el tema en la cabecera de los programas políticos y en el centro del debate público en todo el mundo (Kohn & Corrigan, 1999). Este informe afirma que entre 44.000 y 98.000 personas morían cada año en los hospitales estadounidenses como consecuencia de errores que podrían haberse evitado, por encima de las cifras de mortalidad por accidentes de tráfico, cáncer o SIDA (Kohn & Corrigan, 1999).

En el año 2004, la OMS puso en marcha la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMSP) con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo (OMS, 2017). Su creación destaca la importancia que a nivel internacional ha adquirido la cuestión de la seguridad del paciente. De entre los diversos objetivos que la AMSP planteó, destacamos: diseñar y establecer sistemas para informar y notificar sucesos adversos con el fin de aprender de la experiencia e implementar prácticas seguras y recomendadas por el Sistema Nacional de Salud; promover la investigación en SP y la difusión de sus resultados, así como alentar la participación de los pacientes y de la población en el desarrollo de políticas enfocadas al incremento de la SP (WHO, 2002).

Posteriormente en España, otros estudios realizados sobre los EA ligados a la atención sanitaria, pusieron de manifiesto que más del 40% (Ministerio de Sanidad y Consumo [MSCBS], 2006) y hasta el 70% (MSCBS, 2008a) de los EA, eran evitables. Las incidencias de pacientes con EA relacionadas con la asistencia hospitalaria fue del 8,4% y del 9,3% relacionadas con la asistencia sanitaria en atención primaria (MSCBS, 2006). En Cataluña



concretamente, un estudio realizado en 2013, identificó un porcentaje de 7,4% de EA e incluso más del 40% como prácticas asistenciales adversas consideradas *evitables* (Bañeres et al., 2014).

A tenor estos datos de incidencia de EA encontrados en España, cabe esperar que hasta un 15% de la plantilla de profesionales de la salud se vea involucrada anualmente en algún EA, lo que supone un número de profesionales mucho más importante de lo que inicialmente se creía (Aranaz et al., 2013).

Ante la dimensión global asumida por la SP en las agendas políticas, el *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya* impulsó, en el año 2005, la creación de la Alianza para la SP en Cataluña con el objetivo de involucrar a todos los grupos de interés en la promoción de la seguridad (Generalitat de Catalunya, 2015). En el año 2009, ante la necesidad de alinear las estrategias de SP en todo el territorio, el *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya* creó el Servicio de Promoción de SP estructurado en dos unidades básicas: la Unidad Funcional de SP i la Unidad Funcional de Evaluación e investigación en Calidad Asistencial (Generalitat de Catalunya, 2015).

En el marco de la Alianza para la SP en Cataluña, se han promovido proyectos multicéntricos en seguridad de los pacientes y se han llevado a cabo, hasta ahora, diversas iniciativas que han permitido alcanzar unos resultados bastante significativos en los aspectos que han sido objeto de mejora.

El Pla Estratègic para la SP en Catalunya, define 6 líneas estratégicas sobre SP en atención sanitaria, siendo la primera de ellas la Promoción de la CSP en los centros de salud (Generalitat de Catalunya, 2015). Además, el Pla de Salut de Catalunya en sus objetivos 2020, da mayor énfasis que en ediciones anteriores a la SP, definiendo como uno de sus 12 elementos estratégicos la atención sanitaria segura y la promoción de la CSP en los centros sanitarios (Generalitat de Catalunya, 2016).

Actualmente hay varios proyectos puestos en marcha en seguridad de los pacientes en Cataluña, en los que participan aproximadamente 100 centros de diferentes ámbitos y más de 700 profesionales directamente implicados en estos proyectos, entre los que destacan:

1. Prevención de la infección nosocomial hospitalaria a través de estrategias de higiene de las manos
2. Identificación inequívoca de pacientes
3. Bacteriemia cero asociada a catéteres
4. Neumonía cero asociada a la ventilación mecánica en las UCI
5. Prácticas seguras en la prevención de caídas de pacientes
6. Prevención de la infección quirúrgica



7. Prevención de incidentes en cirugía (procedimiento correcto del sitio correcto)
8. Prácticas seguras en la evaluación anestésica preoperatoria
9. Promoción de la instauración de programas de conciliación de la medicación en pacientes hospitalizados
10. Uso de herramientas de soporte a la prescripción segura de medicamentos
11. Implantación del consentimiento informado

Además de estos proyectos, existe un abordaje integral de la seguridad en los centros hospitalarios y en los equipos de atención primaria que consiste en el diseño, evaluación y mejora de pautas de buena gestión de seguridad en diversas áreas clínicas, como son urgencias, áreas quirúrgicas, unidades de cuidados intensivos (UCI) y unidades de hospitalización, entre otras (Generalitat de Catalunya, s. f.).

A pesar de que las estrategias para mantener o mejorar la seguridad del paciente ponen el enfoque en los pacientes afectados, múltiples programas de atención a las “segundas víctimas” se han ido desarrollando en diversas instituciones en los últimos años (Seys et al., 2013). Con ello, se ha demostrado claramente que la cultura de seguridad influye directamente en el cuidado de la salud de las segundas víctimas, es decir, de los profesionales que están afectados por el evento (Schiess et al., 2018).

La CSP se considera hoy en día una prioridad en cualquier sistema sanitario, pues estudios más recientes concluyen que sigue habiendo una alta incidencia de muertes prevenibles (3-8%), que las medidas de seguridad implantadas actualmente no son suficientes para evitarlas y que el error médico sigue siendo la tercera causa más común de muerte en EEUU (Hogan et al., 2014; Makary & Daniel, 2016).

En mayo de 2019, los 194 estados miembros de la OMS en la 72a Asamblea Mundial de la Salud, apoyaron el establecimiento del Día Mundial de la Seguridad del Paciente, que se conmemora anualmente el 17 de septiembre, hecho que pone de relieve la importancia internacional que ha adquirido el tema de la SP (WHO, 2019b).



1.4. SEGURIDAD DEL PACIENTE DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

El 30 de enero de 2020, la OMS declaró que el brote de COVID-19 era una emergencia de salud pública de importancia internacional (WHO, 2020a). A pesar de la rigurosa contención global con esfuerzos de vacunación y cuarentena, la incidencia de COVID-19 continúa aumentando, con más de cinco millones de muertes en diciembre de 2021 en todo el mundo (WHO, 2021b). Por lo tanto, la COVID-19 presenta un gran desafío de salud pública en todo el mundo y un desafío para la SP que ha cobrado especial importancia durante esta pandemia.

En esta situación de pandemia podemos destacar aspectos positivos para la SP, pues ha puesto de manifiesto las necesidades de mejora en la SP y la importancia de estrategias como la higiene de manos y las medidas higiénicas en general (Wu, 2020). Sin embargo, debemos tener en cuenta algunos factores que influyen negativamente en la SP y aumentan el riesgo de errores y omisiones, como el aumento de la carga de trabajo por paciente (Lumley et al., 2020), la falta de recursos (Morley et al., 2020), y algunas de las iniciativas de los sistemas sanitarios para afrontar la crisis que incluyen reclutar estudiantes de enfermería y medicina (Tingle, 2020c). Todos estos factores, así como el aumento de la carga de trabajo por paciente y la falta de recursos, influyen negativamente en la SP y aumentan el riesgo de errores y omisiones (Lumley et al., 2020; Morley et al., 2020). Todo ello confirma que se deben mantener los esfuerzos para desarrollar e inculcar una cultura arraigada de SP (Tingle, 2020a).

Algunos de los datos obtenidos sobre cómo ha afectado la pandemia a los profesionales sanitarios indican que aproximadamente el 98% de los profesionales presentó algún síntoma compatible con segundas víctimas (Fundación por la Investigación, Docencia e Innovación por la Seguridad del Paciente [FIDISP], 2020). En el colectivo de enfermería la seguridad de las enfermeras, pacientes, colegas y familias; la asignación de recursos escasos; y la naturaleza cambiante de las relaciones de las enfermeras con los pacientes y sus familias, probablemente han afectado a las enfermeras a nivel mundial de forma única, convirtiéndolas en segundas víctimas de esta pandemia (Morley et al., 2020).



2. JUSTIFICACIÓN

“El conjunto de la ciencia no es más que la depuración del pensamiento cotidiano”

Albert Einstein, 1936



2. JUSTIFICACIÓN

2.1. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

En el Plan de Seguridad de la Fundació Sanitària Mollet (FSM) se han incluido las líneas estratégicas establecidas por el Departament de Salut, desarrollando los proyectos específicos de SP, la evaluación de resultados, así como la formación de profesionales y pacientes (Reyes-Ramos & Ferrer-Tarrés, 2016). El impulso de la cultura de SP es el eje específico sobre el que se despliegan todos los demás.

Un elemento considerado estratégico en la promoción de la Cultura de Seguridad es el *Sistema de Notificación y Gestión de Incidentes*, implantado en toda Catalunya, y por ende en la FSM, a partir del 2014 y rediseñado en el 2021, con el objetivo de recoger la información de incidentes relacionados con la SP del ámbito sanitario proporcionada por los profesionales, analizarla y gestionarla para facilitar el aprendizaje de la experiencia y mejorar la seguridad en la práctica diaria (Generalitat de Catalunya, 2021b).

En el año 2021, la acreditación por la Joint Commission International (JCAHO) con su sello de oro ha corroborado el compromiso por la calidad y la SP de la FSM. Esta acreditación evalúa diferentes áreas y procesos como los objetivos internacionales de SP, la evaluación de la atención de los pacientes, la anestesia, la atención quirúrgica, la gestión del medicamento, la educación del paciente y la familia, el control y prevención de infecciones, la gestión de instalaciones y la formación y calificación de los profesionales, entre otros (Fundació Sanitària Mollet [FSM], 2021). En los últimos años, se han desarrollado numerosos programas en relación con la SP y en línea con los criterios y principios del Modelo EFQM de Excelencia de la European Foundation for Quality Management (European Foundation for Quality Management [EFQM], 2019). Así mismo, las enfermeras han liderado gran parte de estos programas y han asumido un papel relevante en el Plan de SP (Reyes-Ramos & Ferrer-Tarrés, 2016).

En base a este modelo de mejora continua de la calidad y la seguridad, se evalúan periódicamente los resultados en SP. Esta evaluación se realiza en base a los indicadores del Cuadro de Mando elaborado por la Unidad Funcional de Evaluación e Investigación en Calidad Asistencial del Departament de Salut. Se monitorizan los resultados en SP relacionados con 26 áreas diferentes que incluyen la prevención de infecciones nosocomiales, caídas, úlceras por presión, errores relacionados con la identificación inequívoca del paciente, transfusiones de sangre, cirugía segura, gestión de medicamentos, entre más de 70 indicadores (Tabla 2).

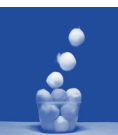


Tabla 2. Resultados en una selección de indicadores de SP de relevancia en Hospital de Mollet-Barcelona (2020)

INDICADOR	RESULTADOS 2020
Cumplimiento en higiene de manos	63%
Adecuación de la profilaxis antibiótica en la intervención quirúrgica	70%
Bacteriemia por <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a la meticilina	0,16‰
Valoración del riesgo de caída	93%
Tasa de caídas	3,46‰
Valoración del riesgo de úlceras por presión	96%
Pacientes con úlceras nosocomiales	0%
Grado de cobertura en la identificación inequívoca de pacientes	97%
Transfusiones erróneas por identificación errónea	0%
Grado de implementación de la lista de verificación quirúrgica	74%
Pacientes con infección de la herida quirúrgica	2,5%
Numero de errores de medicación con daño al paciente	4

Fuente: elaboración propia

Sin embargo, uno de los indicadores que no se había evaluado todavía en nuestro centro es la CSP de los profesionales (MSCBS, 2008b), y creíamos que era importante valorarla, pues es sabido que hay relación entre la deficiencia de la misma y la alta incidencia de EA (Mardon et al., 2010).

A pesar de su importancia, poco se conoce de los factores asociados a este componente organizacional y los aspectos clave que deben ser priorizados para su mejora (Halligan & Zecevic, 2011). Hay pocos estudios concluyentes sobre la relación entre cultura de seguridad deficiente y la alta incidencia de errores o EA (Singer et al., 2009), pero se sabe que este es un factor que contribuye a su ocurrencia (Karenly da Silva et al., 2016).

Uno de los objetivos estratégicos del Plan de acción mundial para la SP 2021-2030 es desarrollar y mantener una cultura de respeto, apertura y transparencia que promueva el aprendizaje, no la culpa y la retribución, dentro de cada organización que brinda atención al paciente (WHO, 2021a).

Así, se planteó el objetivo de analizar la cultura en torno a la SP de las enfermeras del hospital, aspirando a conocer la CSP de las enfermeras del Hospital de Mollet (HM), comprobar si es la misma en las diferentes áreas asistenciales y si existe correlación entre las dimensiones del Cuestionario sobre SP¹ y las variables personales y profesionales.

Por otro lado, también se pretendió profundizar en los significados e historias vividas por las enfermeras ante un mismo hecho, así como conocer el efecto y las consecuencias ocurridas tras un evento de esta naturaleza a las posibles segundas víctimas.

¹ Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del "Hospital Survey on Patient Safety" (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005)



Durante el desarrollo de la segunda fase de este proyecto estalló la pandemia COVID-19. A pesar de las múltiples propuestas sobre qué hacer una vez superada la primera ola de COVID-19 y con todo lo aprendido, así como a los planteamientos en relación con la SP (Tingle, 2020b), un año después de la primera ola vivida en España, no se había analizado la percepción de las enfermeras sobre los factores que incidieron en la SP durante la primera ola y si estos persistían un año después, por lo que se propuso explorar también las experiencias de las enfermeras relacionadas con los factores que pueden afectar a la SP durante la pandemia. De este modo, se pretende conocer en profundidad las percepciones de las enfermeras sobre la SP y los factores vinculados a ella durante el periodo más crítico de la pandemia de COVID-19 hasta un año después.

2.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuál es la CSP de las enfermeras del HM?
2. ¿La CSP es la misma o diferente para todas las enfermeras del hospital?
3. ¿Cuáles son las vivencias de las enfermeras del HM ante un error o EA?
4. ¿Qué elementos consideran las enfermeras que inciden en la CSP?
5. ¿Cómo han experimentado las enfermeras la pandemia en relación con la SP?
6. ¿Qué factores contextualizan la CSP de las enfermeras?



3. OBJETIVOS

“No hay ningún viento favorable para el que no sabe a qué puerto se dirige”

Arthur Schopenhauer (1788-1860)



3. OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo es analizar la percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente (CSP) de las enfermeras del Hospital de Mollet (HM).

3.1. Objetivo general de la fase I

Valorar la CSP de las enfermeras del HM.

3.2. Objetivos específicos de la fase I

3.2.1. Determinar la CSP de las enfermeras en las diferentes áreas asistenciales del HM.

3.2.2. Comparar la CSP de las enfermeras del HM según la antigüedad en el centro, el tipo de jornada, la posición laboral, el turno de trabajo y el sexo.

3.3. Objetivo general de la fase II

Describir la experiencia de las enfermeras del HM ante la aparición de eventos adversos (EA).

3.4. Objetivos específicos de la fase II

3.4.1. Explorar las percepciones de las enfermeras ante la aparición de EA.

3.4.2. Identificar los factores que las enfermeras consideran que inciden en la CSP.

3.4.3. Conocer los elementos que las enfermeras relacionan con la notificación de incidentes.

3.4.4. Estudiar la percepción de las enfermeras en relación con la SP durante la pandemia COVID-19.

3.5. Objetivo de la fase final del estudio

Identificar los factores que contextualizan e inciden en la CSP de las enfermeras.



4. METODOLOGÍA

*“Cuando se viaja en pos de un objetivo, es muy importante prestar atención al Camino.
El Camino es el que nos enseña la mejor forma de llegar y nos enriquece mientras lo
estamos cruzando”*

Paulo Coelho, 2010



4. METODOLOGÍA

Este capítulo incluye la descripción del enfoque metodológico, el diseño del método mixto utilizado, el ámbito del estudio, el rigor científico y el compromiso ético contemplados en el desarrollo de la investigación.

4.1. FUNDAMENTACIÓN, DISEÑO Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.1. ENFOQUE METODOLÓGICO

El enfoque metodológico de esta investigación tiene la finalidad de dar la respuesta más adecuada a los objetivos generales y específicos de diferente naturaleza que están planteados en el mismo, como en toda investigación, pero, al mismo tiempo, viene marcado por la búsqueda de una respuesta más profunda a la realidad estudiada. Se decidió emplear una metodología multimétodo con una aproximación cuantitativa y cualitativa con el fin de obtener la complementariedad de ambos métodos para un análisis más amplio del objeto de estudio.

El enfoque de base para el trabajo que combina métodos cualitativos y cuantitativos se denomina “enfoque pragmático” (Morgan, 2007). Está orientado a los resultados, se centra en el producto de la investigación, está interesado en determinar el significado de las cosas, basado en la teoría crítica, el postpositivismo y en los enfoques participativos como el constructivismo. Se caracteriza por un énfasis en la comunicación y la creación de significados compartidos con el fin de crear soluciones prácticas a los problemas estudiados (Shannon-Baker, 2016). Este enfoque se basa en la creencia de que las teorías pueden ser tanto contextuales como generalizables, al analizarlas en busca de “transferibilidad” a otra situación. El investigador pragmático es igualmente capaz de mantener tanto la subjetividad en sus propias reflexiones sobre la investigación como la objetividad en la recopilación y análisis de datos dando una importancia primordial a la pregunta de investigación (Hernández Sampieri et al., 2010; Tashakkori & Teddlie, 2010)

En una aproximación básica al objeto de estudio, este se podría definir como la búsqueda del significado de la Cultura de Seguridad del Paciente (CSP) para las enfermeras del Hospital de Mollet relacionada con sus propias experiencias.

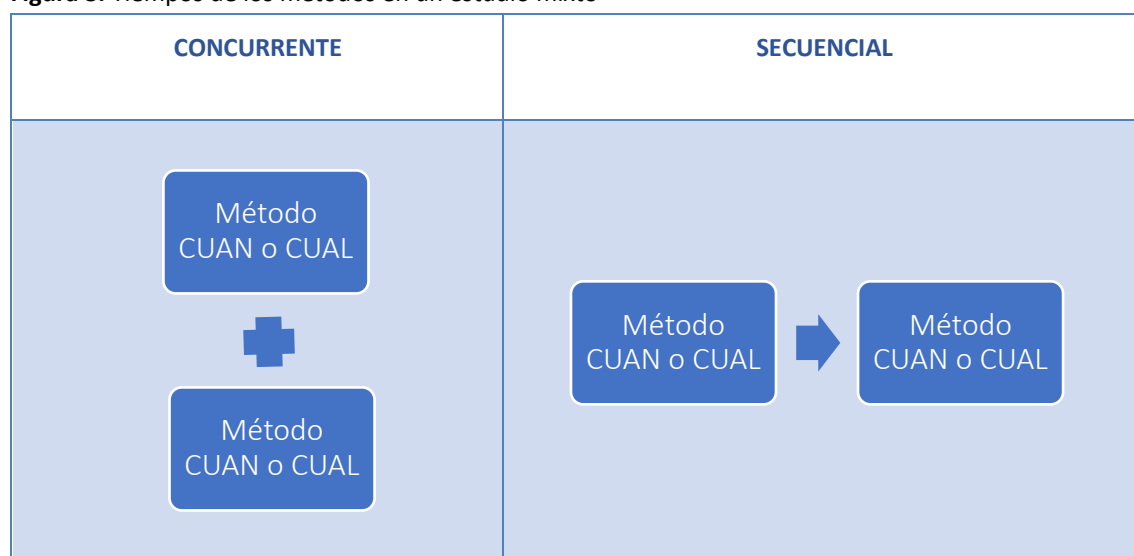


4.1.2. LOS MÉTODOS MIXTOS DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación se enmarca en una metodología mixta. Basado en el enfoque pragmático, el método mixto plantea al investigador a elegir la combinación de métodos o procedimientos que necesita para responder mejor a su pregunta de estudio (R. B. Johnson & Onwuegbuzie, 2004).

Se denomina método mixto al diseño de aquellos estudios que incluyen una fase cuantitativa y una cualitativa en una única investigación. Realmente no hay un proceso mixto, sino que se trata de un estudio híbrido donde concurren diversos procesos. Se podría decir que es similar a la realización de un miniestudio cuantitativo (CUAN) y un mini estudio cualitativo (CUAL), denominados fases, en un estudio de investigación general. Estas fases se pueden realizar simultáneamente (de tipo concurrente) o una después de la otra (de tipo secuencial), dependiendo del propósito central de la integración de los datos cuantitativos y cualitativos (Figura 3). Por otro lado, el investigador puede creer conveniente operar dentro de una metodología dominante (cualitativa o cualitativa) o no (dando la misma prioridad a ambos componentes). No obstante, para que se considere un diseño de método mixto, los hallazgos deben mezclarse o integrarse en algún momento (Hernández-Sampieri et al., 2014) (Figuras 4 y 5).

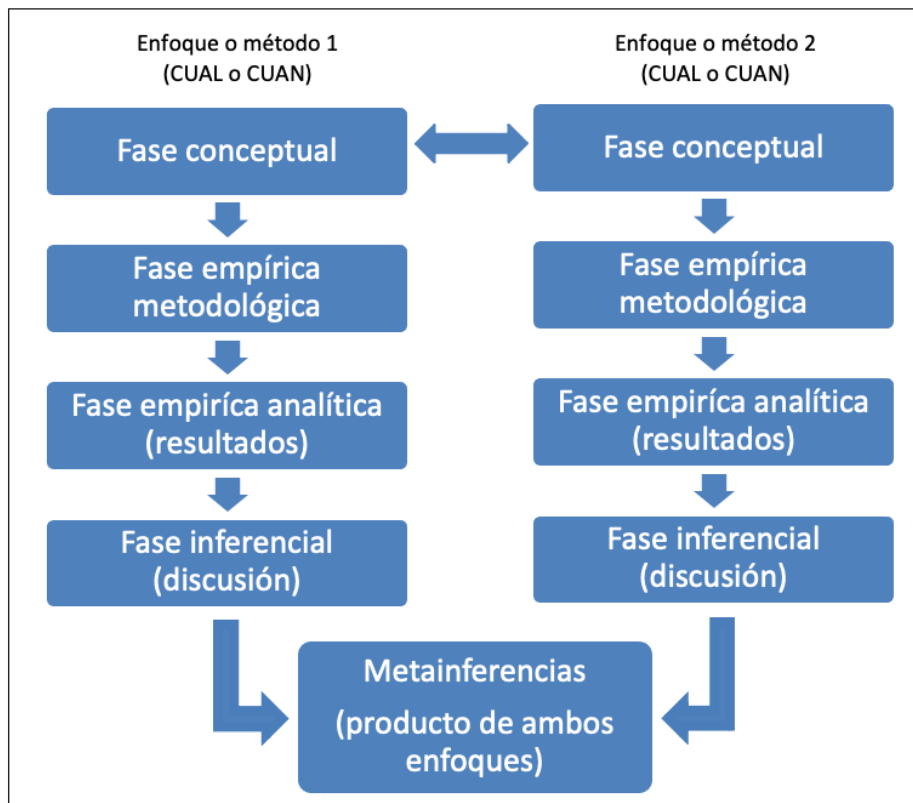
Figura 3. Tiempos de los métodos en un estudio mixto



Fuente: elaboración propia en base a Hernández, Fernández y Baptista, 2010

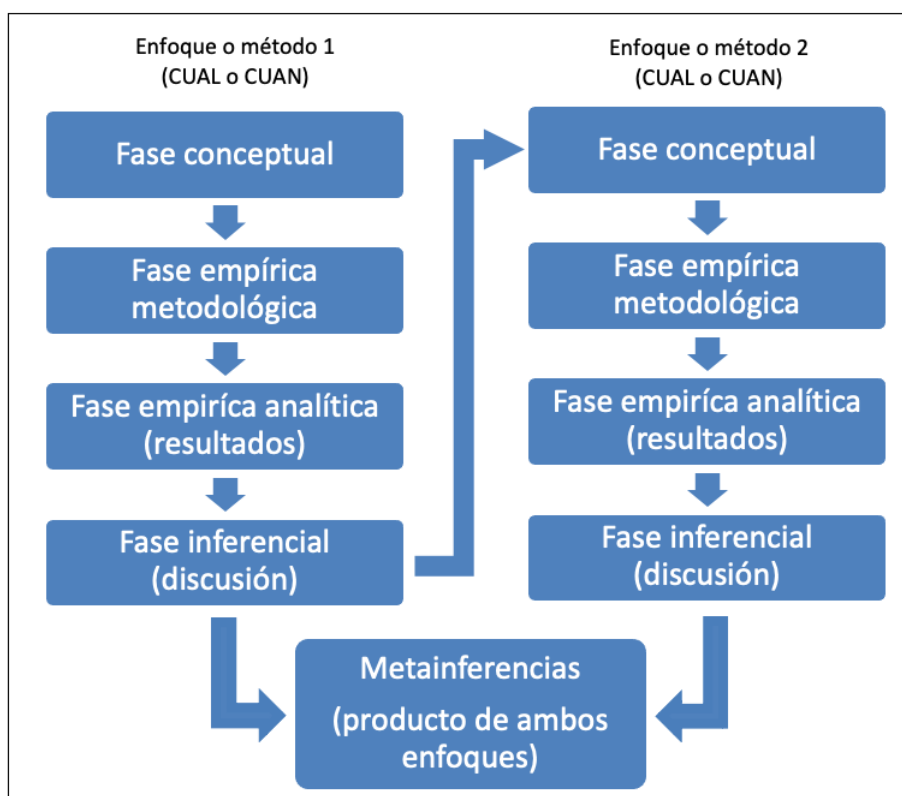


Figura 4. Procesos de los diseños mixtos concurrentes

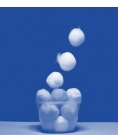


Fuente: elaboración propia en base a Hernández, Fernández y Baptista, 2010

Figura 5. Procesos de los diseños mixtos secuenciales



Fuente: elaboración propia en base a Hernández, Fernández y Baptista, 2010



La meta de la investigación mixta no es reemplazar a la investigación cuantitativa ni a la investigación cualitativa, sino utilizar las fortalezas de ambos tipos de indagación combinándolas y tratando de minimizar sus debilidades potenciales (Hernández Sampieri et al., 2014; R. B. Johnson & Onwuegbuzie, 2004). Los estudios mixtos son mucho más que reportar las dos “ramas” de la investigación (cuantitativa y cualitativa), deben —además— vincularlas y conectarlas analíticamente (Bryman, 2007). De este modo, las conclusiones obtenidas de ambos métodos se integran para proveer de una mayor comprensión el planteamiento objeto de estudio (Tashakkori & Creswell, 2007).

La vinculación de ambos métodos se produce de varias formas: (1) conectando; (2) construyendo; (3) fusionando; e (4) integrando. Esta vinculación puede producirse a través de uno o varios de estos enfoques (Fetters et al., 2013):

- Conexión: Una base de datos enlaza con la otra a través del muestreo
- Construcción: Una base de datos informa el enfoque de recopilación de datos de la otra
- Fusión: Las dos bases de datos se unen para el análisis
- Integración: La recopilación de datos y el análisis se vinculan en múltiples puntos

Durante varias décadas algunos autores insistieron en que cada método o enfoque obedecía a una óptica diferente del mundo, con sus propias premisas, y por tanto ambos eran irreconciliables, opuestos y, en consecuencia, resultaba “una locura” mezclarlos. Pero en los últimos 30 años, un número creciente de metodólogos e investigadores insisten en que esta posición dicotómica (cuantitativa versus cualitativa) es incorrecta e inconsistente con una filosofía coherente de la ciencia (Hernández Sampieri et al., 2010). De hecho, el uso intencional y sistemático de enfoques y métodos tanto cualitativos como cuantitativos en un único estudio, y la integración de datos cualitativos y cuantitativos en la elaboración de conclusiones, está presente en múltiples estudios desde principios del siglo XX, mucho antes de que alguien lo hubiera identificado explícitamente como un método particular de investigación (Maxwell, 2016). Incluso hay autores que defienden que los métodos de investigación fenomenológica funcionan muy bien como un componente de los enfoques de investigación de métodos mixtos (Mayoh & Onwuegbuzie, 2015).

Una de las ventajas del método mixto expuesta por todos los teóricos consultados expertos en métodos mixtos, es que el uso de la metodología mixta logra una perspectiva más amplia y profunda del fenómeno, aportando una percepción integral, completa y holística, obteniendo una mayor variedad de perspectivas del objeto de estudio: frecuencia, amplitud y magnitud (cuantitativa), profundidad y complejidad (cualitativa) (Brewer et al., 1999; Creswell & Plano Clark, 2017; Hernández-Sampieri et al., 2014; Todd et al., 2004). Al mismo tiempo, los estudios de método mixto ofrecen la posibilidad de apoyar el desarrollo y perfeccionamiento de un marco teórico basado

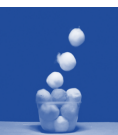


tradicionalmente en revisiones bibliográficas y metodologías cualitativas, y en su comprobación y validación mediante métodos predominantemente cuantitativos (Drury et al, 2022).

Los diseños mixtos específicos más comunes son: diseño exploratorio secuencial (DEXPLOS), diseño explicativo secuencial (DEXPLIS), diseño transformativo secuencial (DITRAS), diseño de triangulación concurrente (DITRIAC), diseño anidado o incrustado concurrente de modelo dominante (DIAC), diseño anidado concurrente de varios niveles (DIACNIV), diseño transformativo concurrente (DISTRAC) y diseño de integración múltiple (DIM) (Hernández Sampieri et al., 2014) (Tabla 3).

Tabla 3. Características de los diseños mixtos específicos más comunes

DISEÑO MIXTO ESPECÍFICO	TIEMPO DE REALIZACIÓN DE CADA FASE	MÉTODO DOMINANTE	FORTALEZAS	DEBILIDADES
DEXPLOS	Secuencial	Ninguno	- Explorar un fenómeno o expandir los resultados - Etapas claras y diferenciadas CUAL → CUAN - Datos CUAL son la base de la fase CUAN	- Requiere tiempo para finalizar la primera fase antes de iniciar la segunda
DEXPLIS	Secuencial	Ninguno o CUAL o CUAN	- Interpretar, explicar o profundizar en descubrimientos CUAN - CUAN → CUAL - Datos CUAN sirven para orientar fase CUAL	- Requiere tiempo para finalizar la primera fase antes de iniciar la segunda
DITRAS	Secuencial	Ninguno o CUAL o CUAN	- La perspectiva teórica guía el estudio - Dos fases consecutivas CUAN → CUAL o CUAL → CUAN	- Requiere tiempo para finalizar la primera fase antes de iniciar la segunda
DITRIAC	Concurrente	Ninguno	- Confirmar o corroborar resultados con las ventajas de cada método - Datos CUAL y CUAN se recolectan y analizan simultáneamente	- Complejidad para comparar resultados (análisis de datos con diferente forma)
DIAC	Concurrente	CUAN o CUAL	- Visión más amplia del fenómeno - Datos CUAL y CUAN se recolectan y analizan simultáneamente, pero un método predomina enmarcando al otro	- Los datos CUAN y CUAL requieren de ser transformados para su análisis conjunto



DIACNIV	Concurrente	Ninguno	- Los datos CUAL y CUAN se recolectan en diferentes niveles, pero el análisis puede variar en cada nivel - Más de dos métodos incrustados	- Los datos CUAN y CUAL requieren de ser transformados para su análisis conjunto
DISTRAC	Concurrente	Ninguno o CUAL o CUAN	- La perspectiva teórica guía el estudio - Datos CUAL y CUAN se recolectan y analizan simultáneamente, pero un método predomina enmarcando al otro	- Los datos CUAN y CUAL requieren de ser transformados para un análisis conjunto
DIM	Múltiple	Ninguno	- Alto grado de combinación entre los enfoques CUAL y CUAN	- Complejidad del diseño de estudio

Fuente: elaboración propia en base a Hernández, Fernández y Baptista, 2010

4.1.3. MÉTODO MIXTO UTILIZADO EN ESTA INVESTIGACIÓN

El diseño de esta investigación se enmarca en un modelo mixto explicativo secuencial. Este diseño se caracteriza por una primera etapa en la cual se recaban y analizan datos cuantitativos, seguida de otra donde se recogen y evalúan datos cualitativos. La mezcla mixta ocurre cuando los resultados cuantitativos iniciales informan a la recolección de los datos cualitativos (*conexión*). Cabe señalar que la segunda fase se construyó sobre los resultados de la primera con el propósito de utilizar resultados cualitativos para auxiliar en la interpretación y explicación de los descubrimientos cuantitativos iniciales, así como profundizar en éstos, otorgando el mismo peso a ambas fases. Por lo tanto, los datos cuantitativos brindaron orientación hacia los fenómenos que se descubrieron dentro de la fase cuantitativa preliminar y en los que profundizar en la fase cualitativa, así como ayudaron a identificar una muestra intencionada para la fase fenomenológica. Además, los hallazgos de la fase cuantitativa se utilizaron para adaptar las preguntas de investigación fenomenológica en la fase dos (*construcción*).

Finalmente, los descubrimientos de ambas etapas se integraron en la interpretación y elaboración del reporte del estudio para dar respuesta al objetivo final del mismo (*fusión e integración*), permitiendo una discusión más completa de los resultados (Klassen et al., 2012; Mayoh & Onwuegbuzie, 2015).

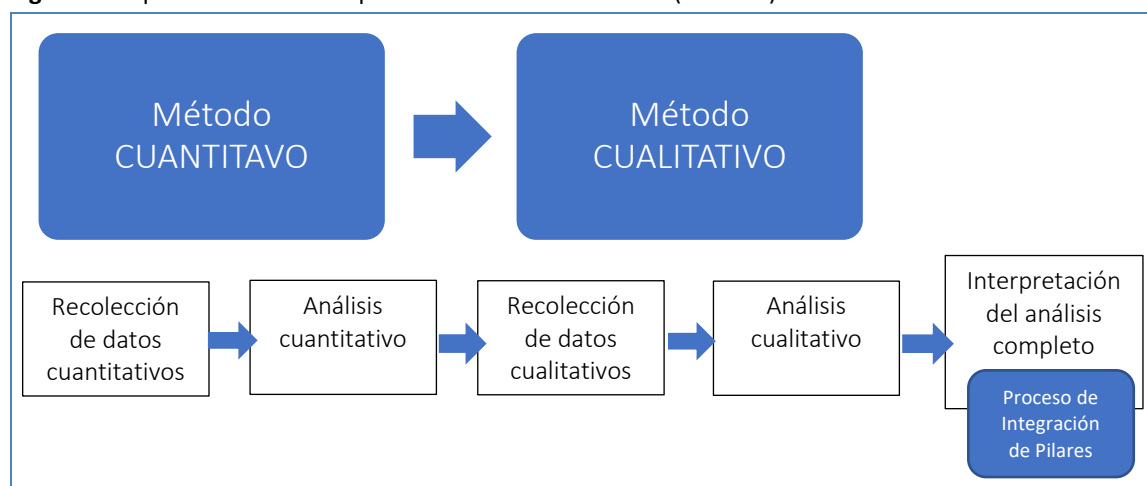
De esta manera, en una primera fase abordamos el objetivo general que pretende valorar la CSP de las enfermeras del centro mediante un método descriptivo con abordaje cuantitativo transversal basado en la teoría del postpositivismo.



En la segunda fase del estudio, bajo la perspectiva epistemológica del constructivismo, planteamos dar respuesta al segundo objetivo general con la exploración de significados y percepciones de las enfermeras de nuestro centro con relación a la CSP a partir de las vivencias experimentadas. Con un abordaje de tipo cualitativo se pretendió explorar percepciones y significados atribuidos individualmente a los sucesos ocurridos. Este enfoque cualitativo ayudó a explicar con mayor profundidad los mecanismos subyacentes en los resultados cuantitativos de la primera fase. Por lo tanto, el método planteado en esta segunda fase corresponde a un enfoque fenomenológico hermenéutico.

En una fase final se integraron e interpretaron los resultados de las dos fases previas para identificar los factores que contextualizan e inciden en la CSP de las enfermeras desarrollando un Proceso de Integración de Pilares (PIP) (R. E. Johnson et al., 2017) (Figura 6).

Figura 6. Esquema del diseño explicativo secuencial utilizado (DEXPLIS)

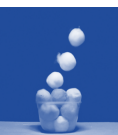


Fuente: elaboración propia en base a Hernández, Fernández y Baptista, 2010

Las razones o propósitos principales para llevar a cabo un diseño de método mixto en este estudio son:

Triangulación: contrastar los datos para buscar la convergencia y corroboración de los resultados y consolidar las argumentaciones provenientes de la recolección y análisis de los datos por ambos métodos.

Compensación: usar métodos cualitativos para contrarrestar las debilidades potenciales del método cuantitativo y robustecer las fortalezas de ambos métodos.



Complementariedad: buscar una visión más comprensiva, con la elaboración, mejora, ilustración y aclaración de los resultados del método cuantitativo con los resultados del cualitativo.

Muestreo: facilitar el muestreo de participantes en la fase cualitativa apoyándose en los resultados de la cuantitativa.

Amplitud: responder a las preguntas de investigación profundamente.

Desarrollo: usar los hallazgos del método cuantitativo para ayudar a informar el cualitativo.

Explicación: aumentar la capacidad de explicación mediante la recolección y análisis de datos CUAN y CUAL. Los resultados de un método ayudan a entender los resultados del otro.

Hasta hoy, la CSP ha sido ampliamente estudiada a través de estudios cuantitativos que utilizan diferentes instrumentos de medida para su evaluación. El instrumento más utilizado para evaluar la cultura de seguridad es el Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) (Agency for Health Research and Quality [AHRQ], 2019). Este cuestionario evalúa la percepción de la CSP entre el personal hospitalario, es el más utilizado en la Unión Europea y es específico para hospitales (Waterson et al., 2019).

La metodología cualitativa se ha utilizado para estudiar determinados factores que pueden afectar a la SP, como la falta de recursos, el uso de nuevas tecnologías, el trabajo en equipo y el liderazgo (Mawuena & Mannion, 2022; Serre et al., 2022; Stevenson & Nilsson, 2012; Zaheer et al., 2021). Sin embargo, existen pocos estudios cualitativos que analicen la CSP de forma global (Verbakel et al., 2015).

Expertos en seguridad del paciente han sugerido que estudios que utilicen un enfoque de métodos mixtos para evaluar la CSP serían útiles, ya que permitirían la investigación en profundidad necesaria para representar los múltiples componentes de este constructo (Pumar-Méndez et al., 2014). Sin embargo, existen muy pocos estudios que analicen la CSP con métodos mixtos, y todos ellos se limitan a comparar los resultados obtenidos con metodología cualitativa y cuantitativa o a profundizar en los datos obtenidos, obviando la riqueza del uso de la metodología mixta para analizar el constructo de la CSP (Abdi et al., 2015; Gomes de Oliveira et al., 2022; Granel et al., 2020; Wami et al., 2016).

Con el uso de esta metodología este estudio pretende analizar la percepción de las enfermeras de la CSP y de los factores que la contextualizan.



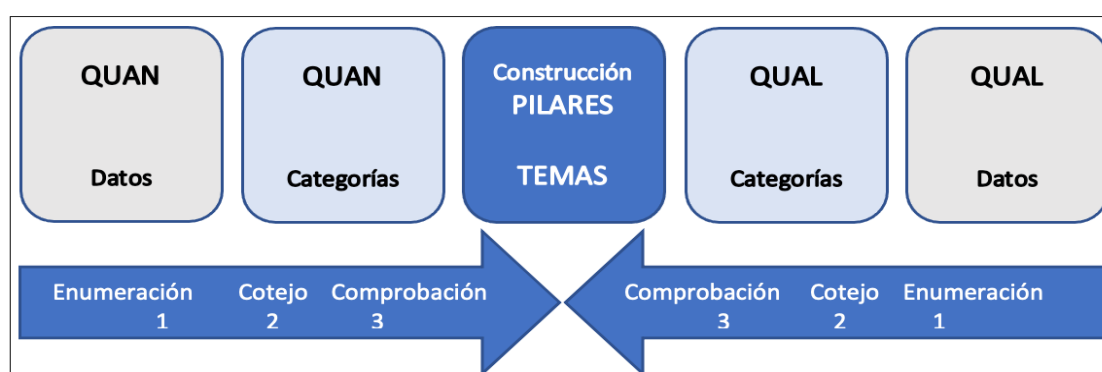
4.1.4. ANÁLISIS E INTEGRACIÓN DE LOS DATOS

La integración de datos a nivel analítico y de interpretación se ha realizado principalmente de dos maneras: (1) escribiendo sobre los datos en una discusión en la que se discuten los resultados separados del análisis cuantitativo y cualitativo, y (2) presentando los datos en una visualización conjunta en forma de tabla, que ordena simultáneamente los resultados cuantitativos y cualitativos. Esta presentación conjunta se define como una forma de "integrar los datos reuniéndolos a través de un medio visual para extraer nuevas percepciones más allá de la información obtenida de los resultados cuantitativos y cualitativos por separado" (Guetterman, et al., 2015).

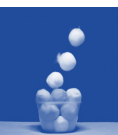
Se ha articulado un método de integración de datos y una presentación conjunta de éstos desarrollando un Proceso de Integración de Pilares (PIP) (R. E. Johnson et al., 2017). Este proceso consta de cuatro etapas para integrar hallazgos cualitativos y cuantitativos utilizando un formato de visualización conjunta: (1) enumeración, (2) cotejo, (3) comprobación y (4) construcción de pilares. El pilar representa los metatemas, que son similares a las metainferencias, y aparece como columna central en su presentación conjunta (Guetterman et al., 2020).

Las etapas 1-3 del PIP de 4 etapas se llevaron a cabo deductivamente, por lo que las dimensiones del HSOPSC proporcionaron los pilares de análisis. En la primera etapa del PIP, se enumeraron los datos cuantitativos y cualitativos brutos y las conclusiones clave. En la segunda etapa, los contenidos de las listas cuantitativas y cualitativas se cotejaron con las dimensiones de los pilares del HSOPSC y, en la tercera etapa, se comprobó que estuvieran completos y se cotejaron adecuadamente. En la cuarta y última etapa, construcción de pilares, se analizó la visualización conjunta para formular meta-inferencias que proporcionaran una comprensión, una explicación y un contexto más exhaustivos de los factores que influyen en la CSP de las enfermeras del hospital. Este análisis permitió generar una ilustración visual de estos factores, demostrando los procesos por los que los factores relacionados con la SP pueden influir en la CSP de las enfermeras del hospital (Figura 7).

Figura 7. Proceso de Integración de Pilares



Fuente: elaboración propia en base a R. E. Johnson et al. (2017)



4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realiza en el Hospital comarcal de Mollet (HM) ubicado en la población de Mollet del Vallès (Barcelona) que da atención a una población de referencia de unos 165.000 habitantes del Baix Vallès.

Pertenece a la Fundación Sanitaria Mollet (FSM) que es una entidad sanitaria y social sin ánimo de lucro ubicada en la comarca del Vallès Oriental. La FSM gestiona 5 centros sociosanitarios que prestan servicios de salud y sociales, siendo el HM el de mayor actividad. De este modo, del millar de profesionales que colaboran en la FSM, 814 lo hacen en el HM i el 85% de éstos prestan asistencia sanitaria (Tabla 4).

Tabla 4. Plantilla del Hospital de Mollet según categoría profesional

CATEGORÍA PROFESIONAL	Nº PROFESIONALES	CATEGORÍA PROFESIONAL	Nº PROFESIONALES
ENFERMERAS	231	CELADORES	43
COMADRONAS	13	AUXILIARES ADMINISTRACIÓN	59
FISIOTERAPEUTAS	3	FACULTATIVOS	234
OFICIALES ADMINISTRACIÓN	5	TRABAJADORES SOCIALES	7
PUERICULTORAS	3	TÉCNICOS RADIOLOGÍA	22
TÉCNICOS AUXILIARES ENFERMERÍA	175	TÉCNICOS LABORATORIO	19

Fuente: elaboración propia en base a datos de la FSM

El HM tiene un total de 160 camas, distribuidas en 4 unidades de hospitalización. Cuenta con 7 quirófanos, uno de ellos destinado a la cirugía mayor ambulatoria. El servicio de urgencias incluye un área de semicríticos y otra de observación, además de 21 boxes de atención. Con relación a los servicios de consulta externa, dispone de enfermeras en las áreas de endocrinología, nefrología, cardiología, cirugía, traumatología, neumología, gabinetes de exploración y servicios de soporte asistencial (laboratorio y radiología). El HM engloba un servicio de Salud Mental y Adicciones.

En total en el HM trabajan 244 enfermeras (según los datos facilitados por el servicio de Desenvolupament de Persones de la FSM el 30 de noviembre de 2018) distribuidas en todas las áreas mencionadas.



4.3. RIGOR CIENTÍFICO EN LOS MÉTODOS MIXTOS

La validez y fiabilidad de los métodos mixtos puede ser abordada de forma independiente desde el enfoque cuantitativo y el cualitativo, o bien de forma conjunta a lo largo de todo el proceso de investigación. Sea cual fuere la forma elegida, debe asegurarse el rigor del método mixto en su conjunto. De este modo, existen varios indicadores específicos para evaluar la validez y la calidad de los diseños mixtos, de los cuales destacan el rigor interpretativo, la calidad en el diseño y la legitimidad (Hernández Sampieri et al., 2010).

El rigor interpretativo hace referencia a la capacidad de captar las experiencias y realidades de los participantes. Evalúa la validez de las inferencias o conclusiones derivadas de la integración de los datos (metainferencias producto de ambos enfoques).

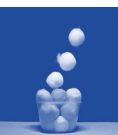
La calidad en el diseño evalúa el rigor metodológico del estudio asegurando que se han utilizado los procedimientos más adecuados para dar la mejor respuesta al problema de investigación y al mismo tiempo se han implementado de la forma más efectiva.

Por último, la legitimidad es el término que autores como Onwuegbuzie y Jonhson proponen utilizar para referenciar la validez en métodos mixtos, y de este modo utilizar una nomenclatura válida para investigadores con enfoque cuantitativo o cualitativo. Se refiere a la capacidad para obtener hallazgos y/o hacer inferencias que sean creíbles, confiables, transferibles y/o confirmables (Onwuegbuzie & Johnson, 2006).

En los últimos años múltiples autores han desarrollado diferentes estrategias para aumentar el rigor y la validez de los métodos mixtos en función del diseño y la metodología utilizada, los objetivos y el desarrollo del estudio (Creswell & Plano Clark, 2017; O’Cathain, 2015; Schifferdecker & Reed, 2009).

Harrison et al. (2020) proponen varios criterios de calidad para la evaluación del rigor de los métodos mixtos publicados que consisten en incluir, en cada uno de los diferentes apartados que se mencionan, los siguientes aspectos:

- Objetivos y finalidad: una justificación para utilizar métodos mixtos, una pregunta de investigación de métodos mixtos y una discusión sobre el valor de los métodos mixtos.
- Recopilación de datos: la presentación de informes de procedimientos de recopilación de datos específicos para las ramas de datos tanto cualitativos como cuantitativos (por ejemplo, procedimientos de muestreo, tipos de datos que se recopilarán e instrumentos utilizados en la recopilación de datos).



- Análisis de los datos: el informe de procedimientos de análisis o líneas de datos tanto cualitativos como cuantitativos que van desde enfoques básicos hasta enfoques más sofisticados; desde el análisis cuantitativo descriptivo al inferencial, hasta el análisis cualitativo de codificación y desarrollo temático.
- Integración de datos: la vinculación de ambas cadenas de datos. Dependiendo del tipo de diseño, ambas cadenas de datos se fusionan o se usa una cadena de datos para explicar o construir a partir de la otra. Se utilizan presentaciones conjuntas y/o comparaciones de datos.
- Tipo de diseño de métodos mixtos: el tipo de diseño de métodos mixtos (por ejemplo, explicativo secuencial), utilizando un diagrama para mostrar el tipo de diseño.

4.3.1. RIGOR Y VALIDEZ EN EL MÉTODO MIXTO EXPLICATIVO SECUENCIAL

Con el fin de garantizar que las conclusiones integradas de los hallazgos cuantitativos y cualitativos generados secuencialmente son creíbles, Ivankova define un procedimiento de tres pasos: la aplicación de un procedimiento sistemático para seleccionar participantes para el seguimiento cualitativo, la elaboración de resultados cuantitativos inesperados y la observación de la interacción entre las líneas de estudio cualitativas y cuantitativas (Ivankova, 2014).

En este estudio el rigor científico se trabaja, por un lado, de manera independiente para los enfoques cuantitativo y cualitativo, buscando validez y fiabilidad para el primero, y los criterios apropiados de calidad y validez para el segundo (ver capítulos específicos del desarrollo de la fase cuantitativa -Capítulo 5- y cualitativa -Capítulo 6-). También se utilizan listas de verificación que incluyen las recomendaciones para la presentación de informes de estudios con el fin de mejorar la calidad de la presentación de los informes en cada una de las fases, así como la evaluación de las fortalezas y debilidades de estas. De este modo, se utiliza la lista de verificación para estudios observacionales transversales de la declaración STROBE para el enfoque cuantitativo, por sus siglas en inglés de “Fortalecimiento del Reporte de estudios Observacionales en Epidemiología”. Para el enfoque cualitativo se utiliza la lista de verificación COREQ, para informes explícitos y completos de estudios cualitativos que utilizan entrevistas en profundidad y grupos focales (Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology [STROBE], 2022; Tong et al., 2007).

Por otro lado, se aplican estrategias definidas para un diseño de método mixto secuencial explicativo CUAN-CUAL. Además de garantizar que este estudio incorpore



todos los aspectos mencionados en el apartado anterior, las estrategias específicas utilizadas para garantizar el rigor científico se basan en el procedimiento de tres pasos (Ivankova, 2014):

Selección de participantes

Uno de los criterios de rigor interpretativo es que los participantes sean los mismos en ambas fases. Debido a que el propósito de la línea cualitativa de seguimiento en este diseño es explicar los resultados cuantitativos iniciales, los participantes para la fase cualitativa de seguimiento se seleccionaron entre los que completaron la encuesta en la fase I mediante un procedimiento sistemático (ver apartado 6.2.1. Muestra y participantes de la fase II). La selección de nuevos participantes puede causar inconsistencias en las inferencias derivadas del análisis de datos cuantitativos y cualitativos, causadas por puntos de vista divergentes (Tashakkori & Teddlie, 2010).

Elaboración de resultados cuantitativos inesperados o inconsistentes

Otro propósito de utilizar un método mixto secuencial CUAN-CUAL es mejorar los resultados con datos más completos y resultados más significativos, explicando los hallazgos inesperados o inconsistentes obtenidos en la primera fase del estudio (Morse & Niehaus, 2009). El concepto básico es que la integración de datos cuantitativos y cualitativos maximiza las fortalezas y minimiza las debilidades de cada tipo de datos (Meissner et al., 2011). Para garantizar interpretaciones correctas de los resultados de la encuesta cuantitativa, se opta por explorar las razones de los puntajes inconsistentes en las cuatro dimensiones que presentan una consistencia interna no aceptable (<0.6): Franqueza en la comunicación, Feed-back y comunicación sobre errores, Respuesta no punitiva a los errores y Dotación de personal. Este hallazgo acarrió hacer un análisis individual de cada ítem que compone cada una de estas dimensiones y explorar las diferencias halladas en la siguiente fase. Así, la fase cualitativa ayuda a comprender las inconsistencias en estas dimensiones.

Observación de la interacción entre las fases de estudio cualitativa y cuantitativa

Este concepto hace referencia a que el proceso interactivo de los resultados cuantitativos y cualitativos del estudio se informan mutuamente para garantizar la coherencia entre las dos líneas de estudio. A pesar de la obvia linealidad del diseño secuencial del método utilizado, las dos fases interactúan para lograr el rigor interpretativo y la calidad de las metainferencias generadas por la integración los resultados cuantitativos y cualitativos (Tashakkori & Teddlie, 2010). De este modo, los hallazgos de la fase cualitativa ocasionaron un análisis adicional de los resultados cuantitativos no considerados a priori durante la primera fase, dando lugar a enriquecer



las interpretaciones de ambos conjuntos de datos. Así, el análisis cuantitativo se realizó en primera instancia únicamente considerando la mayor puntuación obtenida en los diferentes ítems y dimensiones (si era positiva o negativa). Sin embargo, durante el análisis de los datos cualitativos algunos conceptos tomaron una perspectiva discordante con los datos cuantitativos, ocasionando un análisis adicional de todas las puntuaciones obtenidas en cada ítem y dimensión, tanto positivas, negativas, como neutras, con el fin de garantizar una interpretación correcta durante la integración de los datos. Por ejemplo, la dimensión “Trabajo en equipo en la unidad/servicio” fue considerada de forma positiva en la primera fase, sin embargo, en la fase cualitativa surgió como un aspecto de mejora categorizado como “falta de trabajo en equipo”, lo que ocasionó un análisis adicional para diferenciar las puntuaciones consideradas negativas de las neutras en el cuestionario, tanto en la dimensión en su conjunto, como en cada uno de los ítems que la integran.

4.4. RIGOR ÉTICO DE LA INVESTIGACIÓN

Las consideraciones éticas del presente proyecto se basan en los cuatro principios éticos que reflejan la buena praxis profesional: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, que se reflejan en el código deontológico enfermero. El estudio cumple con los principios de la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2015) y del informe Belmont (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979), así como las directrices de los Comités de Ética para la Investigación en Humanos, asegurando la buena práctica clínica y la legislación aplicable en relación a la protección de datos personales (Ley Orgánica 3/2018); previa aprobación por el Comité de Ética para la Investigación Científica de referencia en nuestro centro.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Humana del Hospital Clinic de Barcelona (número de registro HCB/2020/1020), y por la Dirección y el Comité de Investigación de la Fundació Sanitària de Mollet, donde se llevó a cabo el estudio. También obtuvo el dictamen favorable de la Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona (Institutional Review Board IRB00003099).

Todas las participantes recibieron previamente la información pertinente sobre el estudio. Esta información se proporcionó por escrito mediante un documento informativo con la correcta explicación para su total comprensión, antes de su inclusión al proyecto. El consentimiento de las participantes fue tácito en la respuesta del cuestionario anónimo, y se obtuvo por escrito para la fase cualitativa. Por medio de este



consentimiento informado, las participantes dieron su aprobación para ser filmadas y grabadas y aprobaron el uso de la información obtenida con finalidad investigadora. Se informó a todas las participantes de que la participación era voluntaria y de que podían retirarse en cualquier momento sin motivo ni consecuencia alguna. Sólo se incluyeron en la segunda fase de este estudio las participantes que dieron su consentimiento informado por escrito.

Durante todo el proceso del estudio y en el futuro se garantiza el anonimato de todas las participantes, así como la confidencialidad y la seguridad de la información. El sistema registró qué enfermeras respondieron al cuestionario en la primera fase, pero el contenido de las respuestas fue anónimo, adjudicando un número al azar a cada participante. En la segunda fase del estudio, se utilizaron números de código de identificación en la recogida de datos y en la transcripción de las entrevistas para garantizar la confidencialidad de las participantes.



5. DISEÑO Y DESARROLLO DE LA FASE I

“El conocimiento no es una vasija que se llena, sino un fuego que se enciende”

Plutarco (46-120 dc)



5. DISEÑO Y DESARROLLO DE LA FASE I

5.1. FASE CONCEPTUAL

El diseño de esta fase se basa en la teoría del postpositivismo, que entiende que la realidad es objetiva y medible, pero que esta realidad es hipotética y revisable. Se pretende explicar una inferencia lógico-deductiva desde la objetividad y aportando resultados probabilísticamente ciertos y conjeturables (Berenguera Ossó et al., 2014).

5.2. FASE EMPÍRICA (MÉTODO)

En esta primera fase se desarrolló un estudio descriptivo con abordaje cuantitativo transversal con la pretensión de valorar la CSP de las enfermeras del HM y dar respuesta a los objetivos específicos detallados en el apartado anterior: determinar la CSP de las enfermeras en las diferentes áreas asistenciales del HM y compararla según la antigüedad en el centro, el tipo de jornada, la posición laboral, el turno de trabajo y el sexo.

El método empleado para la recogida de datos en esta fase, que sirven de base para la inferencia e interpretación de ésta, así como para el desarrollo de la siguiente fase, se detalla a continuación.

5.2.1. SUJETOS DE ESTUDIO Y MUESTRA

La población de estudio estuvo constituida por las enfermeras que trabajaban en el Hospital de Mollet (HM) en las diferentes áreas asistenciales en el momento de la recogida de datos (Tabla 5). El muestreo se hizo por conveniencia e incluyó a la totalidad de enfermeras que trabajaban en el HM en el momento de la recogida de datos. Teniendo en cuenta un total de 244 enfermeras (234 asistenciales y 10 gestoras, según los datos facilitados por el servicio de Desenvolupament de Persones de la FSM) y estimando un porcentaje de pérdidas del 20% (Freitas de Mello, 2013; Godinho Rigobello et al., 2012).

Tabla 5. Profesionales de enfermería del Hospital de Mollet por unidades

ÁREA	Nº DE ENFERMERAS	ÁREA	Nº DE ENFERMERAS
ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN	67	SERVICIOS DE SOPORTE ASISTENCIAL	14
ÁREA MATERNO/INFANTIL	20	ÁREA QUIRÚRGICA	51
SERVICIOS AMBULATORIOS	13	SALUD MENTAL Y ADICCIONES	11
SERVICIO DE URGENCIAS	68		

Fuente: elaboración propia en base a los datos facilitados por la FSM

5.2.2. VARIABLES

Se establecieron dos grupos de variables:

- a. Variables personales/profesionales o independientes: sexo, unidad o servicio, jornada, posición laboral, antigüedad y turno de trabajo (Tabla 6).

Tabla 6. Variables personales/profesionales

VARIABLES DE ESTUDIO PERSONALES/PROFESIONALES		
Sexo	Categórica Nominal Binaria	Mujer Hombre
Unidad/Servicio de trabajo	Categórica Nominal Politómica	Servicios ambulatorios Área quirúrgica Área de hospitalización Área Materno/infantil Servicio de urgencias Servicios de soporte asistencial (laboratorio, farmacia, diagnóstico por la imagen) Salud Mental y Adicciones
Jornada	Categórica Nominal Binaria	Jornada completa Jornada parcial
Posición laboral	Categórica Nominal Binaria	Enfermera asistencial Enfermera gestora
Antigüedad	Categórica Nominal Politómica	< 2 años 2-5 años > 5 años
Turno de trabajo	Categórica Nominal Politómica	Mañana (incluye turno partido) Tarde Noche

Fuente: elaboración propia

- b. Variable CSP o dependiente, como variable principal, con dos grupos de variables:

b.a. La CSP distribuida en 12 dimensiones (ver Tabla 7). Variables Categóricas Ordinales. Escala tipo Likert.

Tabla 7. Dimensiones de la CSP

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

Fuente: elaboración propia en base a Gascón Cánovas, 2005



b.b. 2 variables secundarias: grado global de seguridad y presencia de algún incidente reportado en el último año (ver Tabla 8).

Tabla 8. Variables secundarias de la CSP

VARIABLES SECUNDARIAS DE CSP		
Grado global de seguridad en su servicio/unidad	Numérica continua (de 0 a 10)	
Notificación de algún incidente de SP en el último año	Categoría Nominal Binaria	Sí No

Fuente: elaboración propia en base a Gascón Cánovas, 2005

Al final del cuestionario se añadió una pregunta abierta donde el sujeto podía aportar si tenía algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente que no se hubiera tratado en el cuestionario y que considerara de interés mencionar.

5.2.3. INSTRUMENTO DE MEDIDA

Se utilizó el cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)* (AHRQ, 2019), adaptado al contexto español por el Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad de la Universidad de Murcia (Gascón Cánovas, 2005) como instrumento de recogida de datos.

En el Anexo I se pueden consultar la totalidad de preguntas y dimensiones que mide el cuestionario, escogido por su validez y adaptación a nuestro contexto como el instrumento adecuado para implementarlo íntegramente en la FSM, e incluye las variables independientes.

Este cuestionario (Gascón Cánovas, 2005) consta de 42 preguntas que se responden mediante una escala Likert de 5 categorías (Muy en desacuerdo-En desacuerdo-Indiferente-De acuerdo-Muy de acuerdo) y, a su vez, se agrupan en un total de 12 dimensiones, compuestas por 3 o 4 ítems por dimensión. La consistencia interna de cada una de las dimensiones se determinó calculando el α de Cronbach y, en todos los casos, la fiabilidad es de aceptable a excelente, a pesar de que el número de ítems que incluye cada dimensión es relativamente pequeño y dado que el α de Cronbach tiende a aumentar con el número de ítems considerados (Gascón Cánovas, 2005). Además, el cuestionario consta de dos preguntas de información adicional sobre el clima de seguridad y la notificación de incidentes. Las 12 dimensiones y los ítems que las componen se describen en el Cuadro 1.



Cuadro 1. Ítems del cuestionario HSOPSC agrupados por dimensiones

A. RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD	
1. Notificación de eventos relacionados con la seguridad	- 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)
2. Percepción global de seguridad	- 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)
B. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDAD/SERVICIO	
3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	- 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 del paciente que ocurren habitualmente (Preg. 22)
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua	- 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)
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	- 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)



6. Franqueza en la comunicación	- 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)
7. Feed-back y comunicación sobre errores	- 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)
8. Respuesta no punitiva a los errores	- 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)
9. Dotación de personal	- 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 demasiado sustitutos o personal temporal (Preg. 7) - Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa (Preg. 14)
10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	- 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)
C. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE TODO EL HOSPITAL	
11. Trabajo en equipo entre unidades	- 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)
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	- 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: Gascón Cánovas, 2005

5.2.4. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS

Una vez aprobado el proyecto, se distribuyó el cuestionario vía Intranet del centro, dando acceso al mismo a las enfermeras de las diferentes áreas durante 45 días consecutivos para su cumplimentación. Al acceder a la Intranet personal, aparecía una pantalla de aviso a cada enfermera que le informaba del estudio (Anexo II) y de los objetivos del mismo. En esa misma pantalla la enfermera tenía la opción de responder el cuestionario, pudiendo seleccionar la opción de “Aceptar” o la opción de “Responder más tarde”, obteniendo el consentimiento tácito de participación al aceptar responder.

El sistema registró qué enfermeras habían respondido al cuestionario, pero el contenido de las respuestas fue anónimo. A cada respuesta de cuestionario el programa informático le adjudicaba un número al azar, impidiendo conocer a los investigadores qué respuestas pertenecían a cada participante.

5.2.5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio. El análisis de las respuestas tiene sentido tanto para cada ítem en particular como para cada dimensión en su conjunto. Se calcularon medidas de tendencia central (media, moda, mediana) y medidas de dispersión (varianza) de las variables cuantitativas.



Para cada una de las variables cualitativas se expresaron los resultados en porcentajes y frecuencias. El cuestionario contiene preguntas formuladas positivamente y otras negativamente. En el análisis de frecuencias inicial por ítems, se mantuvieron las opciones de respuesta originales, pero para el análisis global por dimensiones, se invirtió la escala de las preguntas formuladas en sentido negativo para facilitar el análisis (AHRQ, 2019) (Anexo III).

Las respuestas del cuestionario se recodificaron en tres categorías siguiendo el siguiente esquema (Cuadro 2):

Cuadro 2. Categorías de recodificación de las respuestas del cuestionario HSOPSC

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: Gascón Cánovas, 2005

Con esta codificación se calcularon las frecuencias relativas de cada categoría, tanto para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión.

Los indicadores compuestos para cada una de las dimensiones de la escala se calcularon aplicando la siguiente fórmula:

$$\frac{\sum \text{número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión}}{\text{Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

Para clasificar un ítem o una dimensión como **fortaleza** se consideró cuando la frecuencia de respuestas positivas fue mayor o igual al 75%. En las preguntas formuladas en negativo se consideró como fortaleza cuando la frecuencia de respuestas negativas fue mayor o igual al 75%.

Para clasificar un ítem o una dimensión como **oportunidad de mejora** se consideró cuando la frecuencia de respuestas negativas fue igual o mayor al 50% o, en el caso de preguntas formuladas en negativo, cuando la frecuencia de respuestas positivas fue igual o mayor al 50%.

Con el fin de poder tratar cada dimensión como variable cuantitativa, se calculó la media de las respuestas en cada ítem que forma la dimensión, teniendo en cuenta que las preguntas en negativo se formulan al revés. Por tanto, cada dimensión tomó el valor



original de 1 al 5, y cuanto mayor fue, más positiva se consideró la valoración de esa dimensión (Mir Abellán, 2019).

Para estudiar la relación entre las diferentes variables, se realizó un análisis bivalente, mediante tablas de contingencia. Para dar respuesta a los objetivos específicos de esta fase, estudiando si la variable principal (cada una de las dimensiones del cuestionario) seguía una distribución normal mediante el test Kolmorov-Smirnov (K-S) para después conocer su relación tanto con el área asistencial como con la antigüedad en el centro mediante t-student si distribución normal, U Mann-Whitney o Kruskal Wallis si no era normal. En todos los casos los análisis han sido realizados con Jamovi 1.0.8.0 para MacOS, considerando como hipótesis nula la inexistencia de diferencias, que se rechazó cuando el nivel de significación fue de $p \leq 0,05$.

5.2.6. FIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE MEDIDA

Se valoró la fiabilidad del instrumento de medida mediante el análisis de su consistencia interna, es decir, analizando la relación entre las diferentes preguntas que constituyen cada dimensión, así como la relación global de todos los ítems del cuestionario. La prueba estadística utilizada fue el coeficiente α de Cronbach, calculado para cada una de las 12 dimensiones del cuestionario administrado y la fiabilidad global de los 42 ítems. Sus valores pueden oscilar entre 0 y 1. Valores superiores a 0,60 indican fiabilidad moderada y superior a 0,70 fiabilidad alta (Icart Isern et al., 2012).

La validez de criterio del instrumento de medida se obtuvo valorando la correlación entre esta consistencia interna calculada para cada una de las dimensiones y la obtenida en la versión española del cuestionario HSOPSC (Anexo IV).

5.3. FASE EMPÍRICA ANALÍTICA (RESULTADOS)

Respondieron un total de $n=244$ enfermeras, representando el 100% de la población de estudio. La tasa de respuesta fue también del 100%, tanto de las 42 preguntas del cuestionario, como de las 2 preguntas adicionales respecto el grado global de seguridad y a la de declaración o no de algún incidente por escrito durante el último año.

A la pregunta abierta sobre “algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente que no se haya tratado en el cuestionario y que considere de interés” respondieron 32 sujetos (13,11%). Del total de los comentarios, los más destacados hicieron referencia a aspectos que consideraban que ponen en riesgo la SP, como la falta de personal



(6/32=18,75%), la sobrecarga de trabajo (8/32=25%) y el acceso de familiares a las unidades/servicios (2/32=6,25%). También hubo un comentario expresando que la falta de experiencia pone en riesgo la SP cuando se contrata personal nuevo, otro argumentando la falta de humanización en la atención -sin especificar su relación con la SP- y un tercer comentario realzando la importancia de una adecuada comunicación entre los profesionales de los diferentes turnos.

5.3.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

El 87,7% de las participantes eran mujeres (n=214). El 62,3 % (n=152) trabajaban a jornada completa, siendo el 51,6% (n=126) del turno de mañana. El 76,65% (n=187) tenían más de 5 años de antigüedad en el centro y el 95,90% (n=234) eran enfermeras asistenciales.

Los servicios con más representación fueron el servicio de urgencias (27,87%, n=68), el área de hospitalización (27,46%, n=67) y el área quirúrgica (20,90%, n=51). El servicio con menos enfermeras participantes fue el de Salud Mental y adicciones (4,51%, n=11).

En la tabla 9 se muestra la totalidad de los datos de las variables personales/profesionales obtenidos.

Tabla 9. Frecuencias relativas de las variables personales/profesionales

VARIABLES	CATEGORÍAS	RESULTADO
Sexo	Mujer	214 (87,7%)
	Hombre	30 (12,3%)
Unidad/Servicio de trabajo	Servicios ambulatorios	13 (5,33%)
	Área quirúrgica	51 (20,90%)
	Área de hospitalización	67 (27,46%)
	Área Materno/infantil	20 (8,20%)
	Servicio de urgencias	68 (27,87%)
	Servicios de soporte asistencial (laboratorio, farmacia, diagnóstico por la imagen)	14 (5,74%)
	Salud Mental y Adicciones	11 (4,51%)
Jornada	Jornada completa	152 (62,3%)
	Jornada parcial	92 (37,7%)
Posición laboral	Enfermera asistencial	234 (95,90%)
	Enfermera gestora	10 (4,10%)
Antigüedad	< 2 años	23 (9,42%)
	2-5 años	34 (13,93%)
	> 5 años	187 (76,65%)
Turno de trabajo	Mañana (incluye turno partido)	126 (51,6%)
	Tarde	69 (28,3%)
	Noche	49 (20,1%)

Fuente: elaboración propia



5.3.2. FIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para el análisis de la consistencia interna del instrumento en la muestra se calculó la fiabilidad a partir del coeficiente α de Cronbach para cada una de las 12 dimensiones de la versión española del cuestionario HSOPSC y la fiabilidad global de los 42 ítems.

La consistencia interna de todas las dimensiones fue de aceptable a excelente, dado que el α de Cronbach osciló entre el 0,63 y el 0,91 y la fiabilidad global del instrumento fue del 0,92.

Los valores del α de Cronbach obtenidos en el presente estudio se detallan en la tabla 10 junto con los de la versión española del cuestionario HSOPSC del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (HSOPSC del MSSSI) (Gascón Cánovas, 2005).

Tabla 10. α de Cronbach de la versión española del cuestionario HSOPSC del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y α de Cronbach del mismo cuestionario en el presente estudio

Dimensión	Alfa de Cronbach en la versión española del cuestionario HSOPSC del MSSSI	Alfa de Cronbach en la versión española del cuestionario HSOPSC en este estudio
1. Notificación de eventos relacionados con la seguridad	0,88	0,91
2. Percepción global de seguridad	0,65	0,67
3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	0,84	0,81
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua	0,68	0,68
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	0,82	0,83
6. Franqueza en la comunicación	0,66	0,64
7. Feed-back y comunicación sobre errores	0,73	0,64
8. Respuesta no punitiva a los errores	0,65	0,63
9. Dotación de personal	0,64	0,68
10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	0,81	0,77
11. Trabajo en equipo entre unidades	0,73	0,65
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	0,74	0,74
FIABILIDAD GLOBAL		0,92

(*): > 0.6: aceptable; >0,7: buena; > 0.8: excelente

Fuente: Elaboración propia en referencia al Cuestionario sobre SP (MSCBS, 2005)



5.3.3. RESULTADOS POR DIMENSIONES

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en relación con las 12 dimensiones del HSOPSC.

5.3.3.1. FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

La dimensión con mayor número de respuestas en positivo fue el “Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio”, con un 69,15%, aunque en general no hubo ninguna dimensión que acumulara una frecuencia del 75% o superior de respuestas en positivo, por lo que no se pudieron catalogar como fortalezas.

En cambio, sí resultó una dimensión con más del 50% de respuestas en negativo, así que pudo considerarse como una oportunidad de mejora, y fue la que hace referencia a la “Dotación de personal”, con un 62,4% de respuestas en negativo.

Las frecuencias relativas de cada categoría (negativo, neutro, positivo) en cada una de las 12 dimensiones se pueden ver en la siguiente tabla (Tabla 11):

Tabla 11. Frecuencias relativas de cada categoría (negativo, neutro, positivo) para cada dimensión

Dimensión	NEGATIVO %	NEUTRO %	POSITIVO %
1. Notificación de eventos relacionados con la seguridad	19,53	32,20	48,23
2. Percepción global de seguridad	40,55	22,45	37,00
3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	14,05	23,78	62,20
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua	18,70	24,03	57,23
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	13,95	16,88	69,15
6. Franqueza en la comunicación	15,30	32,63	52,07
7. Feed-back y comunicación sobre errores	16,40	32,50	48,07
8. Respuesta no punitiva a los errores	26,60	23,10	50,27
9. Dotación de personal	62,40	14,35	23,28
10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	36,20	28,43	35,37
11. Trabajo en equipo entre unidades	25,10	25,10	49,78
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	28,80	24,50	46,73

Fuente: Elaboración propia

5.3.3.2. CALIFICACIÓN DE LAS DIMENSIONES

Teniendo en cuenta a los 244 sujetos que respondieron al cuestionario y al tratar cada dimensión como variable numérica con una puntuación del 1 al 5, en todas las dimensiones el resultado de la prueba de bondad de ajuste a la normalidad de Shapiro-

Wilk, dio p-valores muy significativos, es decir, no se pudo aceptar que hubiera normalidad en los datos.

La dimensión con una puntuación media mayor fue “Trabajo en equipo en la unidad/servicio” (3,72/5) y la de menor puntuación “Dotación de personal” (2,43/5).

Las puntuaciones en cada una de las 12 dimensiones se pueden ver en la siguiente tabla (Tabla 12):

Tabla 12. Resultados para cada dimensión: media, mediana, desviación estándar (DS), moda (valor mínimo y máximo)

Dimensión	Media	Mediana	DS	Moda (mín-máx)
1. Notificación de eventos relacionados con la seguridad	3,37	3,33	0,94	4,00 (1-5)
2. Percepción global de seguridad	2,90	3,00	0,78	3,00 (1-4,75)
3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	3,60	3,75	0,76	4,00 (1,25-5)
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua	3,43	3,67	0,74	3,67 (1-5)
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	3,72	3,75	0,76	4,00 (1,25-5)
6. Franqueza en la comunicación	3,46	3,33	0,70	3,33 (1-5)
7. Feed-back y comunicación sobre errores	3,39	3,33	0,73	3,33 (1-5)
8. Respuesta no punitiva a los errores	3,32	3,33	0,76	3,33 (1,33-5)
9. Dotación de personal	2,43	2,50	0,76	2,50 (1-4,75)
10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	2,95	3,00	0,87	2,67 (1-5)
11. Trabajo en equipo entre unidades	3,28	3,38	0,66	3,50 (1-5)
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	3,22	3,25	0,73	3,00 (1-5)

Fuente: Elaboración propia



5.3.4. RESULTADOS POR ÍTEMS

En este apartado, se muestran los resultados obtenidos en los 42 ítems del cuestionario.

5.3.4.1. FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LOS ÍTEMS DEL CUESTIONARIO

En cuanto al análisis de los resultados en cada ítem del cuestionario, en 3 ítems más del 75% de los sujetos dieron una respuesta positiva, por lo que se consideraron fortalezas. En 4 ítems más del 50% obtuvieron una respuesta negativa, por lo que se consideraron oportunidades de mejora.

Fortalezas:

- En el ítem nº 4: “En esta unidad nos tratamos todos con respeto” hubo un 75,8% de respuestas positivas).
- En el ítem nº 1: “El personal se apoya mutuamente”, un 74,6% de respuestas positivas.
- El ítem nº 8 está formulado en negativo: “Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido un error, lo utilizan en tu contra”. Hubo un 70,5% de respuestas negativas mostrando estar “Muy en desacuerdo” o “en desacuerdo”, por lo que se consideró una fortaleza que se crea que esto no ocurre.

En los gráficos 1, 2 y 3 se puede apreciar la distribución de las respuestas a estos 3 ítems del cuestionario.

Gráfico 1. Distribución de las respuestas en el ítem nº 4 “En esta unidad nos tratamos todos con respeto”

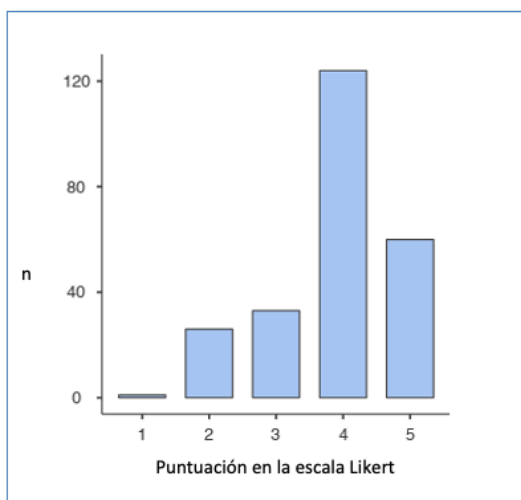


Gráfico 2. Distribución de las respuestas en el ítem nº 1: “El personal se apoya mutuamente”

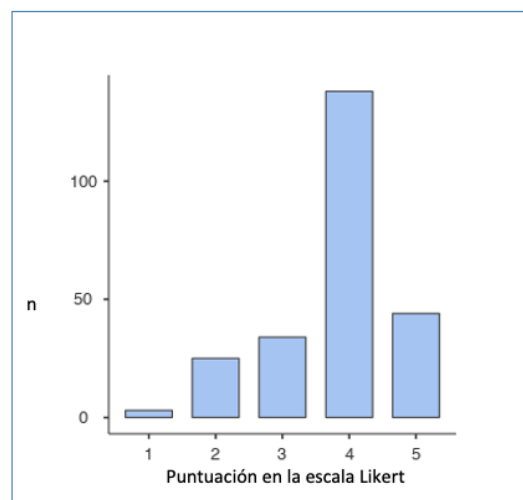
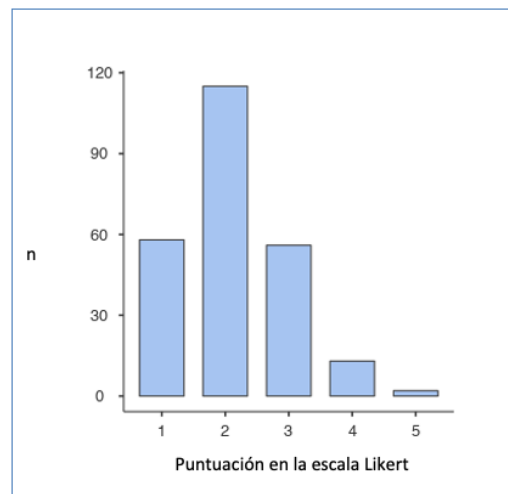




Gráfico 3. Distribución de las respuestas en el ítem nº 8: “Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido un error, lo utilizan en tu contra”



Oportunidades de mejora:

- En el ítem nº 5: “A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora”, se obtuvo un 73% de respuestas positivas, estando “de acuerdo” o “muy de acuerdo”. Al ser un ítem formulado en negativo se consideró una oportunidad de mejora.
- En el ítem nº 14: “Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa” hubo un 73% de respuestas positivas, siendo también una oportunidad de mejora, ya que esta pregunta también está formulada en negativo.
- En el ítem nº 2: en cuanto a si “Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo”, hubo un 68% de respuestas negativas.
- En el ítem nº 15: “Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente” hubo un 59,4% de respuestas negativas.

En los gráficos 4, 5, 6 y 7 se puede apreciar la distribución de las respuestas a estos 4 ítems del cuestionario.



Gráfico 4. Distribución de las respuestas en el ítem nº 5: “A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora”

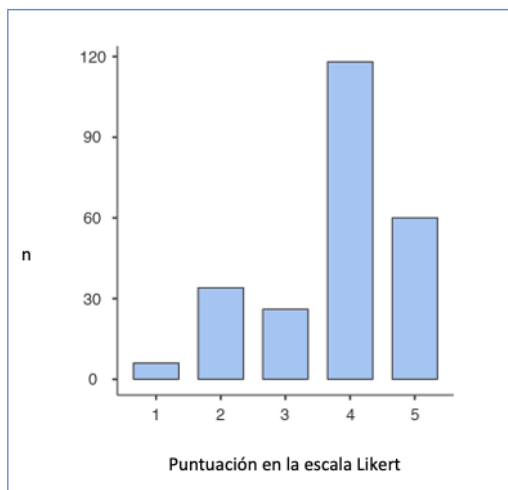


Gráfico 5. Distribución de las respuestas en el ítem nº 14: “Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa”

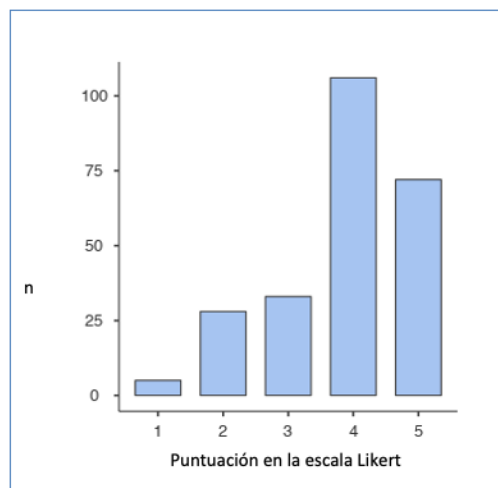


Gráfico 6. Distribución de las respuestas en el ítem nº 2: en cuanto a si “Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo”

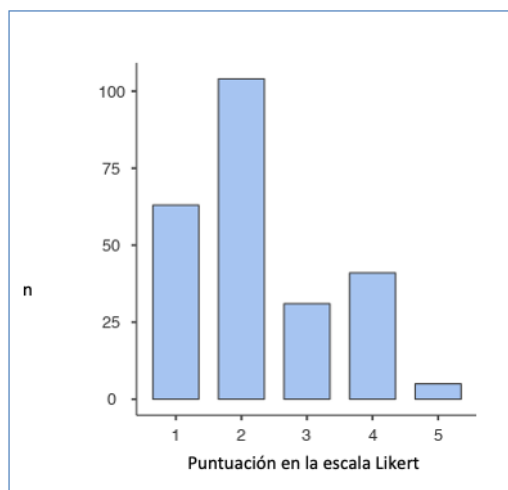
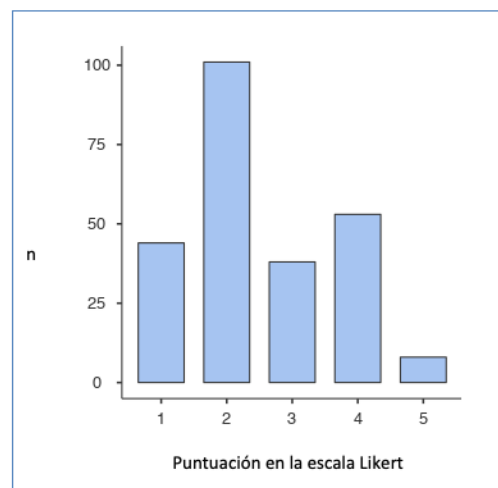


Gráfico 7. Distribución de las respuestas en el ítem nº 15: “Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente”



Las puntuaciones en cada uno de los 42 ítems se pueden ver en la siguiente tabla (Tabla 13):



Tabla 13. Frecuencias relativas de cada categoría (negativo, neutro, positivo) para cada ítem

	NEGATIVO % 1-2	NEUTRO % 3	POSITIVO % 4-5
1. El personal se apoya mutuamente.	11,5	13,9	74,6
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	68	12,7	19,3
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	17,6	18,1	64,3
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	11,1	13,1	75,8
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	73	10,6	16,4
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	13,9	17,6	68,5
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	35,6	20,5	43,9
8. Si los compañeros o los superiores/mandos se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	6,6	22,9	70,5
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	16	17,6	66,4
10. No se producen más fallos por casualidad.	43,4	25	31,6
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	15,6	21,7	62,7
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".	30,7	22,1	47,2
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	26,2	36,9	36,9
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	73	13,5	13,5
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	59,4	16	24,6
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente	43	24,2	32,8
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la "Seguridad del paciente".	37,7	23,8	38,5
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	21,7	25,8	52,5
19. Mi superior/mando expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	12,3	27,5	60,2
20. Mi superior/mando tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	17,2	21,3	61,5
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/mando pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente	15,2	26,6	58,2
22. Mi superior/mando pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente	11,4	19,7	68,9
23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	42,2	29,5	28,3



24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	41,4	27,5	31,1
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/Servicio a otra.	36,8	18,9	44,3
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	28,7	22,5	48,8
27. En los cambios de turno, se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	32	24,6	43,4
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	12,7	24,2	63,1
29. El intercambio de información entre los diferentes Servicios es habitualmente problemático.	21,7	25,8	52,5
30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	29,1	27,9	43
31. La gerencia/dirección del hospital solo parece interesarse por la Seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	37,3	27,5	35,2
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	17,3	27	55,7
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	25	27,9	47,1
34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	23,4	38,9	37,7
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	7	27	66
36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	15,2	34	50,8
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	25,4	38,9	35,7
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	10,2	34	55,8
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	13,5	32	54,5
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	17,6	31,2	51,2
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	20,5	34,8	44,7
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	20,5	30,7	48,8

Nota: en color azul se muestran los ítems invertidos (preguntas formuladas en negativo)

Fuente: elaboración propia



5.3.4.2. CALIFICACIÓN DE LOS ÍTEMS

Teniendo en cuenta a los 244 sujetos que respondieron al cuestionario y al tratar cada ítem como variable numérica con una puntuación del 1 al 5, en todos los ítems el resultado de la prueba de bondad de ajuste a la normalidad de Shapiro-Wilk, dio p-valores muy significativos ($p < 0,001$), es decir, no se pudo aceptar que hubiera normalidad en los datos.

El ítem nº 4 “En esta unidad nos tratamos todos con respeto” obtuvo la mayor puntuación media (3,89/5) y el de menor puntuación fue el nº 14: “Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa” (2,13/5).

Las puntuaciones en cada uno de los 42 ítems se pueden ver en los siguientes gráficos (Gráficos 8 y 9):

Gráfico 8. Puntuación de los ítems del cuestionario formulados en positivo

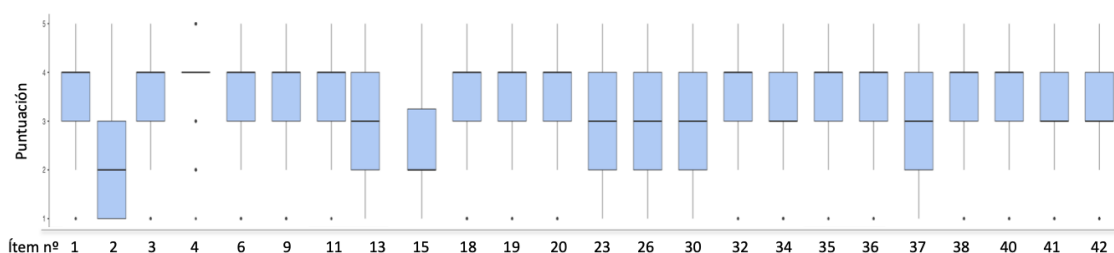
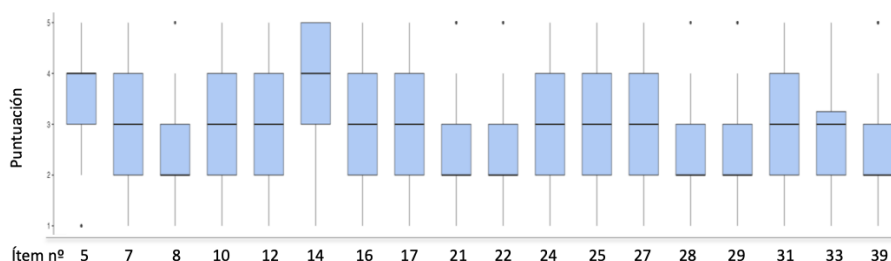


Gráfico 9. Puntuación de los ítems del cuestionario formulados en negativo



5.3.5. CALIFICACIÓN DEL CLIMA DE SEGURIDAD

En cuanto a las dos preguntas adicionales que valoran las dos variables secundarias, en la primera cuestión “califique de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad”, la calificación media obtenida fue de $6,69 \pm 1,71$, siendo el valor mínimo de 2 y el máximo de 10. El 50 % de los profesionales calificaron la seguridad en su servicio



con una nota entre 6 y 8, con un 25 % de los casos que otorgaron una calificación por debajo de 6, y otro 25 % por encima de 8 (Gráfico 10 y Tabla 14).

Gráfico 10. Distribución de las respuestas a la cuestión: “califique de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad”. Diagrama de violín

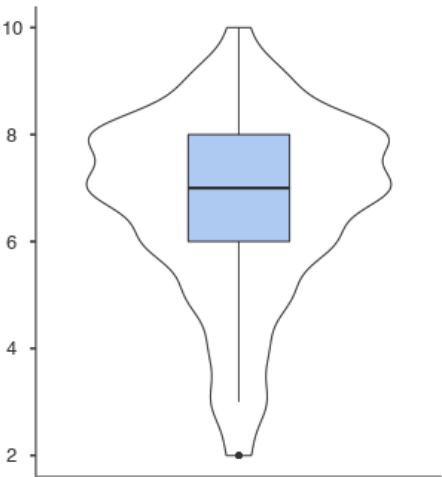


Tabla 14. Resultados de la cuestión “califique de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad”

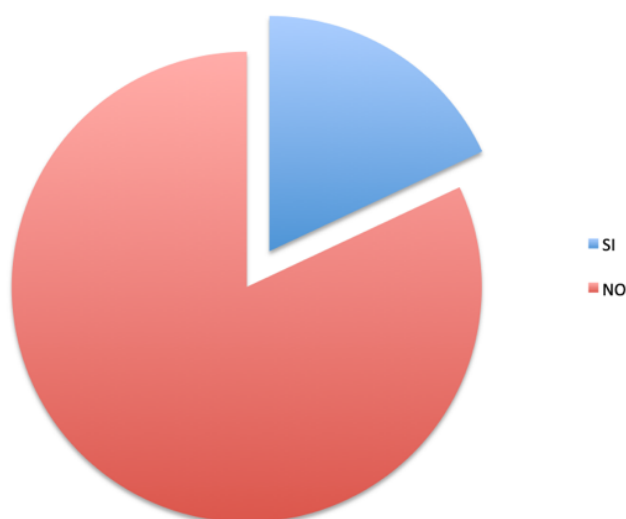
RESULTADOS	
Media	6,69
Mediana	7
Desviación Estándar (DS)	1,71
Mínimo	2
Máximo	10
Percentil 25	6
Percentil 50	7
Percentil 75	8

Fuente: elaboración propia

En segundo lugar, en la que se refiere a si “durante el último año ha notificado por escrito algún incidente relacionado con la seguridad del paciente”, el 82% (n=200) respondió que no, frente al 18% que sí (Gráfico 11).



Gráfico 11. Distribución de las respuestas a la cuestión: “durante el último año ha notificado por escrito algún incidente relacionado con la seguridad del paciente”



5.3.6. VALORACIÓN DE LAS DIMENSIONES DE CSP CON RELACIÓN A LAS VARIABLES INDEPENDIENTES

Para estudiar la relación entre las variables personales/profesionales (diferentes áreas asistenciales del Hospital, la antigüedad en el centro, el tipo de jornada, la posición laboral de las enfermeras, el turno de trabajo y el sexo) y la CSP, se ha realizado un análisis bivalente, mediante tablas de contingencia. Para dar respuesta a los objetivos específicos de esta fase, se analizó la relación de cada dimensión con las variables independientes mediante la prueba U Mann-Whitney (para las variables binarias: jornada, posición laboral y sexo) y Kruskal Wallis (para las politómicas: área asistencial/Servicio, antigüedad y turno de trabajo), ya que la distribución de los datos en las dimensiones no cumplía criterios de normalidad (en todas las dimensiones el resultado del test de bondad de ajuste a la normalidad de Shapiro-Wilk, dio p-valores muy significativos). En este análisis bivalente se ha considerado un nivel de significación con $p \leq 0,05$ (ver Tabla 15).

5.3.6.1. DIMENSIÓN 1: FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS

No se hallaron diferencias significativas en la frecuencia de eventos notificados en relación con ninguna de las variables independientes ($p > 0,05$).



5.3.6.2. DIMENSIÓN 2: PERCEPCIÓN GLOBAL DE SEGURIDAD

No se hallaron diferencias en la percepción global de seguridad en relación con el tipo de jornada, turno ni sexo ($p < 0,05$). En cambio, se hallaron diferencias significativas entre servicios (urgencias puntúa muy por debajo del resto 2,50; $p < ,001$), posición laboral (enfermeras gestoras puntúan por encima de las asistenciales 3,33 y 2,88 respectivamente; $p = 0,038$), y antigüedad (< 2 años puntúan por encima 3,29; $p = 0,048$).

5.3.6.3. DIMENSIÓN 3: EXPECTATIVAS Y ACCIONES DE LA DIRECCIÓN/ SUPERVISIÓN DE LA UNIDAD EN APOYO DE LA SEGURIDAD

No se hallaron diferencias entre enfermeras con diferente tipo de jornada, antigüedad, turno de trabajo ni sexo ($p > 0,05$). En cuanto a la unidad/servicio destacó Salud Mental, con un 4,11, por encima del resto ($p = 0,03$). Las enfermeras gestoras también valoraron esta dimensión mejor que las asistenciales (4,05 vs 3,58; $p = 0,04$).

5.3.6.4. DIMENSIÓN 4: APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL/ MEJORA CONTINUA

En cuanto al aprendizaje organizacional y la mejora continua el turno de mañana puntuó significativamente por debajo del turno de noche (3,34 vs 3,74; $p = 0,003$), sin hallar diferencias en el resto de las variables independientes ($p > 0,05$).

5.3.6.5. DIMENSIÓN 5: TRABAJO EN EQUIPO EN LA UNIDAD

El Área de Hospitalización valoró el trabajo en equipo con un 3,95, por encima del Área quirúrgica (3,40; $p = 0,002$). Las enfermeras con menos de 2 años de antigüedad también lo valoraron mejor que el resto (4,12; $p = 0,027$), así como el turno de noche frente a los otros turnos (3,99; $p = 0,023$). Respecto a la jornada, posición laboral y sexo no se hallaron diferencias significativas en esta dimensión ($p > 0,05$).

5.3.6.6. DIMENSIÓN 6: FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN

No se hallaron diferencias en la franqueza en la comunicación respecto a la jornada, la posición laboral ni el sexo ($p > 0,05$). Al analizar esta dimensión en los diferentes servicios, en Salud Mental se valoró por encima del resto (3,85; $p = 0,031$), así como en las enfermeras con más de 5 años de antigüedad frente a las que llevan menos tiempo (3,52; $p = 0,012$). Respecto al turno de trabajo, la diferencia entre el de mañana (3,58) y el de la noche (3,27) fue significativa ($p = 0,02$).



5.3.6.7. DIMENSIÓN 7: FEED-BACK Y COMUNICACIÓN SOBRE ERRORES

La única diferencia significativa hallada fue con respecto a la antigüedad, donde las enfermeras con menos de 2 años de antigüedad puntuaron por encima de las que llevan más de 5 años (3,90 vs 3,33; $p=0,006$).

5.3.6.8. DIMENSIÓN 8: RESPUESTA NO PUNITIVA A LOS ERRORES

No se hallaron diferencias en la Respuesta no punitiva a los errores con relación a las variables independientes, excepto en cuanto a la posición laboral, donde las enfermeras gestoras puntuaron por encima de las asistenciales (3,90 vs 3,29; $p=0,009$).

5.3.6.9. DIMENSIÓN 9: DOTACIÓN DE PERSONAL

Esta dimensión las enfermeras del Servicio de Salud Mental y Adicciones la valoraron significativamente mejor (3,73) que el Área quirúrgica (2,53), el Área de Hospitalización (2,24), el Servicio de Urgencias (2,17) y el Área de Materno/Infantil (2,56); $p<,001$. Las enfermeras gestoras también la valoraron mejor (3,02) respecto a las asistenciales (2,40); $p=0,01$. Sin hallar diferencias respecto al resto de variables; $p>0,05$.

5.3.6.10. DIMENSIÓN 10: APOYO DE LA GERENCIA DEL HOSPITAL EN LA SP

El apoyo de la gerencia del hospital en la SP se valoró mejor en el Área Materno/Infantil (3,33) respecto al Servicio de Urgencias (2,68); $p=0,034$. También surgieron diferencias en la valoración de las enfermeras gestoras y las asistenciales (3,57 vs 2,92; $p=0,019$). En cuanto a la antigüedad, entre las de menos de 2 años y las de más de 5 (3,36 vs 2,90; $p=0,05$). En relación con el tipo de jornada, turno de trabajo y sexo, no hubieron diferencias en esta dimensión.

5.3.6.11. DIMENSIÓN 11: TRABAJO EN EQUIPO ENTRE UNIDADES

Siendo ésta la dimensión con la puntuación media mayor (3,72/5), las diferencias entre las diferentes Unidades/Servicios son significativas, siendo el Área Materno/infantil la que puntuó mejor (3,59) y la Quirúrgica la peor (3,04); $p=0,004$. En el análisis bivalente de esta dimensión respecto del resto de variables independientes no se hallaron diferencias significativas ($p>0,05$).

5.3.6.12. DIMENSIÓN 12: PROBLEMAS EN CAMBIOS DE TURNO Y TRANSICIONES ENTRE SERVICIOS/ UNIDADES

Las diferencias entre Unidades/Servicios fueron significativas con relación a la puntuación de las enfermeras de Servicios ambulatorios (3,60/5) y las del Área



quirúrgica (3,00/5); $p=0,005$. Sin hallar otras diferencias respecto al resto de variables ($p>0,05$).

En la siguiente tabla (Tabla 15) se pueden observar los valores de significación estadística en cada dimensión con relación a las variables independientes: Unidad/Servicio, jornada, posición laboral, antigüedad, turno de trabajo y sexo.

Tabla 15. Valores de significación estadística en cada dimensión con relación a las variables independientes: Unidad/Servicio, jornada, posición laboral, antigüedad, turno de trabajo y sexo

DIMENSIÓN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SERVICIO/ UNIDAD	0,341	<,001	0,030	0,088	0,002	0,031	0,871	0,371	<,001	0,034	0,004	0,005
ANTIGÜEDAD	0,444	0,048	0,270	0,123	0,027	0,012	0,006	0,964	0,061	0,050	0,083	0,260
TIPO DE JORNADA	0,068	0,309	0,646	0,474	0,539	0,371	0,061	0,648	0,996	0,781	0,125	0,953
POSICIÓN LABORAL	0,124	0,038	0,040	0,200	0,863	0,085	0,131	0,009	0,010	0,019	0,586	0,170
TURNO DE TRABAJO	0,094	0,207	0,225	0,003	0,023	0,020	0,802	0,278	0,075	0,401	0,069	0,118
SEXO	0,284	0,121	0,922	0,168	0,286	0,846	0,111	0,980	0,259	0,618	0,362	0,685

Fuente: Elaboración propia

5.3.7. VALORACIÓN DEL CLIMA DE SEGURIDAD CON RELACIÓN A LAS VARIABLES INDEPENDIENTES

Para estudiar la relación entre las diferentes variables independientes (diferentes áreas asistenciales del Hospital, la antigüedad en el centro, el tipo de jornada, la posición laboral de las enfermeras, el turno de trabajo y el sexo) y el clima de SP, igual que en el apartado anterior, se ha realizado un análisis bivariante, mediante tablas de contingencia. Para dar respuesta a los objetivos específicos de esta fase, se analizó la relación de los resultados en las dos cuestiones que hacen referencia al clima de seguridad en el cuestionario, con las variables personales/profesionales. El análisis se ha realizado mediante la prueba U Mann-Whitney (para las variables binarias: jornada, posición laboral y sexo) y Kruskal Wallis (para las politómicas: área asistencial/Servicio, antigüedad y turno de trabajo), ya que la distribución de los datos en las dos cuestiones sobre el clima de SP no cumplieron criterios de normalidad (el resultado de la prueba de bondad de ajuste a la normalidad de Shapiro-Wilk, dio p-valores muy significativos). En este análisis bivariante también se ha considerado un nivel de significación con $p \leq 0,05$ (ver Tabla 16).



5.3.7.1. EN LA CUESTIÓN “CALIFIQUE DE CERO A DIEZ EL GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SU SERVICIO/UNIDAD”

Hallamos diferencias significativas en cuanto a la valoración de las enfermeras del servicio de urgencias, por debajo del resto de servicios ($5,57 \pm 1,67$; $p < 0,001$) y con relación a la antigüedad en el centro, siendo las más noveles las que puntuaron mejor esta cuestión ($7,61 \pm 1,47$; $p = 0,026$).

Gráfico 12. Valoración de la cuestión “califique de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad” en las diferentes áreas asistenciales. Diagrama de cajas

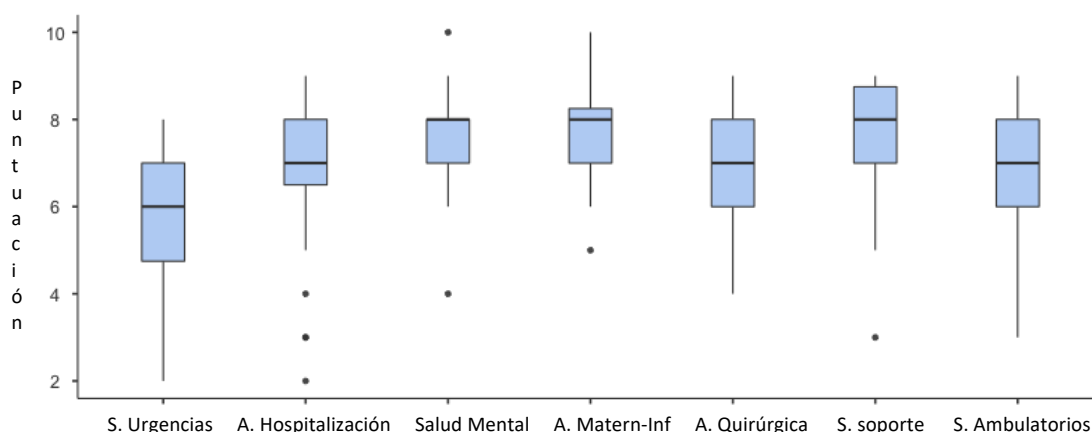
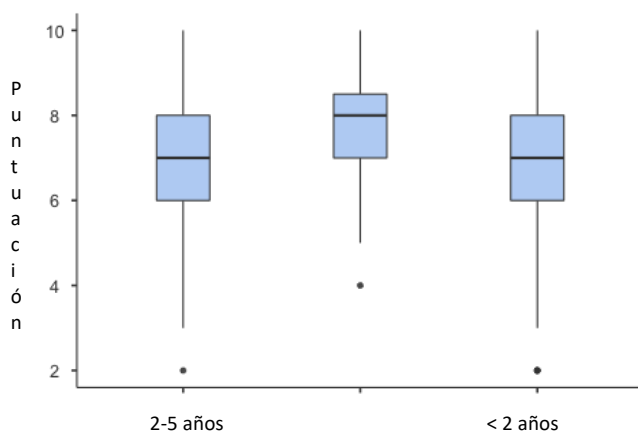


Gráfico 13. Valoración de la cuestión “califique de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad” según la antigüedad en el centro. Diagrama de cajas



No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en relación con el resto de las variables independientes (sexo, turno de trabajo, posición laboral y jornada) (ver Tabla 16).



5.3.7.2. EN CUANTO A LA SEGUNDA CUESTIÓN QUE VALORA EL CLIMA DE SEGURIDAD Y QUE SE REFIERE A SI “DURANTE EL ÚLTIMO AÑO HA NOTIFICADO POR ESCRITO ALGÚN INCIDENTE RELACIONADO CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE”

En el área de hospitalización el 31,3% de las enfermeras (21/67) había notificado algún incidente, significativamente por encima del resto de servicios ($p=0,02$).

El resultado del análisis bivalente también fue significativo respecto a la categoría profesional, pues el 80% (8/10) de las gestoras notificaron, frente al 15,4% (36/234) de las enfermeras asistenciales ($p<0,001$).

Respecto a la antigüedad, el 21,9% (41/187) de las enfermeras con más de 5 años de antigüedad notificaron, significativamente por encima de las más noveles ($p=0,016$).

Además, destacó que las enfermeras con jornada completa notificaron en mayor porcentaje (24,3%, 37/152) que las de jornada parcial (7,6%, 7/92) ($p<0,001$).

No hubo diferencias estadísticamente significativas en esta cuestión con relación al sexo ni al turno de trabajo (ver Tabla 16).

Tabla 16. Valores de significación estadística en las dos cuestiones sobre el clima de seguridad con relación a las variables independientes: Unidad/Servicio, jornada, posición laboral, antigüedad, turno de trabajo y sexo

	“califique de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad”	“durante el último año ha notificado por escrito algún incidente relacionado con la seguridad del paciente”
SERVICIO/ UNIDAD	< ,001	0,020
ANTIGÜEDAD	0,026	0,016
TIPO DE JORNADA	0,128	< ,001
POSICIÓN LABORAL	0,159	< ,001
TURNOS DE TRABAJO	0,166	0,648
SEXO	0,467	0,765

Fuente: Elaboración propia



5.4. FASE INFERENCIAL (DISCUSIÓN)

Los resultados obtenidos en esta fase revelaron que las enfermeras del HM perciben la CSP de manera similar que en otros hospitales españoles (Mella et al., 2018), sin destacar ninguna dimensión como fortaleza (Bernalte-Martí et al., 2015; Mella Laborde et al., 2018; Rivera-Romero et al., 2012) e identificando la “dotación de personal” como una debilidad (Bernalte-Martí et al., 2015; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

La percepción de la CSP de las enfermeras en este hospital fue frágil, considerando la interpretación de los resultados del HSOPSC, ya que ninguna de las 12 dimensiones se calificó por encima del 75%. Esta pobre calificación de la CSP de las enfermeras del HM pudo ser debida a su percepción de baja dotación de personal, apoyando los resultados de otros estudios que relacionan los niveles de dotación de personal de enfermería con los de mortalidad intrahospitalaria (Aiken et al., 2017; Diya et al., 2012) desde la perspectiva de las propias enfermeras. Así, en las unidades donde se percibió en mayor medida la baja dotación de personal se calificó peor la SP.

Teniendo en cuenta la relevancia de la notificación de incidentes en la mejora de la SP, hallamos que más del 80% de los encuestados no informaron ningún evento en los últimos 12 meses, lo que indica que los posibles problemas de seguridad pueden pasar desapercibidos y no se están abordando adecuadamente. Esto se puede relacionar con la baja calificación de la CSP demostrando que la implantación de sistemas de notificación no es suficiente para fomentar la seguridad si estos no van acompañados de una CSP caracterizada por una respuesta no punitiva a los errores, transparencia y feed-back en la comunicación (Evans et al., 2006; Howell et al., 2015; Rea & Griffiths, 2016). A diferencia de otros estudios, cabe destacar una mayor franqueza en la comunicación de las enfermeras con mayor antigüedad en el centro y éstas también reportaron incidentes en mayor medida que las enfermeras noveles, probablemente relacionado con que las que llevan menos tiempo en el HM tenían una mejor percepción de la SP y de la retroalimentación sobre errores (Evans et al., 2006).

La falta de comunicación de los errores por parte de las enfermeras puede deberse también al miedo a una respuesta punitiva a los errores, la percepción de falta de apoyo de la dirección o a la falta de seguridad jurídica en caso de demanda judicial, así como al simple hecho de desconocer que existen sistemas de notificación dentro del hospital (Mella Laborde et al., 2018). Precisamente fue en el grupo de gestoras –donde las dimensiones “percepción global de seguridad”, “respuesta no punitiva a los errores” y “acciones de apoyo de la dirección” recibieron mejor puntuación- donde hubo un mayor porcentaje de enfermeras que habían notificado incidentes durante el último año.

El trabajo en equipo en la unidad/servicio fue la dimensión mejor valorada, igual que en otros estudios tanto nacionales como internacionales, considerando el trabajo en



equipo y la relación con los compañeros como un factor protector (Gómez Ramírez et al., 2011; Mella Laborde et al., 2018; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009; Rivera-Romero et al., 2012).

Por otro lado, los resultados obtenidos en el servicio de Salud Mental y Adicciones concuerdan con otro estudio multicéntrico, donde los centros psiquiátricos obtuvieron también puntuaciones positivas superiores (Vlayen et al., 2012), hecho que sugiere menor riesgo en la atención de estos pacientes comparado con las unidades de agudos, en las que la seguridad del paciente puede verse amenazada debido a técnicas de mayor complejidad que se realizan en estos entornos, como son hospitalización, urgencias o área quirúrgica.



6. DISEÑO Y DESARROLLO DE LA FASE II

“En la producción teatral, un dicho popular dice: «Las obras no se escriben, se reescriben». Un dicho similar para los investigadores cualitativos es: «Los datos no se codifican, se recodifican»”

Jonny Saldaña, 2009



6. DISEÑO Y DESARROLLO DE LA FASE II

6.1. FASE CONCEPTUAL

Se diseñó esta segunda fase bajo la perspectiva epistemológica del constructivismo, basada en la teoría filosófica de Husserl que defiende que la esencia de las cosas tal y como aparecen debe considerarse en relación con las experiencias vividas reveladas reflexivamente, teniendo en cuenta la variación de las múltiples experiencias de lo que se manifiesta en el fenómeno objetivado (Husserl & Schumann, 1976). Las reflexiones metódicas de Husserl ponen su mirada tanto en la multiplicidad de experiencias vividas críticamente descubiertas, como al surgimiento de su esencia al “mirar” a través de estas experiencias vividas mediante una mirada metodológicamente reflexiva (Hopkins, 1993). La teoría de Husserl fue ampliada por otros filósofos tales como Heidegger (1995) y Sartre (1948), añadiendo un enfoque interpretativo y de reflexión al enfoque de Husserl. Así, los métodos hermenéuticos, en sentido amplio, son los métodos que usa, consciente o inconscientemente, todo investigador que trata de observar algo y buscarle significado (Miguel Martínez, 2006). Van Manen desarrolló la reflexión fenomenológica aplicada a la investigación en las ciencias humanas (Van Manen, 2020), adoptada por pedagogos, médicos, psiquiatras, psicólogos y otros “no filósofos” interesados en el método fenomenológico como una metodología de investigación (Ayala Carabajo, 2008).

Son muchos los autores que avalan el uso de esta metodología en ciencias de la salud y en concreto para la investigación en enfermería (De la Cuesta, 2010, 2015; Donalek, 2004; Hussey, 2001; Munhall, 2007; Solano Ruiz, 2006).

6.2. FASE EMPÍRICA METODOLÓGICA (MÉTODO)

En este segundo periodo, cronológico en el tiempo y llamado fase II, la naturaleza del ámbito y la temática de estudio formulados en los objetivos, suscitaron un abordaje cualitativo con aproximación fenomenológica desde el enfoque de Hussler (Berenguera Ossó et al., 2014), ya que pretende profundizar en las experiencias vividas sin presuposiciones, desde la descripción de la experiencia de quienes la han experimentado y en descubrir los significados que las enfermeras dan a su vivencia (Giorgi, 2000; León Rivera, 2015; Palacios-Ceña & Corral Liria, 2010).

Desde una perspectiva fenomenológica hermenéutica (Bynum & Varpio, 2018) se pretendía conocer la percepción y valoración de las enfermeras ante EA relacionados



con la SP vividos en primera persona o estando presentes, así como el sentido otorgado a estas experiencias por las propias enfermeras.

Para el diseño de esta fase se tuvieron en cuenta los hallazgos de la fase anterior: los resultados relacionados con las diferencias entre servicios, la posición laboral, el turno de trabajo y la antigüedad para seleccionar la muestra; las fortalezas y las oportunidades de mejora detectadas, así como las dimensiones y los ítems menos puntuados en el cuestionario HSOPSC, para adaptar las preguntas de investigación y elaborar el guion para la obtención de datos en esta fase.

6.2.1. MUESTRA Y PARTICIPANTES

Para el reclutamiento de participantes en esta fase cualitativa se utilizó el sistema de muestreo no probabilístico, intencional y razonado (Berenguera Ossó et al., 2014; Icart Isern et al., 2012). No probabilístico porque no todas las enfermeras tenían la misma probabilidad de formar parte de la muestra, e intencional y razonado porque se seleccionaron entre las que completaron la encuesta en la fase anterior mediante un procedimiento sistemático. A pesar de conocer qué enfermeras habían cumplimentado el cuestionario en la fase I, el contenido de las respuestas fue anónimo. La selección sistemática de participantes en esta segunda fase tuvo en cuenta los hallazgos de la fase anterior del siguiente modo:

- Posición laboral: el cuestionario utilizado en la aproximación cuantitativa hacía referencia a los responsables de la gestión y la dirección del hospital, y teniendo en cuenta, además, las diferencias significativas en varios aspectos de la fase anterior entre las enfermeras gestoras y las asistenciales, se realizó un muestreo por conveniencia de todas las enfermeras gestoras del HM.
- Unidad/Servicio de trabajo: con el fin de seleccionar informantes de interés para el objetivo del estudio, entre las enfermeras asistenciales se seleccionó a las de la unidad con mayor puntuación en la dimensión del cuestionario que evalúa la “franqueza en la comunicación” (Salud Mental y Adicciones) y a las de las unidades con menor y mayor número de incidentes notificados en el último año (Área quirúrgica y Hospitalización respectivamente). También se seleccionó a las enfermeras del área de urgencias, siendo el servicio que valoró el clima de seguridad significativamente por debajo del resto (Berenguera Ossó et al., 2014).

Además, esta selección coincidió con las tres áreas asistenciales con mayor representación en la encuesta -Área quirúrgica (20,90%), Área de hospitalización



(27,46%) y Servicio de urgencias (27,87%)-, así como la de menor -Salud Mental y Adicciones (4,51%)- favoreciendo la representatividad de la variabilidad de los discursos.

- Jornada, antigüedad y turno de trabajo: contemplando las diferencias estadísticamente significativas halladas en la fase anterior, se seleccionaron participantes de las diferentes categorías de cada una de estas variables siempre que fue posible (por ejemplo, en el servicio de salud mental el turno de trabajo es de mañana para todos los profesionales).

Ante la falta de hallazgos en relación con el sexo, éste no se tuvo en cuenta para seleccionar a las participantes en esta segunda fase.

Los criterios de inclusión en esta fase fueron (a) enfermera con contrato laboral vigente con la institución en el momento del estudio, (b) haber respondido el cuestionario en la fase anterior y (c) dar su consentimiento informado para participar en el estudio.

El tamaño de la muestra se determinó progresivamente durante la investigación, para lograr una adecuada representación en cada grupo focal. El reclutamiento y los grupos focales continuaron hasta que se produjo la saturación de datos. Cuando se alcanza la saturación, no se genera nueva información en los datos de grupos adicionales, y es un principio útil para determinar el tamaño de muestra en un estudio de investigación cualitativa (Boddy, 2016). En este estudio, la saturación de datos se alcanzó después de hacer cuatro grupos focales. Conociendo las limitaciones a la hora de utilizar la técnica de grupos focales para la obtención de datos, se realizaron dos entrevistas en profundidad que no aportaron nuevos datos (Amezcuza, 2003).

6.2.2. TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

6.2.2.1. GRUPOS FOCALES

La técnica utilizada para la obtención de información como ya se ha mencionado, fue la de grupos focales. Este método permitió descubrir la percepción de las enfermeras, así como identificar las necesidades y expectativas de las participantes en profundidad en lo referente a EA (Escobar et al., 2011).

Los grupos focales son básicamente una forma de entrevistar a un grupo de personas al mismo tiempo, emergiendo pensamientos y sentimientos que probablemente no se puedan recoger a través de una encuesta con preguntas cerradas a partir del análisis del contenido. Además, crean líneas de comunicación, tanto entre el moderador y las participantes, como entre ellos mismos (Mella, 2000). Esta interrelación puede facilitar la autoconfesión y ser el motor para generar ideas.



6.2.2.2. ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

Sin embargo, la propia interacción con el grupo puede limitar algunas perspectivas individuales por lo que la información obtenida mediante grupos focales debe considerarse como un discurso “social” o de “grupo” (Amezcuza, 2003). La técnica de grupo focal es adecuada para obtener la información en esta fase, dado que el objeto de este estudio no es un fenómeno de caso. Aun así, para solventar estas posibles limitaciones, se realizaron entrevistas en profundidad como técnica complementaria.

La entrevista conversacional o en profundidad es un encuentro individual, entre la persona que realiza la entrevista y la que informa, en la se busca que el entrevistado traslade al entrevistador a su mundo y le permita comprender sus propios significados. Se realizan con el fin de conocer el discurso individual sin la presión de un grupo (Berenguera Ossó et al., 2014).

Tras la saturación de datos mediante grupos focales, se llevaron a cabo entrevistas en profundidad con el fin de obtener una información más completa.

6.2.2.3. CUADERNO DE CAMPO

Se elaboró un diario de campo con una descripción detallada de todo el proceso de investigación en esta segunda fase, desde los primeros contactos con las potenciales participantes hasta la finalización del análisis y discusión de la información obtenida.

En este cuaderno el equipo investigador anotó y compartió toda la información procedimental acontecida durante el trabajo de campo, así como todo el proceso de investigación en general. Esta información incluye las pautas seguidas, los pasos realizados, las decisiones tomadas, los cambios efectuados, las incidencias acontecidas, el acercamiento a las participantes, las reuniones del equipo investigador, las descripciones del contexto, etc.

Contiene también memorandos analíticos (memos). Los memos son anotaciones durante el proceso de análisis de la información, un lugar para reflexionar sobre las participantes, el fenómeno o el proceso investigado pensando y, por lo tanto, escribiendo y, por lo tanto, pensando aún más en ellos: "Los memorandos son sitios de conversación con nosotros mismos acerca de nuestros datos" (Clarke, 2011). Incluso después de haber codificado una parte de los datos y categorizado los códigos en varias listas, la redacción de memorandos analíticos sirvió como un método adicional de generación de códigos y categorías. Al escribir notas sobre los códigos específicos que se han aplicado a los datos, se pueden descubrir códigos aún mejores. Al escribir un memorando sobre su perplejidad y pérdida de un código específico para un dato en



particular, puede surgir el perfecto. Al escribir memorandos sobre cómo algunos códigos parecen agruparse e interrelacionarse, se puede identificar una categoría para ellos.

El hecho de elaborar un diario de campo sirvió de apoyo para la descripción de todo el proceso y mejorar la reflexividad. Contiene tanto las reflexiones conjuntas como las individuales de cada investigador durante toda esta fase (Berenguera Ossó et al., 2014).

6.2.3. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS

6.2.3.1. GRUPOS FOCALES

Para planear y realizar los grupos focales se siguieron los siguientes pasos (Escobar et al., 2011; Mella, 2000; Thofehrn et al., 2013):

Reclutamiento y cantidad de participantes en cada grupo focal

Se seleccionaron todas las enfermeras asistenciales del servicio de urgencias, salud mental y adicciones, hospitalización y área quirúrgica que habían respondido a la encuesta en la fase anterior. Con la intención de explorar experiencias compartidas, se agrupó a las enfermeras de una misma unidad o servicio (Escobar et al., 2011). Siendo un total de diez las enfermeras que desarrollaban funciones de gestión en el HM, se seleccionaron todas para un grupo de enfermeras gestoras.

Para contactar con las participantes, el investigador principal, responsable de calidad del centro, actuó como enlace con los posibles candidatos informándoles del estudio, del objetivo de este y convocándoles a una sesión grupal. Siguiendo la estrategia de reclutamiento exitoso en tres pasos desarrollada por Lewis-Beck et al. (2004): a) se personalizó el proceso enviando un correo electrónico individualizado a cada uno de los profesionales seleccionados dos semanas antes de que tuviera lugar el grupo (Anexo V), b) la invitación al proceso fue repetitiva, se reenvió el mismo correo a cada posible participante al cabo de siete días; y c) para motivar la participación se ofreció como incentivo un certificado de esta, así como que el tiempo de asistir al grupo computara dentro de su jornada laboral.

El número de participantes en cada grupo fue determinado por el número de enfermeras que confirmaron su asistencia, teniendo en cuenta que en ningún caso fuese inferior a 5 ni superior a 8. Además, se comprobó que cada grupo incluyera participantes de las diferentes categorías según las variables contempladas en la fase I y comentadas en el apartado “muestra y participantes” (antigüedad, turno de trabajo y jornada laboral).



Selección del moderador

La función principal del moderador fue propiciar la diversidad de opiniones en el grupo y fomentar la participación de todos sus miembros. El investigador que hizo las veces de moderador cuenta con habilidades comunicativas, capacidad de interpretación, experiencia en el manejo de dinámicas de grupos, control eficiente del tiempo y asertividad (Escobar et al., 2011).

Para fomentar la confianza hacía él debe saber escuchar, no juzgar y ser adaptable. Teniendo en cuenta que los grupos focales funcionan cuando los participantes se sienten confortables, respetados y libres de dar su opinión sin ser juzgados, el moderador fue una persona ajena a la institución y sin ninguna relación con el HM (Krueger & Casey, 2000).

Selección del observador

El observador fue el investigador principal. Tomó nota de las principales impresiones verbales y no verbales, y aseguró el buen funcionamiento de la plataforma audiovisual. Dada su vinculación con el HM y con el fin de no coartar a las participantes, el observador se mantuvo ausente durante la ejecución del grupo y realizó las anotaciones a posteriori mediante la visualización de grabación de la reunión.

Cabe señalar que el moderador junto al observador, pensaron e intercambiaron impresiones sobre el desarrollo grupal y los hechos más relevantes de cada encuentro.

Preparación de las preguntas y temas de a tratar en los grupos

Con el fin de determinar los hallazgos de la fase I que merecían una visión más comprensiva y aclaratoria, se identificaron los temas y los factores relacionados con dichos resultados, sobre los que profundizar en esta fase. Teniendo en cuenta las dimensiones y los ítems del cuestionario HSPSC identificados como fortalezas o aspectos de mejora se plantearon las preguntas claves para conducir los grupos (Tabla 17).

Cabe mencionar que una vez finalizada la fase I y antes del inicio de esta segunda fase, la OMS declaró la situación de pandemia por COVID-19 (WHO, 2020a), por lo que se consideró oportuno incluirlo como un tema añadido en el guion de los grupos focales.

Para iniciar el grupo el moderador se presentó a sí mismo y explicó cuál era el objetivo del estudio, como se desarrollaría el grupo, y cuáles eran los cinco temas para debatir: vivencia ante un EA, soporte o ayuda recibida, factores que influyen en la CSP, factores que influyen en la notificación de EA y vivencia durante la pandemia en relación con la SP (Anexo VI). En primer lugar, hizo preguntas de apertura dirigidas hacia el conjunto de participantes, de manera que cada uno de ellos las respondieran, en forma rápida.



Fueron preguntas orientadas a que las participantes se sintieran cómodas e identificaran sus características principales: nombre, turno de trabajo, antigüedad en el servicio, etc. para darles a cada uno el sentido de participación, no siendo propiamente aún preguntas de discusión.

El enunciado de las preguntas claves fue en formato de cuestiones abiertas y evitando implicar intencionalidad en la formulación de los enunciados (se detalla en la Tabla 18). También se utilizaron preguntas de síntesis formuladas después de realizar un corto resumen de la discusión, donde se solicitaba a las participantes que agregaran o quitasen aspectos que a su juicio faltasen en ese resumen.

Tabla 17. Preguntas clave para tratar en la Fase II en relación con los resultados de la Fase I

	DIMENSIÓN - ÍTEM	TEMA	PREGUNTA CLAVE
Fortalezas	Dimensión 5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	Vivencia ante un EA	¿Cuál ha sido vuestra vivencia ante un EA?
	Ítem 4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto	Vivencia ante un EA	¿Cuál ha sido vuestra vivencia ante un EA?
	Ítem 1. El personal se apoya mutuamente	Soporte o ayuda recibida	¿Qué soporte o ayuda habéis recibido?
	Ítem 8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido un error, lo utilizan en tu contra	Factores que influyen en la notificación de EA	¿Por qué algunos EA se notifican y otros no?
Oportunidades de mejora	Dimensión 9. Dotación del personal	Vivencia ante un EA	¿Qué factores influyen en la CSP?
	Ítem 5. A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora	Vivencia ante un EA	¿Qué factores influyen en la CSP?
	Ítem 14: Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa	Vivencia ante un EA	¿Qué factores influyen en la CSP?
	Ítem 2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	Vivencia ante un EA	¿Qué factores influyen en la CSP?
	Ítem 15: Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente	Vivencia ante un EA	¿Qué factores influyen en la CSP?
Discrepancias entre unidades /servicios	Ítem “califique de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad”	Factores que influyen en la SP	¿Qué factores influyen en la CSP?
	Ítem “durante el último año ha notificado por escrito algún incidente relacionado con la seguridad del paciente”	Factores que influyen en la notificación de EA	¿Por qué algunos EA se notifican y otros no?

Fuente: Elaboración propia



Como se trabajó con una serie de grupos focales, fue muy importante mantener la estructura y contenido de las preguntas de tal modo que todos los grupos recibieran las mismas preguntas y fuera posible la comparación.

Tabla 18. Guion de las preguntas y enunciados para los grupos focales

PREGUNTA	ENUNCIADO
¿Cuál ha sido vuestra vivencia ante un EA?	¿Cómo se vive un EA? ¿Qué experiencia tenéis de cuando ha ocurrido un EA, sea en primera persona o de otro compañero?
¿Qué soporte o ayuda habéis recibido?	Y en esa situación... ¿habéis recibido ayuda?
¿Por qué algunos EA se notifican y otros no?	¿Se notifican los EA? ¿De qué depende?
¿Qué factores influyen en la CSP?	¿Qué factores creéis que mejoran la cultura de seguridad del paciente y cuáles no?
¿Cuál ha sido vuestra vivencia durante la pandemia con relación a la SP?	¿Y durante la pandemia? ¿Cómo lo habéis vivido?

Fuente: Elaboración propia

Selección del lugar de reunión

Dada la situación de "estado de alarma" dictada por el Gobierno de España y la limitación de encuentro y movilidad de personas en diferentes lugares y contextos, unido a la intención de que las enfermeras participantes fueran de diferentes turnos de trabajo, de la misma unidad atención, los grupos focales se realizaron mediante una conexión remota de audio y video con el programa Zoom®, facilitando la posibilidad de conexión desde las aulas de docencia del HM u otro lugar adecuado. Garantizando la privacidad, tanto a la conexión virtual como a las aulas del HM sólo accedieron las participantes y el equipo de investigadores; además, el sitio estaba ventilado, iluminado, sin ruidos y era cómodo. De este modo, los resultados de los grupos focales remotos pudieron compararse a los de grupos presenciales con la preparación y el entorno adecuados (UXalliance, 2020).

Desarrollo de las sesiones

Las sesiones tuvieron una duración de entre 90 a 120 minutos como máximo. La primera sesión grupal convocó a las enfermeras del servicio de urgencias, la segunda a las enfermeras gestoras, la tercera a las enfermeras de salud mental, después a las del área quirúrgica y, por último, a las del área de hospitalización.

Las conversaciones de los grupos fueron grabadas en vídeo y audio mediante la plataforma de conexión, previo consentimiento informado de las enfermeras, para su posterior transcripción y análisis, asegurando la confidencialidad de las personas participantes y de la información obtenida (Anexo VII).



6.2.3.2. ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

Bajo las mismas premisas que en los grupos focales, se condujeron las entrevistas en profundidad a enfermeras del área de hospitalización que habían participado en la fase I. El contacto se realizó mediante correo electrónico siguiendo los mismos pasos que con las participantes de los grupos, mediante la enfermera responsable de calidad del HM. Se utilizó el mismo guion de temas con las preguntas claves (Tabla 18) y el desarrollo de la entrevista siguió la misma estructura que en los grupos: presentación del moderador/entrevistador, preguntas de apertura, preguntas abiertas y de síntesis.

Las entrevistas se realizaron mediante una conexión remota de audio y video con el programa Zoom® mediante el cual fueron grabadas, previo consentimiento de la entrevistada.

6.2.3.3. CUADERNO DE CAMPO

Los investigadores anotaron todo lo que ha ido ocurriendo a lo largo de la investigación con notas metodológicas (grupos y entrevistas realizadas, fecha, duración de los encuentros, problemas encontrados, modificaciones introducidas...), notas descriptivas (situaciones observadas, acontecimientos que se producen...), notas teóricas (proceso de interpretación y comprensión durante el proceso de recogida de datos) y notas personales (sus sentimientos, sus experiencias, sus reacciones y sus percepciones) de manera individual. Estas anotaciones se realizaron en notas con título, fecha y personas. Las anotaciones sobre los grupos focales y las entrevistas en profundidad se realizaron inmediatamente después de finalizarlas por parte del moderador y después de su transcripción por parte del investigador principal.

Periódicamente los investigadores se reunieron para compartir sus notas y reflexionar conjuntamente sobre ellas, generando nuevas anotaciones. Para facilitar el acceso al cuaderno de campo por parte de los dos investigadores se creó una carpeta de conexión remota en la plataforma OneDrive® donde se guardaron los documentos generados como diario de campo.

Las notas realizadas durante la codificación y análisis de la información se realizaron en el programa informático utilizado para tal efecto. La redacción de estos memos o memorandos analíticos se inició en el primer ciclo de codificación y se han utilizado para agrupar, dividir y recodificar los datos durante todo el proceso de análisis de estos.



6.2.4. EL PROCESO DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN DE CARÁCTER CUALITATIVO

El proceso de análisis de información de carácter cualitativo se caracteriza por su flexibilidad, circularidad, dinamismo y rigurosidad, imprescindibles para ordenar, estructurar, comparar y dar significado a la información obtenida, transformándola en información sistemática y manejable que permita la comprensión del fenómeno estudiado (Berenguera Ossó et al., 2014).

Son múltiples los tipos de análisis de datos utilizados en estudios con enfoque cualitativo: análisis temático, estructural, de contenido, de teoría fundamentada e incluso el llamado análisis hermenéutico-dialéctico (Berenguera Ossó et al., 2014; De Souza Minayo et al., 2007; Raskind et al., 2019). En cada estudio se debe elegir el tipo de análisis de forma justificada y rigurosa en función del método que siga la investigación, el objetivo del estudio, la metodología utilizada para la recolección de la información y la naturaleza de los datos (González Gil & Cano Arana, 2010).

6.2.4.1. ANÁLISIS DE CONTENIDO Y ANÁLISIS DEL DISCURSO

Los dos referentes metodológicos que más aparecen en estudios cualitativos en salud son el análisis de contenido y el análisis del discurso. Ambos aparecieron en el contexto de las ciencias sociales como estrategias para interpretar datos de la comunicación y aunque al principio se pensaron como técnicas de análisis, sus seguidores los enriquecieron con componentes teóricos y filosóficos hasta situarlos como verdaderas corrientes de pensamiento (Amezcuea & Gálvez Toro, 2002).

a) *Análisis de contenido*: conjunto de métodos y procedimientos de análisis de documentos que pone énfasis en el sentido del texto. Establece dos grados de complejidad, descriptivo e inferencial, y recurre a técnicas de análisis tanto cuantitativas como cualitativas. Distingue tres tipos de análisis: sintáctico (se interesa por la morfología del texto, permitiendo la búsqueda y recuento de palabras), semántico (busca el sentido de las palabras y el análisis de los temas y categorías propuestas), y pragmático (pretende descubrir las circunstancias en las que la comunicación tiene lugar) (López-Aranguren Quiñones, 2016).

Este enfoque de análisis de la información ofrece una gran ventaja para investigaciones que pretendan complementar abordajes cuantitativos y cualitativos, de paso que ofrece una relativa compatibilidad con los programas de cómputo (Amezcuea & Gálvez Toro, 2002).



b) *Análisis del Discurso*: alude a una gran diversidad de enfoques y métodos con vocación de construir un dominio autónomo de estudio, que se caracteriza por un enfoque crítico de los problemas sociales, el poder y la desigualdad (Van Dijk, 2000). El estudio del discurso pretende formular teorías sobre las tres dimensiones que lo componen: el uso del lenguaje (estructuras del texto y la conversación), la comunicación de creencias (cognición) y la interacción en situaciones de índole social.

En tal sentido el análisis del discurso no puede considerarse como un simple método que uno puede utilizar mientras realiza una investigación de índole sociosanitaria, pues su enfoque tan amplio obligaría a precisar todavía más tanto en la perspectiva adoptada (lingüística, antropológica, socio-crítica, etc.), como en las técnicas concretas utilizadas. En cambio, considerado como área de estudio y referente teórico aplicable a los enfoques sociales de la salud, el análisis del discurso se muestra como el referente idóneo para estudiar las instituciones sociales y políticas, las organizaciones, relaciones de grupo, estructuras, procesos, rutinas y muchos otros fenómenos en sus manifestaciones más concretas (Van Dijk, 2000).

Cada uno de estos métodos de análisis puede diferir en su enfoque dependiendo de las técnicas utilizadas durante el mismo.

6.2.4.2. RAZONAMIENTO INDUCTIVO Y DEDUCTIVO

Antes de concretar el proceso analítico llevado a cabo en esta fase de la investigación, interesa prestar atención a dos maneras de abordar este análisis: de forma inductiva y deductiva (Escalante, 2011).

El razonamiento deductivo parte de unas premisas ya determinadas en investigaciones previas. Aplicado al análisis de la información, esto quiere decir que los criterios para organizar el material (unidades de significado en el texto) no se construye desde la información misma, sino de ideas, conceptos o temas preestablecidos.

En cambio, en el razonamiento inductivo una explicación se configura a partir de un grupo de temas bien desarrollados que se vinculan sistemáticamente a través de afirmaciones de relaciones. Aplicado al análisis en cuestión significa que la construcción de ideas, conceptos o temas surge del propio análisis de la información, sin un marco previo que los identifique.

En este caso, el análisis e interpretación de la información se realizó tomando elementos de uno y otro, en tanto aquellos temas, conceptos o proposiciones que se identificaron inductiva o deductivamente fueron sometidos a verificación para confirmarlos o verificarlos, lo cual abría un nuevo ciclo inductivo (Amezcuza & Gálvez Toro, 2002).



6.2.5. PROCESO DE ANÁLISIS DE LOS DATOS UTILIZADO EN ESTE ESTUDIO

Previamente a explicar el proceso de análisis llevado a cabo en esta fase, cabe destacar que, a diferencia de la fase cuantitativa, en esta fase de abordaje cualitativo no es posible separar el análisis de los datos de la recogida de estos, sino que, desde el inicio hasta el final de todo el proceso se van alternando ambos sucesos. De hecho, el propio análisis que se realiza de los primeros datos guía el proceso de recogida de los siguientes (Medina Moya, 2006). Por tanto, no se trata de una secuencia lineal sino circular y cíclica considerando un análisis continuo que abarca desde la recolección de los datos hasta la interpretación de los mismos (Krueger & Casey, 2000).

Dada la perspectiva fenomenológica de esta segunda fase del estudio se decidió llevar a cabo un análisis de contenido utilizando el método de las comparaciones constantes de Glaser y Strauss (Glaser & Strauss, 1967). Este método, que combina la codificación inductiva y deductiva de categorías y la comparación constante entre ellas, sirvió de guía durante el proceso analítico con el fin de analizar e interpretar los datos (Carrillo Pineda et al., 2011).

6.2.5.1. TRANSCRIPCIÓN DE LOS GRUPOS FOCALES Y ENTREVISTAS

En primer lugar, se transcribió cada audio obtenido (del grupo focal o entrevista en profundidad) en un texto escrito que se introdujo a su vez en un software de análisis de datos cualitativos asistido por computadora (CAQDAS por sus siglas en inglés), utilizando concretamente el programa ATLAS.ti 9 para MacOS.

Se adjudicó a cada participante un código alfanumérico que sirvió para el registro de los datos y para referenciar los verbatim. Este código se generó, por un lado, con una parte alfabética referente a las siglas de la técnica de recogida de datos utilizada, siendo “GF” para grupo focal y “EP” para entrevista en profundidad. Por otro lado, se agregaron también las siglas del área o servicio donde trabajaban las enfermeras asistenciales (SM: salud mental, AQ: área quirúrgica, SU: servicio de urgencias y HOSP: hospitalización) y una “G” para las enfermeras gestoras. Por último, el código alfanumérico contiene un número que identifica a cada participante según el orden de participación (P1, P2, etc.). De este modo, el código GF-SU:P5, por ejemplo, hace referencia a la participante número 5 del grupo focal de las enfermeras del servicio de urgencias; y el código EP-HOSP:P1 se refiere a la primera entrevista en profundidad realizada a una participante del área de hospitalización.



6.2.5.2. TRIANGULACIÓN DE DATOS CON LAS PARTICIPANTES

La transcripción textual obtenida de los grupos focales y de las entrevistas en profundidad se envió por correo electrónico a las informantes participantes correspondientes. Se les agradeció su participación y se les solicitó la validación de la transcripción, brindándoles la oportunidad de quitar, añadir o cambiar todo aquello que las participantes considerasen oportuno.

Los cambios sugeridos por las participantes se realizaron en el texto y se volvió a enviar a todos los informantes del grupo en cuestión para su validación final. Una vez obtenido el texto validado por todos los integrantes del grupo se inició el proceso de codificación y análisis de este.

6.2.5.3. CODIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA

La codificación de los datos se realizó en el mismo programa informático que contenía los textos transcritos. Una de las ventajas de utilizar un CAQDAS en la codificación es su capacidad de búsqueda y consulta para recopilar y mostrar rápidamente palabras y frases clave y datos codificados de manera similar para su examen. Las búsquedas o consultas de pasajes codificados pudieron incluso encontrar dónde coexistían códigos particulares, se superponían, aparecían en una secuencia o se encontraban cerca unos de otros. Estas funciones de búsqueda pudieron realizar acciones como recuperar, filtrar, agrupar, vincular y comparar, permitiendo al investigador realizar acciones humanas tales como inferir, hacer conexiones, identificar patrones y relaciones, interpretar y construir teorías con los datos (Silver & Lewins, 2007).

Antes de comenzar con la codificación y para familiarizarse con los datos, los investigadores realizaron una lectura integral de todos los datos, obteniendo una visión completa e integradora de todo el material disponible hasta el momento.

Después de esta lectura en profundidad se inició el proceso de codificación en 4 niveles progresivos de análisis e interpretación. Mediante un proceso de reducción y estructuración de la información, se fueron agrupando, dividiendo y reagrupando los diferentes códigos utilizados en cada nivel de codificación.



NIVEL 1. Codificación estructural o temática (análisis deductivo): Segmentación e identificación de unidades de significado y agrupación en categorías temáticas.

Se inició con una segmentación del corpus de datos en unidades de significado (fragmentos de texto con sentido semántico que reflejan una misma idea) y su agrupación en categorías temáticas. Estas categorías se establecieron en relación con los cinco temas identificados a raíz de la primera fase del estudio, sobre los que profundizar en esta segunda fase y, por tanto, la segmentación y la codificación se llevaron a cabo en una sola operación de modo simultáneo.

Se asignaron etiquetas de códigos básicas a los datos para proporcionar un inventario de los cinco temas fundamentales abordados en los grupos focales, empleando códigos descriptivos como primer paso en el análisis de los datos. Es importante tener en cuenta que estos códigos son identificaciones del tema, es de lo que se habla, no del contenido, entendiendo como contenido la sustancia del mensaje. De este modo, la categorización en este primer nivel hacía referencia a la vivencia personal ante un EA, el soporte o ayuda recibida, los factores que influyen en la notificación de EA, los factores que influyen en la CSP y la vivencia durante la época COVID-19. Este nivel de codificación reveló si se habían abordado los 5 temas propuestos y qué temas se habían tratado en mayor o menor medida en cada grupo.

Las categorías se identificaron con códigos de 4 o 5 letras que en general coinciden con las primeras letras o siglas del tema al que se refieren. Por ejemplo, la categoría “EA_AY” se refiere a la ayuda recibida cuando ocurre un EA (Tabla 19).

Tabla 19. Códigos utilizados por categorías en el Nivel I de codificación

CÓDIGO	DEFINICIÓN DE LA CATEGORÍA
1. EA_VI	Vivencia ante EA: Descripción de las vivencias ante la aparición de EA (causas, consecuencias, sentimientos...)
2. EA_AY	Ayuda recibida: Descripción del soporte o ayuda recibida ante la aparición de EA
3. SP_F	SP Factores: Descripción de los factores que influyen en la CSP y con qué o quién se relacionan
4. EA_NOT	Notificación de EA: Descripción las vivencias ante la notificación de EA
5. VC	Vivencia COVID: Descripción de las vivencias relacionadas con la COVID-19

Fuente: elaboración propia



NIVEL 2. Codificación abierta (análisis inductivo): Segmentación e identificación de unidades de significado y agrupación en categorías descriptivas.

Antes de iniciar este nivel de codificación se realizó una descontextualización. La descontextualización consiste en sacar de su contexto un extracto de texto con la finalidad de hacerlo semánticamente independiente. Se identificaron unidades conceptuales, fragmentos del corpus textual con sentido semántico. En este nivel de codificación se analizó el contenido, la sustancia del mensaje, más allá del tema al que hacía referencia. Su identificación corresponde a una etapa de codificación enteramente libre (Escalante, 2011).

Para ello se consideraron unidades de significado aquellos fragmentos que reflejaban una misma idea y la codificación de éstas se llevó a cabo en una sola operación de modo simultáneo. Es decir, los temas a los que aludían las diversas unidades de significado identificadas constituyeron las diversas categorías en las que aquéllas se incluían.

Una vez identificadas todas las unidades de significado que hacían alusión a una misma idea se seleccionaron aquéllas que eran relevantes para los objetivos del estudio descartando aquéllas que no tenían ningún tipo de relación.

En resumen, categorización y segmentación son dos operaciones que se realizaron de nuevo simultáneamente porque el criterio usado fue la pertenencia a un determinado concepto, donde las unidades que hacían referencia a una determinada idea se incluyeron en las categorías que se correspondían con esa idea.

En este nivel de codificación el proceso de construcción del sistema de categorías ha sido inductivo, abierto y generativo. Es decir, no se ha utilizado ningún esquema categorial previamente construido en el que encajar las unidades de significado. De modo que a medida que se realizaba la lectura en profundidad, a cada unidad de significado relevante se le asignaba un código con el cual se identificaba la categoría a la que se consideraba que la unidad pertenecía y que se correspondía con el concepto que aparecía en el texto.

Si el concepto se englobaba en uno de los cinco temas identificados en el primer nivel de codificación, la identificación de estas categorías se hacía añadiendo en minúsculas la idea a la que hacía referencia al código identificado en el primer nivel de codificación. Por ejemplo, la categoría “EA_AY_compañeros” se refiere a la Ayuda recibida por parte de compañeros cuando ocurre un EA. Esta categoría se construyó sobre la base de la identificada en el primer nivel donde “EA_AY” hacía referencia a la ayuda o soporte recibido ante un EA. Así, en este nivel de codificación se recodificaron los temas iniciales de la codificación estructural del primer nivel.



También surgieron conceptos no identificados en el primer nivel de codificación generando nuevas categorías. En este caso, el concepto se identificó en el código con letras mayúsculas, añadiendo en minúsculas la categoría. Por ejemplo “SP_CONCEPTO” fue una categoría emergente en este nivel que hace referencia a los aspectos que engloba la SP y la CSP, sus características y los tipos de EA. Así, la subcategoría “SP_CONCEPTO_tipos” se refiere a los tipos de errores y de EA que engloba la SP.

Los segmentos codificados de manera similar se recopilaron luego juntos para una codificación y análisis más detallados en el siguiente nivel de codificación.

NIVEL 3. Codificación axial (análisis deductivo/inductivo): Construcción de un sistema de núcleos temáticos emergentes o metacategorías.

Se agruparon y estructuraron las categorías resultantes del segundo nivel de codificación en metacategorías. Después de un proceso de comparación intercategorías en el que se buscaron similitudes estructurales, teóricas y elementos comunes, emergieron núcleos temáticos en torno a los cuales se agruparon todas las categorías.

Estas metacategorías se construyeron de manera simultánea e interactiva a la emergencia de las categorías en el segundo nivel, utilizando para ello los esquemas conceptuales de nuestro marco teórico y de interpretación. Constructos reformados para captar todas las propiedades de la realidad estudiada tal y como la describieron los informantes. Esto quiere decir que las metacategorías o núcleos temáticos de este tercer nivel de análisis no son independientes o extraños a las categorías o perspectivas de significado que utilizaron las enfermeras participantes. En cierto sentido todas las personas participantes en el estudio están reflejadas en las metacategorías emergentes definidas, que corresponden a la identificación de los grandes temas que describen la esencia de sus vivencias.

Las etiquetas o nombres de las metacategorías surgieron de la lista de códigos elaborada en el nivel previo de codificación, seleccionando aquellos que destacaron por ser más abstractos y amplios que los demás y por tener más capacidad de condensación o integración de significado.

Otro de los objetivos finales durante la codificación axial (junto con la recopilación y el análisis de datos cualitativos continuos) fue lograr la saturación de datos cuando no parece surgir nueva información durante la codificación, es decir, cuando no hubo nuevas propiedades, dimensiones, condiciones, acciones o temas, ni se vieron nuevas interacciones o consecuencias en los datos (Corbin & Strauss, 2015).



Un ejemplo de este nivel de codificación en metacategorías es la categoría “EA_VI_causas”, que se refiere a los motivos por los que suceden los EA, y que se recodificó en la metacategoría “SP_F” que hace referencia a los factores que influyen en la SP.

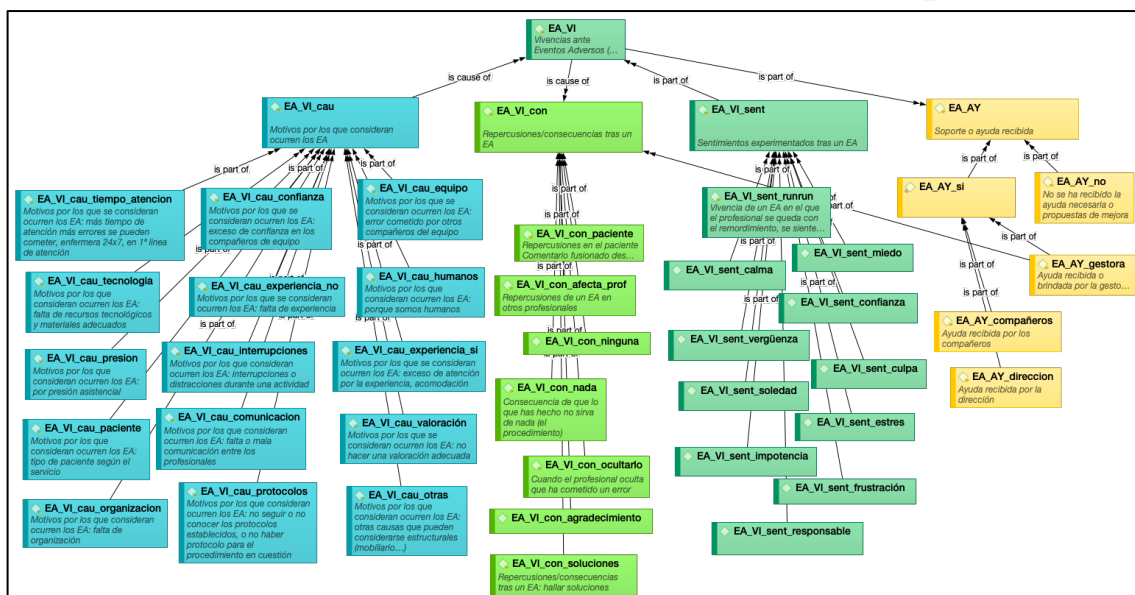
NIVEL 4. Codificación selectiva (análisis inductivo/interpretativo/explicativo): Interpretación de datos (análisis secuencial y transversal de las metacategorías)

Es la etapa de refinamiento y esquema explicativo teórico. Consiste en el análisis intenso hecho alrededor de cada metacategoría con el fin de relacionar categorías con subcategorías y especificar sus propiedades. Las propiedades de una metacategoría se refieren a componentes tales como las condiciones, causas y consecuencias de un proceso, acciones que le permiten al investigador saber “si, cuándo, cómo y por qué” sucede algo.

En este nivel de codificación no solo se organizaron los códigos obtenidos en los niveles anteriores mediante el uso de redes, sino que se intentó atribuir el significado y explicación de esa organización.

En la Figura 8 se puede ver un ejemplo de red relacionando categorías y subcategorías de la metacategoría “EA_VI” que se refiere a la Vivencia de EA, elaborada durante este nivel de codificación.

Figura 8. Red de la relación entre categorías y subcategorías de la metacategoría “EA_VI”



Fuente: imagen obtenida del programa atlas.ti



Técnicas de codificación y análisis adicionales

Además, se realizaron tres tipos adicionales de codificación y análisis:

Codificación de atributos (en el lenguaje CAQDAS): es la notación de información descriptiva básica sobre los datos y las características demográficas de las participantes para su futura gestión y referencia. Para esta codificación se describieron los diferentes atributos utilizando las variables personales/profesionales descritas en la fase cuantitativa del estudio.

Codificación de magnitud: se realizó aplicando valores numéricos a los datos para describir sus características variables, como intensidad o frecuencia. Los códigos de magnitud agregan textura estadística a los datos cualitativos y ayudan con métodos mixtos o estudios cuantitativos. Se utilizó un informe de frecuencia de código con el fin de identificar qué temas, ideas o conceptos fueron comunes en todos los grupos y cual rara vez ocurrió. Se determinó la frecuencia en que se mencionó un tema en particular en cada grupo y el número total de veces que un tema aparecía en el texto.

Codificación simultánea o “co-ocurrencias”: se realizó identificando cuando dos o más códigos con un significado diferente se aplicaban o se superponían en una misma unidad de significado con el fin de determinar su complejidad.

6.2.6. CRITERIOS DE CALIDAD Y VALIDEZ

Los criterios de calidad y validez que se han tenido en cuenta para garantizar el rigor de esta fase del estudio son los descritos por Guba y Lincoln y adaptados por Medina: credibilidad, transferibilidad, dependencia/consistencia, confirmabilidad y reflexividad (Calderón Gómez, 2009; Guba & Lincoln, 2002; Medina Moya, 2006).

Para garantizar la **credibilidad**, el investigador lee y relee constantemente los datos, analiza los datos, codifica y recodifica, integra y desmiembra las categorías revisadas hasta que el informe final proporcionó la profundidad de conocimiento deseada. Se realizó también, una *triangulación* de analistas, es decir, se realizaron sesiones analíticas periódicas y en cada nivel de análisis, durante las cuales los miembros del equipo de investigación discutieron los códigos, categorías y hallazgos hasta alcanzar consensos. Además, se hizo una *verificación* en cada uno de los niveles del análisis, contrastando el marco explicativo elaborado con los datos y su interpretación.

Se elaboró un cuaderno de campo para facilitar la descripción detallada y completa de todas las fases del estudio, aportando al estudio una mayor credibilidad y transferibilidad. Así se proporciona una descripción detallada sobre el entorno del



estudio, la selección de la muestra, los criterios de elegibilidad y el proceso de análisis de datos para que los lectores puedan hacer su propio juicio sobre la **transferibilidad**.

Para asegurar la **dependencia y la consistencia** las estrategias utilizadas han sido en primer lugar que el investigador que condujo los grupos focales y las entrevistas es ajeno a la institución. El investigador explicó el estudio a las participantes, les brindó toda la información sobre el mismo y respondió a sus preguntas sobre el estudio de investigación. Durante este proceso, el investigador desarrolló una relación con las participantes y aprendió sobre el contexto. También se utilizaron métodos solapados de recogida de datos (grupos de discusión y entrevistas en profundidad) a través de grabaciones. Se argumenta la toma de decisiones a lo largo de la investigación y se describen minuciosamente los procesos de análisis llevados a cabo. Se utilizan citas ilustrativas de las participantes anónimas para respaldar los hallazgos.

Para garantizar la veracidad de las descripciones realizadas por las participantes (**confirmabilidad**) se registró la información a través de plataformas virtuales, se realizaron transcripciones textuales de los grupos focales y de las entrevistas, y se verificaron los datos obtenidos con las participantes.

Finalmente, se llevó a cabo la **reflexividad** a través de un registro que incluye notas sobre la toma de decisiones clave, reuniones del equipo de investigación, la guía de entrevistas, notas de campo, transcripciones, memorandos de análisis preliminar, pensamientos reflexivos y un borrador del informe, facilitando la consciencia del investigador respecto de sus propios planteamientos y perspectivas teóricas tanto en el diseño, como en las relaciones con las participantes y en el desarrollo del conjunto de la investigación.

6.3. FASE EMPÍRICA ANALÍTICA (RESULTADOS)

Se realizaron un total de cuatro grupos focales (GF) - tres de ellos con la participación de enfermeras asistenciales de distintas áreas o servicios y otro GF formado únicamente por enfermeras gestoras-, así como dos entrevistas en profundidad (EP) a enfermeras con desempeño en el área de hospitalización.

Las sesiones grupales tuvieron una duración total de entre 1h 13 min a 1h 26 min (promedio 1h 21 min), con una participación de entre cinco y siete enfermeras por GF, con un total de 24 participantes. Del total de participantes en los GF, 19 fueron mujeres y 15 refirieron más de 5 años de experiencia en el servicio actual. En la tabla 20 se pueden observar las características personales y profesionales de las participantes de



cada GF, así como el de las participantes en las entrevistas en profundidad. Para garantizar el anonimato de las participantes, dichas características se muestran de forma agrupada, describiendo únicamente los valores mínimos y máximos.

Tabla 20. Características personales y profesionales de las participantes en la fase II (n = 26)

Características de las participantes						
	Descriptivos	GF-SM	GF-AQ	GF-G	GF-SU	EP-HOSP
Número de participantes		5	7	7	5	2
Edad	Mínimo	37	41	42	27	37
	Máximo	61	61	55	56	41
Sexo	Hombre	1	0	1	1	0
	Mujer	4	7	6	4	2
Años en el servicio/unidad	Mínimo	5	5	1	5	8
	Máximo	31	42	16	25	18
Años de experiencia como enfermeras	Mínimo	5	10	15	5	16
	Máximo	41	40	30	27	18
Turno de trabajo	Mañana (incluye turno partido)	5	3	3	2	1
	Tarde	0	3	2	1	1
	Noche	0	1	2	2	0
Jornada	Jornada completa	3	6	5	3	1
	Jornada parcial	2	1	2	2	1

Abreviaturas: GF: Grupo focal, EP: Entrevista en Profundidad, SM: Salud Mental y Adicciones, AQ: Área Quirúrgica, G: Gestoras, SU: Servicio de Urgencias, HOSP: Área de Hospitalización

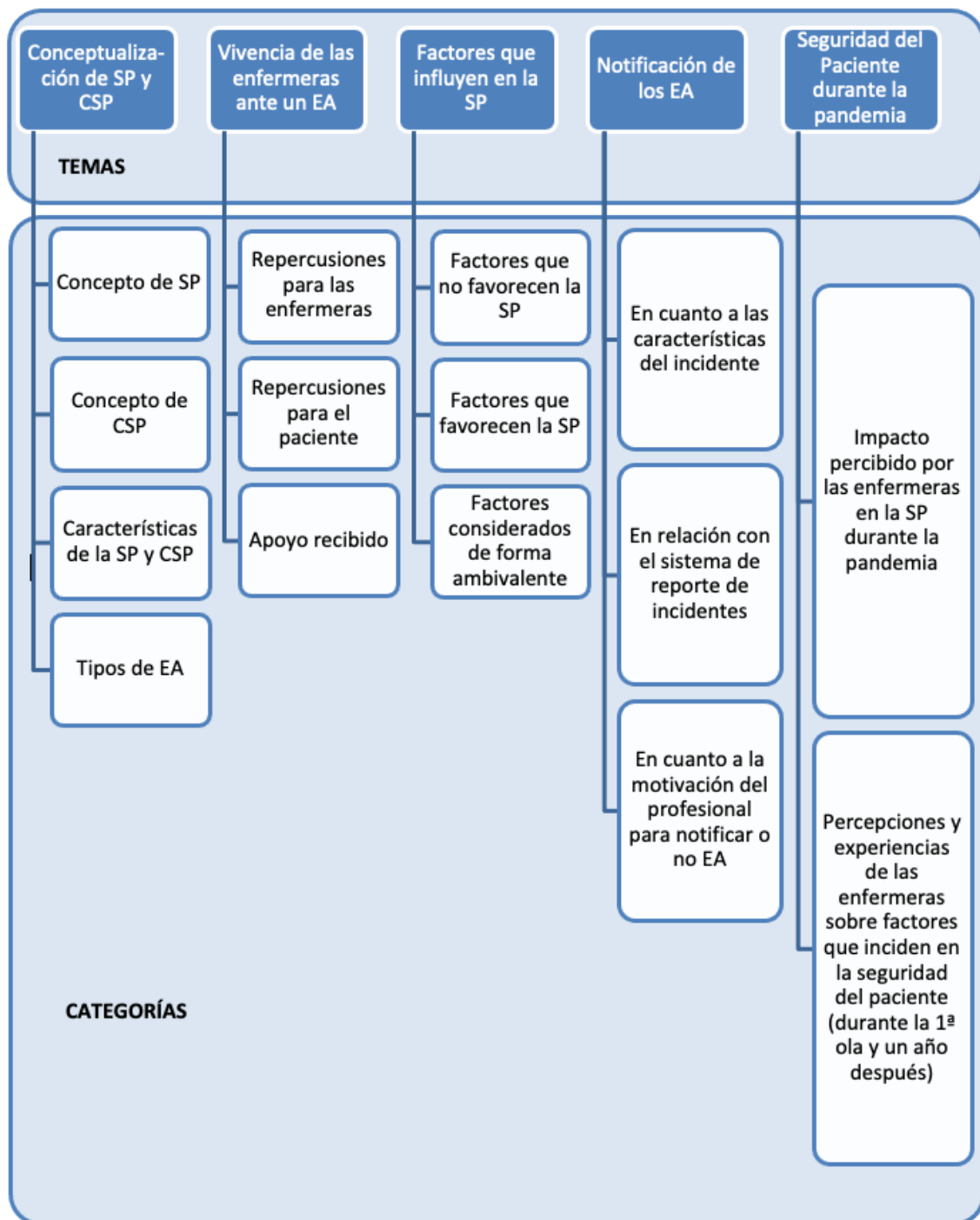
Fuente: elaboración propia

Resultados obtenidos de la fase cualitativa de la investigación

Los resultados cualitativos se presentan a continuación organizados por temas o metacategorías, que integran las categorías con base a sus propiedades, en cinco distintos: uno, la conceptualización de SP y CSP; dos, la vivencia de las enfermeras ante un EA; tres, los factores que influyen en la SP; cuatro, la notificación de EA; y cinco, la SP en relación con la pandemia de la COVID-19 (ver Figura 9).



Figura 9. Esquema de los temas o metacategorías y categorías extraídos de los datos cualitativos



Fuente: elaboración propia

Del análisis cualitativo de la información obtenida mediante los GF y las entrevistas en profundidad, así como el diario de campo, emergen dichos temas, las categorías y subcategorías que se detallan a continuación, a lo largo de este capítulo.



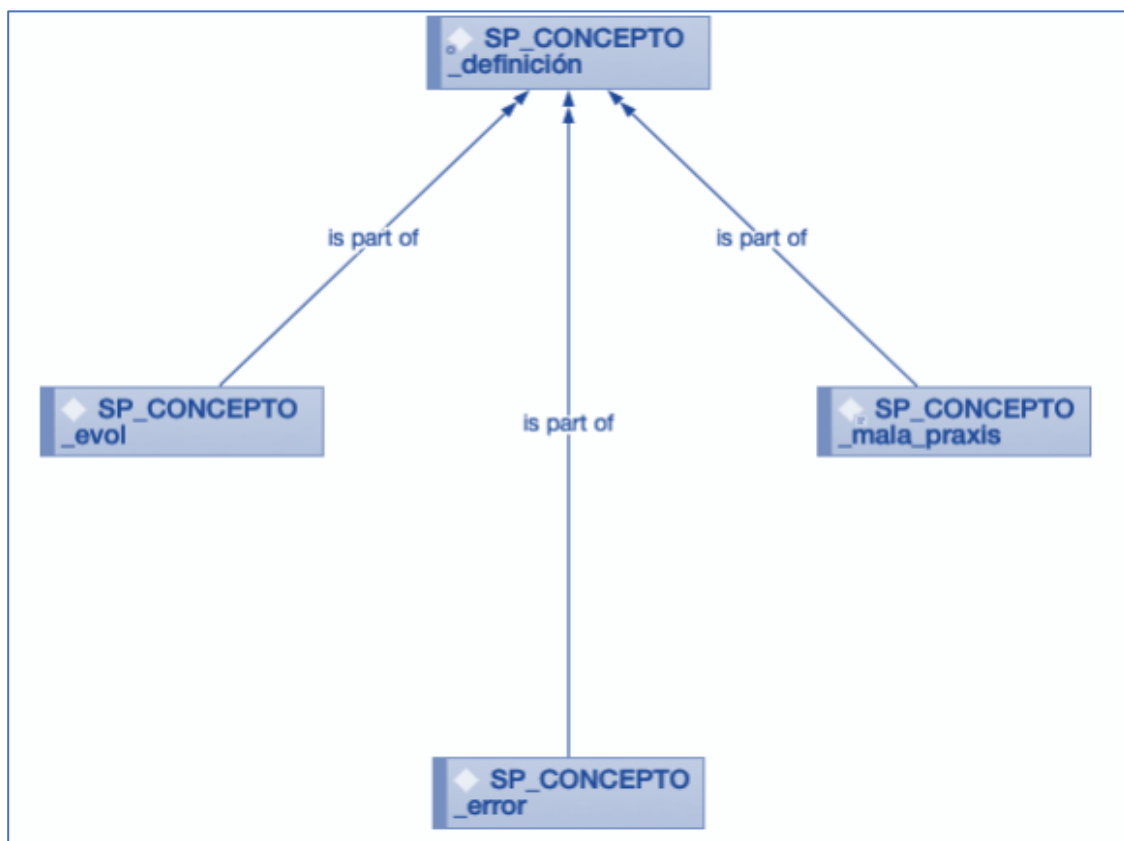
6.3.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE SP Y CSP

A pesar de no haber sido formulada ninguna cuestión específica solicitando la definición de SP ni de CSP, en todos los GF, así como en las entrevistas en profundidad², las enfermeras han desarrollado el concepto que tienen de SP y de CSP, identificando las características de esta, así como los diferentes tipos de EA que han experimentado en relación con la SP. En la figura 10 se pueden observar las categorías que emergen de este tema y las subcategorías relacionadas (Figura 10).

6.3.1.1. CONCEPTO DE SP

Esta categoría: Concepto de SP, se divide en tres subcategorías, agrupando el **concepto de fallo o error**, la diferenciación del **concepto de mala praxis** y la **evolución de la SP** en las últimas décadas. Se delimita cómo se refirieron las enfermeras a la SP (Figura 11).

Figura 11. Categoría: Concepto de SP y subcategorías

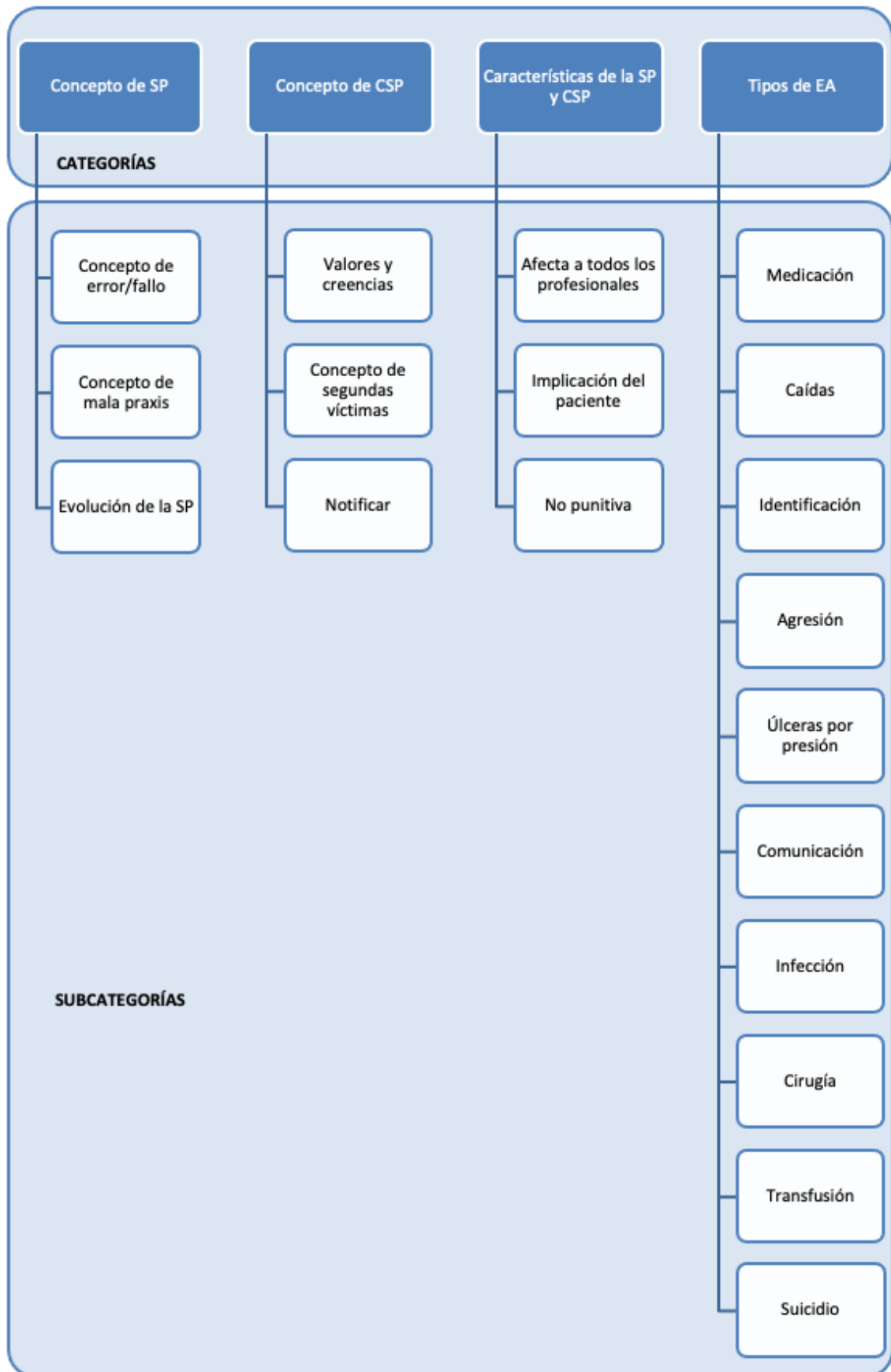


Fuente: imagen de atlas.ti

² En adelante, los resultados referentes a **todos los GF** engloban tanto a los resultados obtenidos en los GF, como a los resultados obtenidos en las entrevistas en profundidad



Figura 10. Elementos cualitativos del tema Conceptualización de SP y CSP



Fuente: elaboración propia



Concepto de fallo o error

Las enfermeras hicieron referencia a la SP como el riesgo de cometer fallos, incurrir en equivocaciones, de pasar por alto algún aspecto relacionado con la atención del paciente, que puedan ocasionar daño a la persona atendida.

“A veces hay equivocaciones (...) hay cosas que se te escapan” (GF-SU:P5)

“Bueno, a ver... Hay errores de gente que bueno (...) Haces una valoración enfermera, haces todo lo que puedes para minimizar los riesgos ¿Pero hasta qué punto?” (EP-HOSP:P2)

Las enfermeras consideraron inevitable el error siempre que implique el factor humano. La frase más utilizada por ellas para referirse a la SP fue la de “errar es humano”. Destaca la referencia continua al concepto de error (frecuencia de palabras: error=82 y errores=88), como factor intrínseco al ser humano. Verbalizaron el “cometer fallos”, como equivocaciones que podrían haber sido evitables, así como el “no haber realizado alguna acción necesaria” o “la no detección de un riesgo para el paciente” como situaciones o sinónimos de error.

“Tú eres una persona que eres enfermera. Y esto también afecta porque eres humana. No eres una máquina. (...) Tenemos errores porque somos humanos” (EP-HOSP:P2)

En el GF de Salud Mental englobaron en el concepto de SP el evitar daños tanto a nivel físico como emocional y psicológico de las personas atendidas.

“La seguridad del paciente (...) para mí tiene que ver con que la persona pueda conservar totalmente su integridad física, emocional, mental” (GF-SM:P3)

Concepto de mala praxis

Diferenciaron el “error” del concepto de “mala praxis”, pues creen que el segundo no hace referencia a la SP, sino que se refiere a realizar prácticas que no son correctas de forma deliberada, como los malos hábitos, las prácticas erróneas rutinarias, no seguir los circuitos establecidos o realizar técnicas y procedimientos de forma incorrecta.

“...acerca de malas praxis, por ejemplo, de un lavado incorrecto de manos, de no respetar un circuito (...) pero luego nos dejamos ir y volvemos a prácticas que no son todo lo correctas que deberían” (GF-AQ:P3)



Puntualizaron que todas aquellas (malas) prácticas que puedan ser sancionadas legalmente no se las consideran un error y, por lo tanto, no responden o no estarían incluidas en el concepto de SP.

"Eso que puede ser sancionable legalmente, no entra dentro de estos sucesos"
(EP-HOSP:P2)

Evolución de la SP

Las enfermeras con mayor antigüedad expresaron que ha habido un auge en la importancia de la SP, desconocida por ellas hasta hace unos años, y de la relevancia que ésta ha adquirido recientemente, fomentando una cultura de prevención de daños evitables para el paciente y concienciando a los profesionales de los riesgos y de la posibilidad de cometer errores durante el proceso de atención.

"Antes no se hablaba de esto, de la seguridad del paciente no se hablaba, en cambio ahora se habla mucho, y es muy importante, es fundamental" (GF-SM:P2)

"Ahora seguridad del paciente sí que tiene más prioridad" (EP-HOSP:P2)

6.3.1.2. CONCEPTO DE CSP

En esta categoría: Concepto de CSP, se agrupan los conceptos que hacen referencia a los valores y creencias que las enfermeras refirieron en relación con la SP. Se señala como las enfermeras reseñaron la CSP en cuanto a sus **valores**, la **necesidad de notificar** y el **concepto de segundas víctimas** (Figura 12).

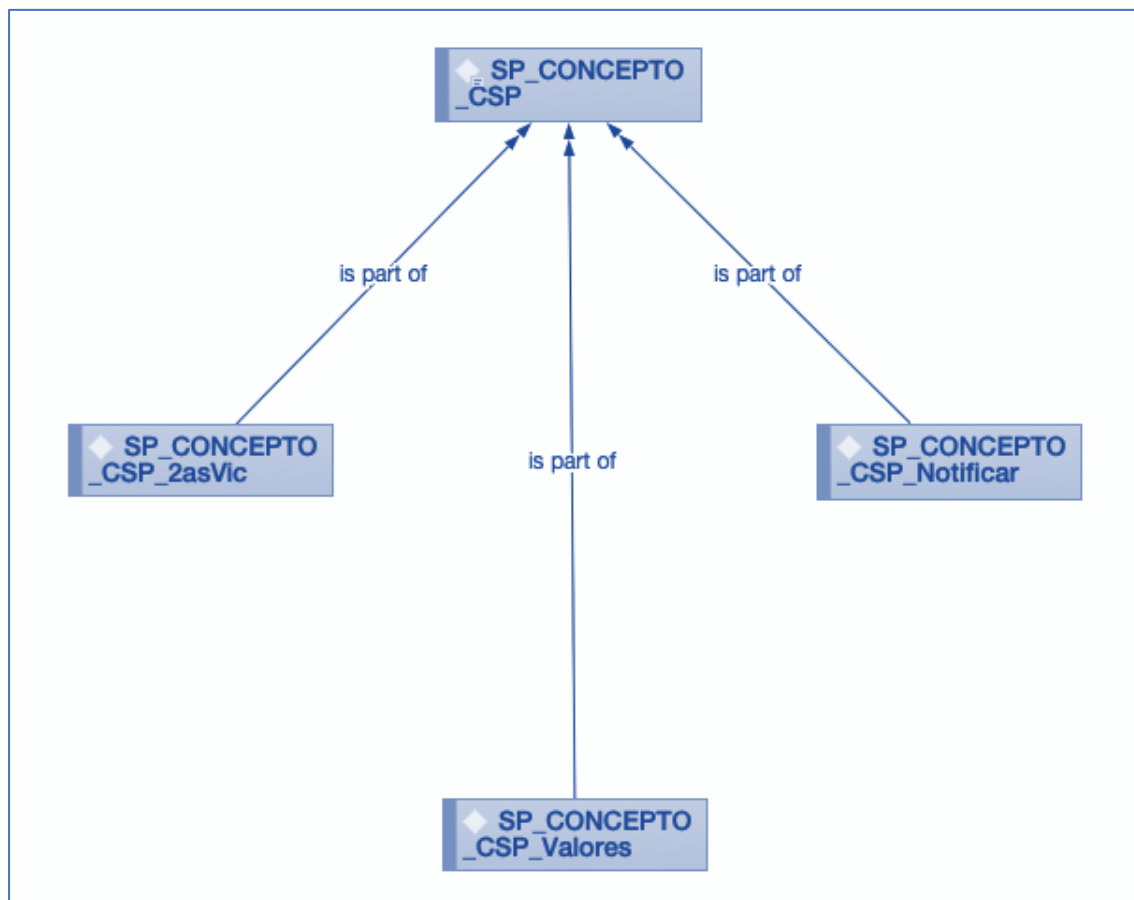
Valores

En cuanto a los valores y creencias que configuran la CSP, tanto en servicios de atención continuada tal que urgencias u hospitalización, como en el área quirúrgica o en los servicios ambulatorios, fueron muy similares. En todos ellos las enfermeras apelaron a su gran responsabilidad, argumentado que son ellas las que están 24 horas al lado del paciente, teniendo así mayor probabilidad de equivocarse.

"Pero yo creo que las que estamos 24 horas somos nosotras [se refiere a las enfermeras]. Más posibilidad de equivocarnos... Pues si somos nosotras las que estamos todo el día delante. Yo creo que tenemos más probabilidades también"
(EP-HOSP:P1)



Figura 12. Categoría: Concepto de CSP y subcategorías



Fuente: imagen de atlas.ti

En el GF de salud mental, donde la atención es ambulatoria, también destacaron la responsabilidad de la enfermera en evitar daños al paciente durante las 24 horas del día, pues recalcaron que, a pesar de que la persona no está ingresada y, por lo tanto, la enfermera no está a su lado todo el tiempo, son responsables de identificar los riesgos y hacer una correcta valoración para evitar daños que puedan producirse una vez que ha finalizado la visita y la enfermera ya no está con el paciente.

“Es nuestro trabajo valorar el riesgo que tiene esa persona y eso forma parte de cuidar su seguridad y si no lo has hecho bien, esta valoración y le pasa algo... también puede ser que lo hayas hecho bien y aún así pase algo, pero es normal que pensemos en lo que va a pasar cuando salga por la puerta de la consulta o cuando tú salgas de su casa porque sino, claro que tiene que ver con lo que has hecho” (GF-SM:P3)



Necesidad de notificar

Las enfermeras destacaron que la CSP requiere utilizar el sistema de notificación de incidentes para fomentar la mejora enfocada en aspectos organizacionales y no para culpabilizar a los profesionales. Además, se refirieron a la “cultura” de los profesionales en este aspecto, destacando la necesidad de confianza mutua, de una buena relación entre todos los profesionales del equipo, haciendo énfasis en que la SP incumbe a todos los colectivos profesionales.

“La cultura de seguridad de pacientes quiere decir que tú notificas, pero notificas para una mejora, no notificas para meter una clatellada a nadie, eso es algo que yo creo que hemos ido mejorando con el tiempo” (GF-G:P1)

“¿realmente ha sido un error humano, o es un error de sistema o de organización? simplemente, para que vea que no pasa nada, que le puede pasar a él [se refiere a otro profesional] y me puede pasar a mí” (GF-G:P3)

“Cómo prevenir esos riesgos (...) hay que hacer educación para que esa sea la política de este hospital y debería ser de todos” (EP-HOSP:P2)

Concepto de segundas víctimas

En los GF de enfermeras gestoras y del área quirúrgica surgió además el concepto de segundas víctimas, haciendo referencia al impacto en los profesionales que experimentan un EA o cometen un error, haciendo énfasis en cómo les afecta a nivel personal y profesional, dando especial importancia a la necesidad de implicación de la institución en el apoyo a estos profesionales.

“Una segunda víctima es aquella que ha cometido el error, es la enfermera, no es el paciente que ha recibido el error, es la enfermera, el médico, el camillero, al que le haya pasado... entonces, sí, tú te quedas ahí, intentas pues yo qué sé, ayudarla, escucharla, intentas solucionar, ir a hablar con la persona a ver que le ha pasado y tal, puedes trabajar después en un grupo para ver qué se podría haber hecho y cómo mejorarlo y que no vuelva a pasar, pero ahí nos hemos quedado, esa persona que lo ha cometido se lo sigue tragando y no hay nadie detrás que le está dando un soporte psicológico” (GF-G:P1)

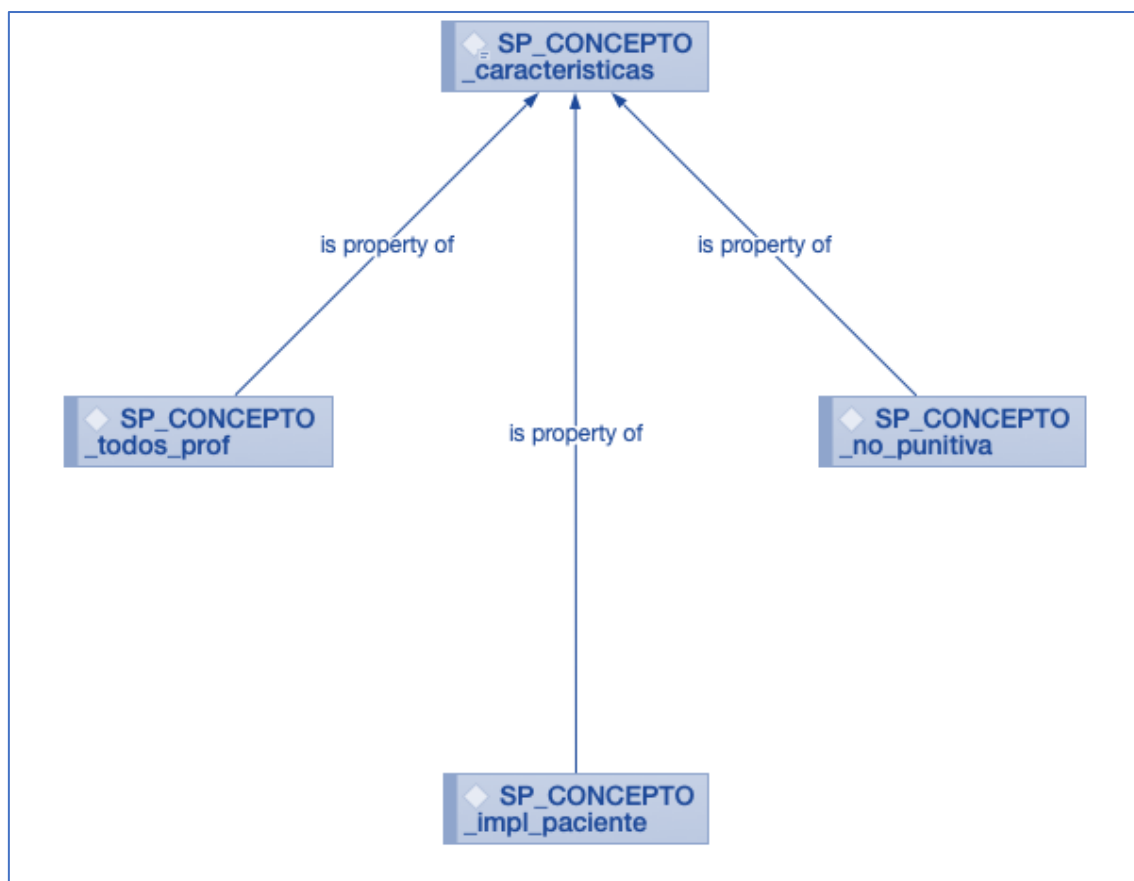
“Todo el mundo deberíamos hacer el curso de segundas víctimas porque de alguna manera te das más cuenta de lo que la otra persona puede pasar y de si le puedes ayudar. Que muchas veces no somos conscientes de que eso al profesional le perjudica o se ha podido sentir mal o no duerme por la noche, o porque realmente está pensando en lo que le ha pasado a este paciente ‘es culpa mía’.” (GF-AQ:P1)



6.3.1.3. CARACTERÍSTICAS DE LA SP Y CSP

En la categoría: Características de la SP y la CSP, se engloban las subcategorías que hacen referencia a las principales características que las enfermeras refirieron en torno a la SP, como que **implica a todos los profesionales**, así como **al paciente** y que debe ser **no punitiva** (Figura 13).

Figura 13. Categoría: Características de la SP y CSP y subcategorías



Fuente: imagen de atlas.ti

Implica a todos los profesionales

Las participantes describieron la SP como las acciones que se ejecutan de forma sucesiva en el proceso de atención de la persona y que involucra, por lo tanto, a todos los profesionales, sanitarios y no sanitarios, implicados en dicho proceso. En todos los GF destacaron que tanto médicos, auxiliares, camilleros, administrativos e incluso el personal de cocina y de limpieza están directamente implicados en la SP. Opinaron que en nuestro hospital no todos los profesionales le dan la misma importancia a la SP y que algunos colectivos no tienen la misma prioridad o conciencia del riesgo y de la importancia de evitar posibles errores.



“Una cosa muy importante que veo, que ya lo hemos dicho, pero que se tendrían que implicar mucho más facultativos, camilleros, auxiliares... en tema seguridad del paciente porque al final el peso... que se puede pensar que el colectivo de enfermería son mayor número, pero si no está el médico, no hay auxiliares, no hay camilleros, no hay técnicos... pues vamos a estar también cojos igual, porque parezca... cuando tú notificas algo lo que pasa es que otros colectivos se lo va a tomar como que estás acusando a alguien... no hay esa cultura, entonces hay que incluir a todo el mundo aquí” (GF-G:P4)

“pero entran tantas personas en el circuito ese del error, tantas... que bueno, pues... abarcarlo todo o... asegurarte que eso no pase, entonces eso es... a mí me frustra (...) pero aquí tenemos que tener la cultura todos” (GF-G:P5)

Implica al paciente

En el GF de salud mental incluso destacaron la necesidad de implicar al propio paciente para reforzar su propia seguridad.

“Dar más peso a la voz de los pacientes aumentaría seguramente su seguridad, tomar más en cuenta lo que ellos perciben, lo que piden, que a veces no les prestamos la suficiente atención, porque ellos también detectan cosas, esto creo que sería una cosa que ayudaría” (GF-SM:P3)

No punitiva

En todos los GF refirieron el hecho de no culpabilizar, no juzgar al profesional que se ha visto involucrado en un EA como característica principal de la CSP. En cambio, referían que todavía no hemos madurado a ese nivel cultural y que muchos profesionales siguen creyendo que el error no está bien considerado. Enfatizaron la importancia de una cultura no punitiva, donde el profesional pueda reconocer sus errores sin miedo a ser acusado ni culpabilizado y refirieron que actualmente en el hospital no todos los profesionales tienen esa cultura. En el área de hospitalización expresaron que los profesionales más noveles tienen mayor dificultad para reconocer los errores, en cambio en áreas como la quirúrgica o urgencias lo atribuyeron más a una creencia social de ocultar los errores.

“Más que buscar culpables, pues buscar soluciones o porqué ha sido, porqué te has llegado a equivocar, donde puedes tener la cabeza en ese momento, en qué situación de estrés o en qué situación de agobio, de no poder más, como para equivocarte en algo así” (EP-HOSP:P1)

“No culpabilizar, no juzgar... ¿ha sido un error humano o es un error de sistema o de organización?” (GF-G:P3)



“Es que creo que tampoco hay cultura de... Hay más cultura de señalar con el dedo que de preguntarle a la persona ¿cómo te sientes? Y entonces sucede el cuchicheo de "Ha pasado esto" y no preguntarle realmente a la persona "Oye, ¿cómo te sientes? que ha pasado esto... ¿Necesitas ayuda?". Esa cultura no, creo, bajo mi punto de vista que no está. Por eso tapar... (...) la gente no quiere sentirse culpable de algo que ha hecho y de las consecuencias. Y que es lo que he dicho antes, es más fácil la comidilla por detrás "mira lo que ha pasado, mira que en este quirófano no sé qué tal", que el ir a la persona y decirle "oye, ¿cómo te sientes, que ha pasado? ¿Necesitas ayuda?". Eso no se hace” (GF-AQ:P1)

“Estamos en una cultura que el error no está bien visto ni por nosotros mismos, o sea, intentar taparlo, “ostia, qué vergüenza, me he equivocado...” entonces... se oculta un poco entre todos... no, conscientemente no, pero inconscientemente lo ocultamos y también el propio profesional que lo ha cometido” (GF-G:P4)

6.3.1.4. TIPOS DE EA

Esta categoría: Tipos de EA, se divide en diez subcategorías, agrupando los diferentes tipos de EA que han relatado las enfermeras participantes (Figura 14).

Los tipos de EA que han vivido las enfermeras son muy diversos según el servicio o área asistencial del hospital. Los incidentes relacionados con medicación fueron comunes en todas las áreas y son los que con más frecuencia han experimentado las enfermeras, seguidos de los EA relacionados con errores de identificación del paciente. La relación entre ambos tipos de errores es nombrada en todos los GF, pues refirieron que a menudo los EA relacionados con errores de medicación se deben a no identificar correctamente al paciente y este hecho conlleva a administrar una medicación a otro paciente, al que no le corresponde dicha medicación.

“Que se pone la insulina en vez de a un paciente a otro” (EP-HOSP:P1)

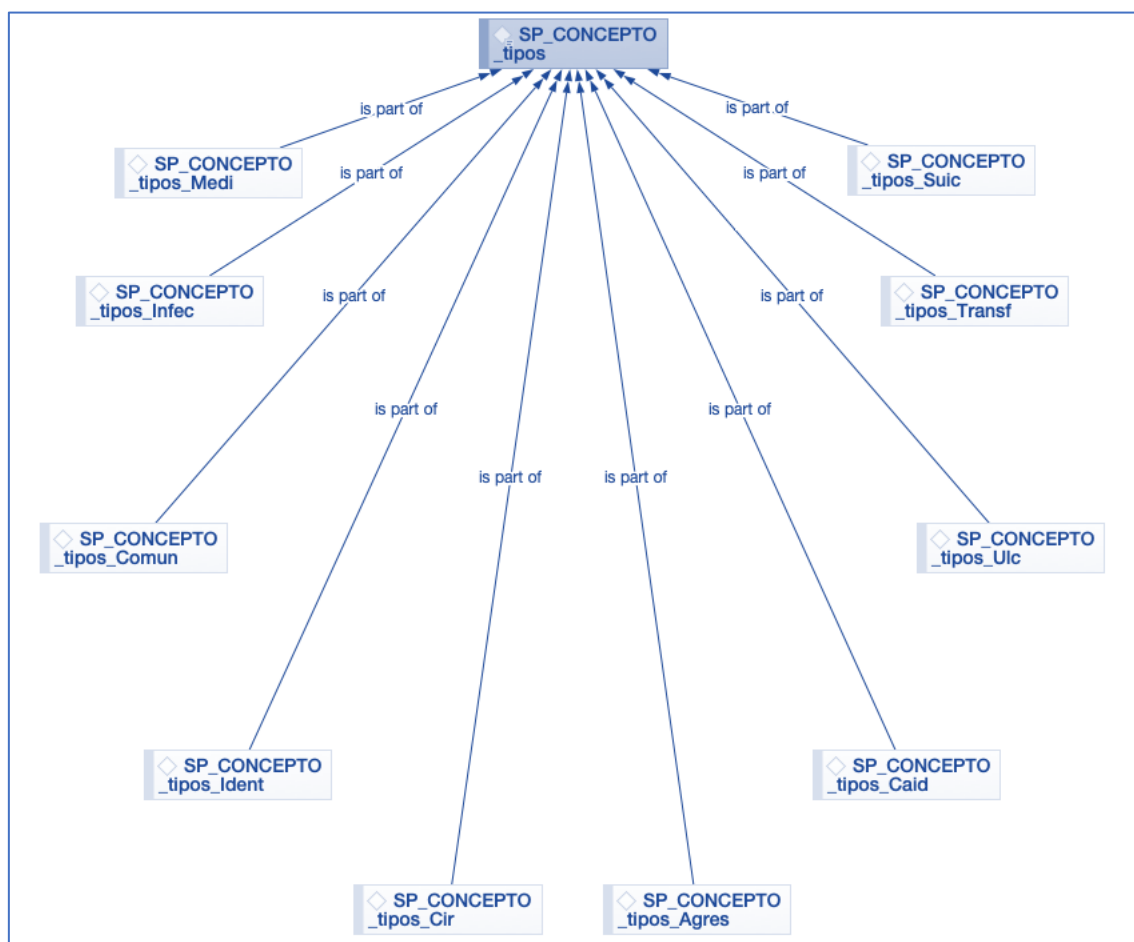
“Yo hace muchos años tuve una equivocación de una administración de una medicación y me la comí yo solo, o sea, no pasó nada, pero podría haber pasado y entonces estuve un tiempo pues en que me tocó, y lo viví yo solo, lo superé, pero te das cuenta de la importancia del trabajo del día a día y de estar metido cien por cien en lo que estás haciendo” (GF-G:P4)

“Y de esto hace poco, en el centro de salud mental, una paciente en lugar de darle la cita cada 3 semanas, que es cuando tenía la frecuencia de administración de



la medicación, le di dos, la cité a dos semanas, y habían pasado al final menos de 2 semanas, entonces como que tuvo una dosis de más, que no pasó nada tampoco, pero sí, es verdad, y esto hace... recientemente” (GF-SM:P4)

Figura 14. Categoría: Tipos de EA y subcategorías



Fuente: imagen de atlas.ti

También detallaron incidentes relacionados con la prescripción errónea de medicación, errores de dosis o administrar un medicamento a una persona alérgica al mismo.

“Lo que pasó es que se puso un medicamento intramuscular, que debía ser para el dolor y lo que se puso fue un relajante muscular. Entonces la persona, la enfermera que lo administró se dio cuenta. Los pacientes antes eran local, había una parte que eran de anestesia local, se cambiaban en un cuartito muy pequeño y se marchaban. Entonces ella fue corriendo a ese cuartito a ver si el señor estaba bien y se lo encontró que se empezaba a desmayar, que se caía y tal. Bueno, fue un poco impactante” (GF-AQ:P1)

“Hace poco que estaba en reanimación, pues igual hace dos semanas, podría ser. Tenía que poner un nolotil (...) y cuando fui administrarlo, ya lo tenía que le iba a



dar al gotero, le digo "¿tiene usted alguna alergia a medicamento?" Me dice "sí, al Nolotil" digo "como ¿al Nolotil? Si aquí no está puesto", "Sí, sí, soy alérgico al Nolotil", digo "Pues mira, me has salvado la vida", porque si le pongo el Nolotil... total, fui a mirar a ver qué había pasado. Mi compañera del pre no puso que era alérgico a Nolotil. La doctora que puso que se administrara ese medicamento no puso que era alérgico a Nolotil y buscando en la historia, no en la historia de alergias, sino la historia del paciente, sí ponía que era alérgico al nolotil" (GF-AQ:P1)

Otros incidentes relacionados con la identificación errónea los relacionaron con la realización de pruebas (análisis de sangre, pruebas radiológicas...) o la aplicación de procedimientos al paciente equivocado (por ejemplo, colocar una vía periférica a un paciente equivocadamente).

"A mi me pasó por ejemplo hacer una extracción a una persona que no le tocaba y dejarle la vía" (GF-SM:P2)

En el GF de enfermeras gestoras fue en el que refirieron mayor diversidad de tipos de EA relacionados con su experiencia en SP. Las gestoras relataron incidentes relacionados con procedimientos que no han sido mencionados por las enfermeras asistenciales, como la transfusión de componentes sanguíneos, las úlceras por presión y la comunicación entre los profesionales.

"Yo quiero aportar que igual la comunicación entre nosotros también, es un punto que a veces... bueno, pues eso, no? nos falta un poquito de comunicación y también podríamos evitar algún que otro error" (GF-G:P7)

"Por ejemplo, tuvimos uno hace poco con un niño, que fue lo típico que fueron a poner el relajante y la doctora dijo "4 rayitas", la otra piensa que 4 rayitas son 4 mililitros, y era un niño, la dosis errónea... (...) 4 rayitas... toma 4 ml... entonces... bueno sobre todo es por decir ponme uno... en lugar de hablar todos la misma nomenclatura, pues en miligramos o mililitros, pues cada uno... ponle 1cc, ponle 1ml, ponle microgramos, ponle... cada uno usa su lenguaje... entonces ya está, un problema de comunicación" (GF-G:P6)

Con relación a las caídas, han sido experimentadas en los servicios de atención continuada, como urgencias, hospitalización y por las gestoras.

"Y que puede ser tu culpa o puedes influir, o puede que sea cosa externa de que haya implicado... no sé una caída de un paciente que no siempre es cosa de estar ahí, que... mobiliario (...) a lo mejor en el baño hay una zona que patina más..." (GF-SU:P3)



En cuanto a la prevención de infecciones, no como un EA en sí, si no refiriéndose al riesgo que supone para que el paciente desarrolle una posible infección, tanto en el GF de gestoras, como en las áreas de hospitalización y quirófano, refirieron aspectos relacionados con la higiene incorrecta de manos. Además, en el área quirúrgica también hicieron referencia al hecho de no seguir los circuitos de prevención y control de la infección específicos de este servicio como un riesgo para la SP.

“Bueno, hay que hacer un transfer, a veces abren la puerta y pasan al paciente por la puerta, que nadie se va a morir ni va a pasar nada por todo esto, porque los bichos no suben por los pies ni por las ruedas, pero es un circuito que tendría que funcionar y la gente se lo salta. Bueno, esa es la realidad” (GF-AQ:P3)

Los incidentes relacionados con conductas agresivas y de suicidio fueron relatados únicamente por las enfermeras de salud mental, donde han sido los EA más referenciados por estas enfermeras, detrás de los errores de medicación.

“Bueno y también hubo el caso de un... bueno tuvimos una agitación con un paciente y vino el de seguridad y también tuvimos que contener al de seguridad porque le pegó al paciente, se lio una allí también que... bueno yo creo que es la situación más traumática que yo he vivido, pero déu n’hi do, fue heavy aquello” (GF-SM:P5)

“Concretamente recuerdo un paciente que un viernes se fue despidiéndose de todo el equipo “bueno nos vemos el lunes, estaré bien, tal”, el fin de semana se autoapuñaló” (GF-SM:P1)

En el área quirúrgica refirieron además errores de lateralidad, como operar el ojo, la mano o la pierna equivocados. También detallaron incidentes relacionados con dejar gases dentro del cuerpo del paciente. En esta área describieron EA relacionados con el aparataje y la tecnología específica que utilizan y que, en ocasiones, si estos aparatos no se mantienen en buen estado o no se comprueba su correcto funcionamiento previamente a su uso, pueden fallar en el momento de utilizarlos, ocasionando incidentes que podrían haberse evitado.

“Aquí hace poco tuvimos. Operamos el ojo equivocado” (GF-AQ:P2)

“En temas de seguridad yo también he visto cosas que han pasado, por ejemplo, dejarse gases dentro... Mira, te voy a explicar... En el otro hospital se empezó a contar las gases cuando se hacía una cadera a raíz de que yo, bueno yo y todo el equipo, nos dejamos una gasa en una prótesis de cadera. Porque antes no se contaban gases, no se contaban y a raíz de allí se empezó a contar gases. Sí, porque bueno, pasó aquello y a raíz de allí ya se empezó a contar y se sigue



contando. Pero bueno, hace un mes o un mes y medio se volvió a dejar una gasa adentro en otra intervención” (GF-AQ:P4)

“Tenemos mucha tecnología y los aparatos fallan (...) A ver, me refiero a que antes de dormir el enfermo estábamos allí todos presentes y empezaron a haber ya problemas. Empezaron a haber problemas, se habían comprobado los laringos, funcionaban. Bueno, pues se iba a intubar, y por ejemplo, los laringos no funcionaban, porque se habían comprobado los laringos... Bueno, la verdad es que se tuvo que correr, la persona que estaba de enfermera de anestesia tuvo que correr mucho y fue a buscar otra pala y encajó perfectamente y se pudo intubar. Pero el enfermo ya tenía el relajante muscular, o sea había que intubar rápido” (GF-AQ:P4)

En la Tabla 21 se puede observar la frecuencia de EA que las enfermeras de cada GF refirieron haber experimentado en relación con los diferentes tipos de EA.

Tabla 21. Frecuencia de EA relatados por las participantes de cada grupo con relación al tipo de EA

TIPOS DE EA	GF-SM	GF-AQ	GF-G	GF-SU	HOSP-EP	TOTAL
MEDICACIÓN	6	3	5	3	3	20
CAÍDAS	0	0	2	1	1	4
IDENTIFICACIÓN	3	0	1	5	2	11
AGRESIÓN	4	0	0	0	0	4
ÚLCERAS POR PRESIÓN	0	0	2	0	0	2
COMUNICACIÓN	0	0	2	0	0	2
INFECCIÓN	0	2	1	0	1	4
CIRUGÍA	0	4	1	0	0	5
TRANSFUSIÓN	0	0	1	0	0	1
SUICIDIO	4	0	0	0	0	4
TOTAL	9	15	17	7	9	57

Fuente: elaboración propia

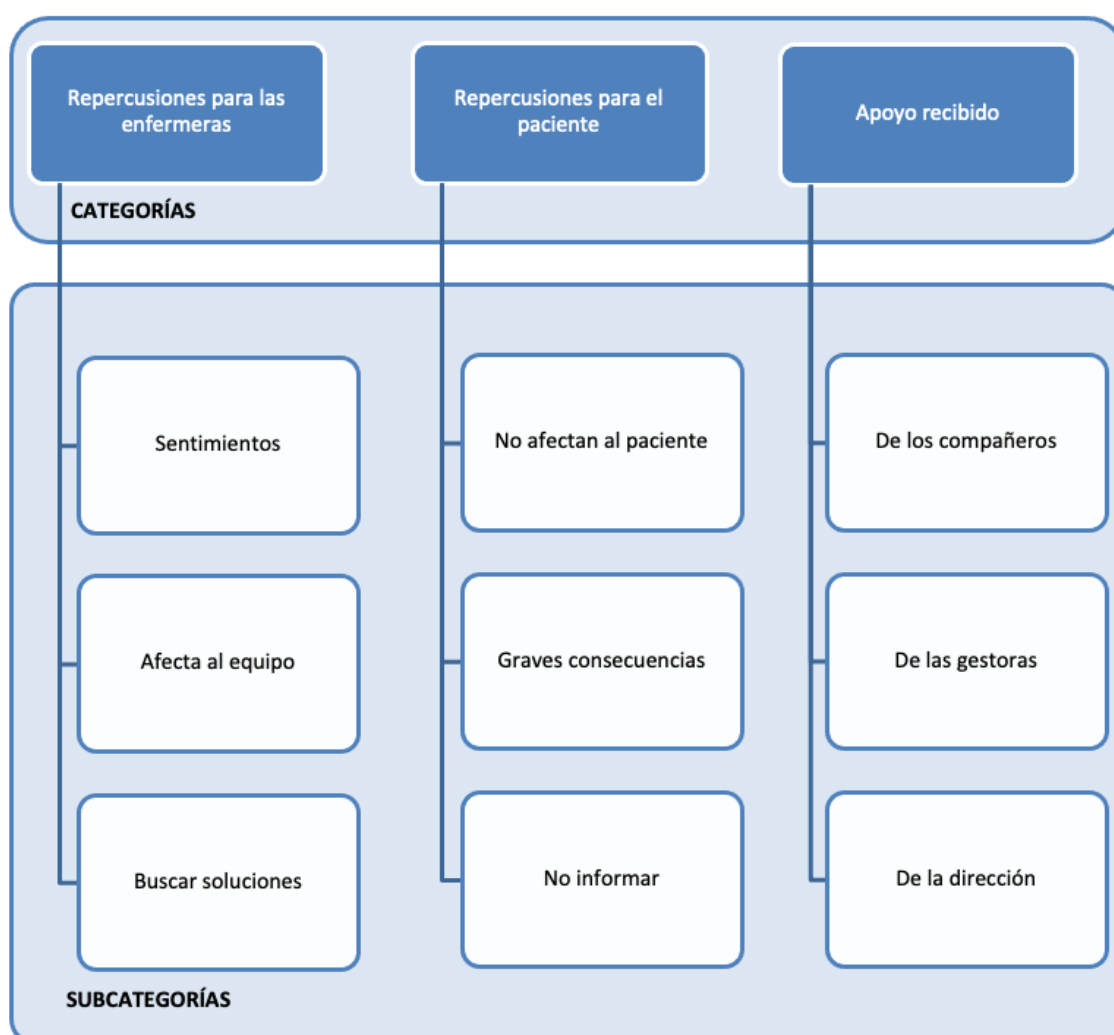


6.3.2. VIVENCIA DE LAS ENFERMERAS ANTE UN EA

Las enfermeras verbalizaron sus vivencias ante un EA refiriendo las repercusiones que éste supone tanto para ellas mismas como para los pacientes. Además, expresaron el apoyo recibido cuando han cometido un error.

En la siguiente figura se pueden observar las categorías que emergen de este tema y las subcategorías relacionadas (Figura 15).

Figura 15. Elementos cualitativos del tema Vivencia de las enfermeras ante un EA



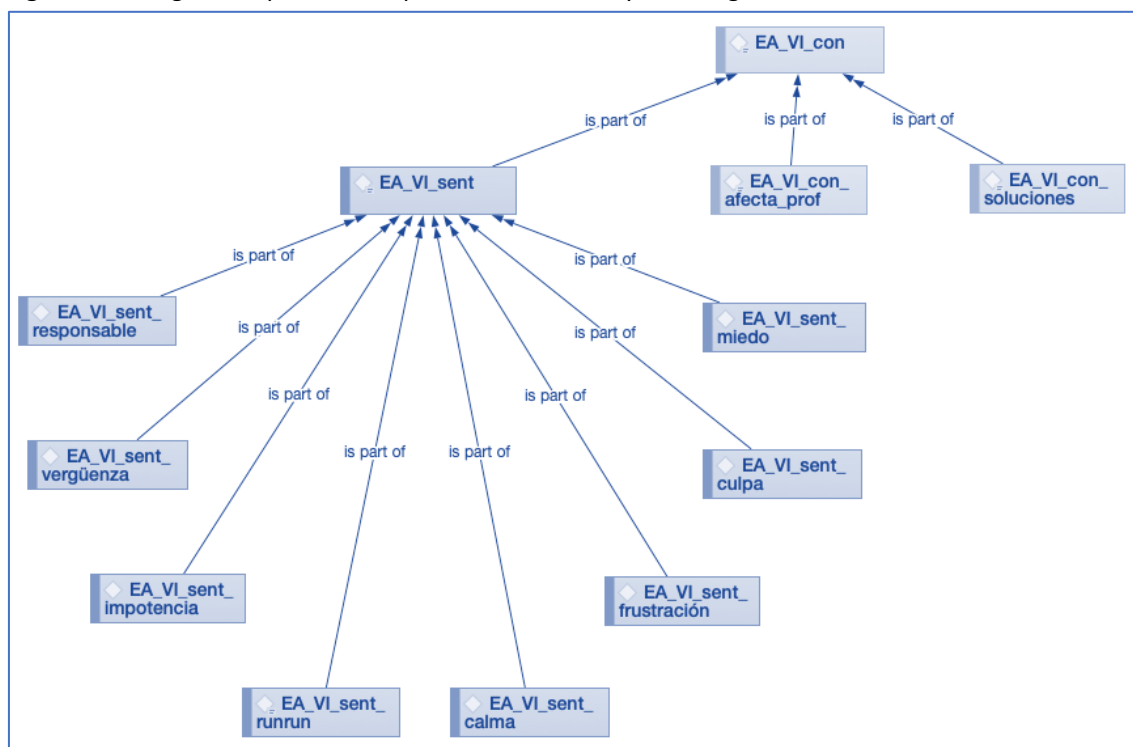
Fuente: elaboración propia



6.3.2.1. REPERCUSIONES PARA LAS ENFERMERAS

Esta categoría: Repercusiones para las enfermeras, se divide en tres subcategorías, agrupando los diferentes tipos de **sentimientos** que han experimentado las enfermeras ante un EA, la **repercusión para el equipo** y el hecho de que consideraron que experimentar un EA **sirve para buscar soluciones** (Figura 16).

Figura 16. Categoría: Repercusiones para las enfermeras y subcategorías



Fuente: imagen de atlas.ti

Sentimientos

Las enfermeras refirieron los sentimientos que han experimentado ellas mismas u otros profesionales tras un EA vivido en primera persona. Detallaron ocho tipos de sentimientos expresados de varias formas, por ejemplo, la vergüenza también la nombraron como “el miedo al qué dirán”.

Se identificaron como responsables de atender a la persona de forma segura. En relación con dicha responsabilidad, algunas enfermeras expresaron tener miedo al daño que su equivocación puede ocasionar al paciente, incluso ante errores donde este daño no se llegó a producir.

“Eres tu la responsable y tienes que estar atenta a todo” (GF-SU:P2)



“Eso nos ocasionó un gran trasiego (...) muchísimas cosas que se nos pasaron por la cabeza y que se vive realmente con miedo y con desazón” (GF-SM:P1)

“Lo primero qué piensas es, ostras, qué efecto de gravedad va a tener” (GF-G:P1)

En relación con este sentimiento de responsabilidad, las enfermeras hablaron de culpa, expresaron que sentirse culpable es un sentimiento desagradable que evitan transmitir y tratan de no culpabilizar al profesional que ha cometido un error. También expresaron vergüenza y miedo a qué pensarán los demás, a ser juzgadas o culpabilizadas cuando ellas mismas son las que erran.

“Pero que son estas cosas que a lo mejor llega otra y ese día se ha picado uno. Saca la medicación a lo rápido, no mira la tensión antes de todo esto y le zampa el enalapril y encima luego se siente culpable después de haberlo dicho tres días seguidos” (EP-HOSP:P2)

“No culpabilizas a nadie, porque todo el mundo hemos aprendido que hay que escuchar, intentar solucionar, intentar luego evitar que vuelva a ocurrir...” (GF-G:P1)

“La gente no quiere sentirse culpable de algo que ha hecho y de las consecuencias” (GF-AQ:P1)

“(...) y vergüenza de quedar mal, de que me digan, ostras, que mala enfermera eres, o porque no sabes hacer eso cuando es algo muy básico” (GF-SU:P2)

Otros sentimientos que también conciernen a la vivencia de las enfermeras ante un EA son la impotencia y la frustración. Cuando sucede un EA, las enfermeras también refirieron frustración e impotencia por no poder hacer las cosas como les gustaría o por creer que no podrán evitar que algo semejante vuelva a suceder.

“ (...) es una sensación de impotencia... Y que muchas veces piensas “es que esto me va a volver a pasar” y a mí eso también me preocupa mucho porque una cosa que ha pasado y estoy segura de que me va a volver a pasar, entonces yo ahí es cuando ya te entra la frustración” (GF-G:P5)

Un sentimiento que identificaron en todos los GF podemos denominarlo remordimiento, aunque también lo expresaron de otros modos diversos, como “run-run”, “angustia por lo que podría haber pasado”, “quedarse con mal cuerpo” o “pasarlo mal”. En definitiva, hicieron referencia a la sensación de malestar que persiste después del EA en las enfermeras.

“(...) además te sientes fatal, porque además era un niño, de un año, entonces claro, (...) pero bueno la mañana la tuvimos ya mal, porque además cuando es un



niño, o sea, un adulto ya te sabe mal, pero ya cuando es un niño ya dices me cago en todo” (GF-G:P6)

“Y aparte yo creo que tú también te quedas con el run-run de que ostras, he hecho esto mal” (GF-SU:P4)

“Pero se te queda también un mal cuerpo igual pensando qué hubiera pasado (...). Otra vez eres consciente de que, madre mía, lo que puede pasar si cometemos un fallo de seguridad del paciente” (GF-AQ:P1)

Asimismo, identificaron sentimientos que se podrían calificar como positivos, por ejemplo, la calma que decían tener cuando sucede un EA. Las enfermeras referían apelar a la calma para actuar consecuentemente cuando ha sucedido un EA.

“Yo intento mucho mantener la calma, vale, mantener la calma, qué ha pasado, para intentar buscar una solución” (EP-HOSP:P1)

Repercusión para el equipo

En todos los GF hicieron referencia a que los errores de un profesional afectan al resto del equipo. Detallaron que concierne al resto de profesionales del equipo en cuanto que entre todos intentan solventar el error y minimizar sus consecuencias.

“Yo los errores que más veo médicos son en tema de medicaciones que pautan cosas incoherentes. Y claro, si tú eres una enfermera con bastante experiencia o bien formada, lo detectas y lo llamas. Si tú eres una enfermera que aún no tienes esa capacidad de ver ese error no puedes llamar” (EP-HOSP:P2)

“Intentamos solucionarlo entre nosotros, esto ya está arreglado y ya está, ya lo tenemos en cuenta para que no vuelva a pasar, pero no vas más allá” (GF-SU:P5)

Sirve para buscar soluciones

De otro modo, también expresaron que, a nivel profesional, experimentar un EA sirve para buscar soluciones y tomar medidas para evitar que éste se vuelva a producir. En todos los GF, excepto en SM, destacaron que cometer un error es una fuente de aprendizaje para el profesional.

“En el momento en que reconocemos que tenemos fallos, pues quizás nos ayuda a poder ver otro tipo de soluciones o a que no se vuelvan a repetir” (GF-SU:P1)

“Te das cuentas de que, bueno, si haces unas cosas distintas quizás no vuelve a pasar y aprendes de tus errores” (GF-SU:P4)



“Lo primero es solucionar el problema, solucionar y a ver qué. Y luego ya pues a ver, por qué te has llegado a equivocar o por qué se ha producido este error” (EP-HOSP:P1)

“Hasta que no tienes una experiencia no puedes hacer cambios significativos” (GF-AQ:P3)

En la tabla 22 se puede observar la frecuencia en que las enfermeras de cada grupo refirieron haber experimentado cada tipo de sentimientos.

Tabla 22. Frecuencia en que las enfermeras de cada grupo refieren haber experimentado cada tipo de sentimientos

SENTIMIENTO	GF-SM	GF-AQ	GF-G	GF-SU	HOSP-EP	TOTAL
RESPONSABILIDAD	0	2	0	1	0	3
MIEDO	1	0	1	2	0	4
CULPA	0	2	1	2	1	6
VERGÜENZA	0	0	0	3	0	3
FRUSTRACIÓN	0	0	3	0	0	3
IMPOTENCIA	0	0	2	0	1	3
CALMA	0	0	0	0	2	2
REMORDIMIENTO	3	4	10	1	0	18
TOTAL	4	8	17	9	4	42

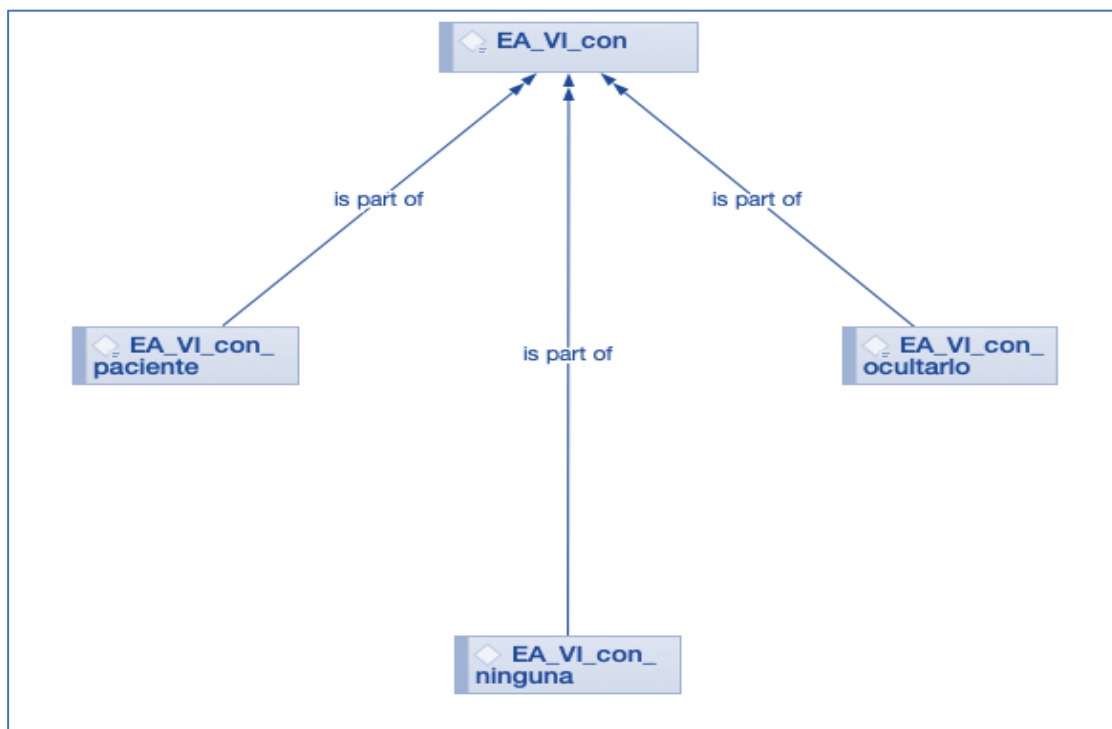
Fuente: elaboración propia

6.3.2.2. REPERCUSIONES PARA EL PACIENTE

Esta categoría: Repercusiones para el paciente, se divide en tres subcategorías, si el EA ha tenido o no **consecuencias** para el paciente, así como si **se le informa** del suceso (Figura 17).



Figura 17. Categoría: Repercusiones para el paciente y subcategorías



Fuente: imagen de atlas.ti

Sin consecuencias para el paciente

Las enfermeras manifestaron que la mayoría de los errores no llegan a afectar al paciente.

“A veces también pasa que ellos mismos [se refiere a los médicos] hacen mal la petición, te la traen, y tu ya tienes la sangre y la envías... y no es ese paciente... y luego... uy no ha llegado la sangre, como ¿no ha llegado la sangre? si yo la he enviado... y tienes que volver a pincharle” (GF-SU:P4)

Con consecuencias para el paciente

Aun así, a veces supone repetir un procedimiento y en algunas ocasiones sí han tenido graves consecuencias para la persona.

“(...) eso le ha generado a este paciente una angustia... que hace poco que se resolvió y al final nada, pero durante todo el proceso antes y después ha estado fatal este chico” (GF-SM:P4)



Informar al paciente

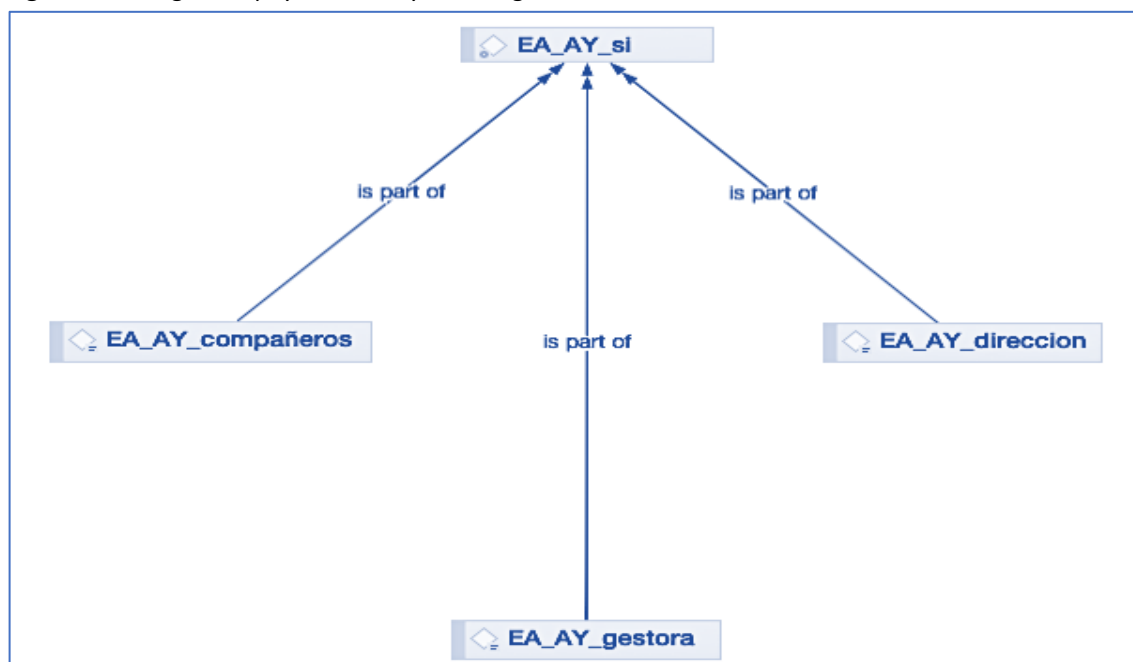
Destacaron la importancia de evitar o minimizar las consecuencias para el paciente. En estos casos, explicaron que raras veces el médico informa al paciente o a la familia de que se ha cometido un error.

“Bueno, se vivió uno, un paciente que se operó un pie en vez de el otro y yo recuerdo que el traumatólogo fue a hablar con la familia y se lo explicó. Era una paciente para operar los dos pies. Y se operó el que no tocaba ese día y el médico fue a explicarlo, o sea, directamente a la familia y a la paciente. Y dio todas las explicaciones oportunas” (GF-AQ:P3)

6.3.2.3. APOYO RECIBIDO

En esta categoría: Apoyo recibido, se delimita el tipo de apoyo experimentado por las enfermeras cuando sucede un EA en tres subcategorías: el que brindan **los compañeros**, el de **las gestoras** y el de **la dirección** del hospital (Figura 18).

Figura 18. Categoría: Apoyo recibido y subcategorías



Fuente: imagen de atlas.ti



Cuando cometen un error las enfermeras expresaron que obtienen el apoyo de sus compañeros y de la gestora del servicio. En todos los GF refirieron haber obtenido apoyo ante un EA. Ninguna enfermera asistencial consideró no haber obtenido apoyo, en cambio, en el GF de gestoras expresaron que éste es insuficiente, sienten que son ellas quienes deben apoyar a las enfermeras cuando cometen un error y que no disponen de las herramientas adecuadas para hacerlo.

Respecto al tipo de apoyo recibido diferenciaron el apoyo de los compañeros, el de las gestoras y el de la dirección.

Apoyo de los compañeros

En el GF del servicio de urgencias y en el de salud mental refirieron recibir apoyo de los compañeros. Este apoyo lo definieron como poder hablar sobre lo sucedido, sentirse escuchados e intentar solventar el error entre todos los miembros del equipo.

“Tuve un error de administración de medicación y la verdad es que, tanto por parte de mi gestora, como de mis compañeros, como del médico estuvo muy bien, me dieron soporte, lo arreglamos y... ya está, entonces tu ya te quedas mucho con eso, no tienes a alguien que te eche la bronca de “ah ¿qué has hecho? ¡le has puesto esto y esto no se hace así!” si no que es al contrario, “bueno vale, ha pasado esto, a ver que soluciones podemos hacer” y vas haciendo un seguimiento al paciente, el médico también está contigo, y la verdad es que mi sensación personal fue buena, a pesar de lo que pudo haber o no pasado, tuve soporte” (GF-SU:P4)

“¿Si tenemos apoyo? entre compañeros y yo creo que sí (...) sí, yo creo que cuando pasa una cosa de estas evidentemente sí, porque está la psicóloga y la terapeuta que trabaja conmigo, todos estuvimos allí hablando” (GF-SM:P3)

Apoyo de las gestoras

Respecto al apoyo de la enfermera gestora, todos refirieron haberlo recibido y lo definieron como sentirse escuchados y recibir ayuda, tanto para solventar el error como para poner medidas para evitar que vuelva a ocurrir.

“Sí, hay predisposición, tanto para que no pasen las cosas, como si pasan para estar ahí y saber que es un equipo, que es tu gestora y que va a estar contigo y que no te va a decir “la has liado, a la calle”, no, te dice “estoy contigo y a ver qué ha pasado, como lo solucionamos, qué podemos hacer para que no vuelva a pasar” y bien” (GF-SU:P4)



“Y si tú las llamas [a las gestoras], ellas te apoyan. La mayoría han estado como enfermeras, como nosotras, y han vivido situaciones como la que hemos vivido nosotras. Quiero decir que son conscientes de ello porque ellas han sido enfermeras y han vivido también situaciones y saben lo que pasa” (EP-HOSP:P2)

“Yo la verdad es que personalmente en dos cosas que me habría podido ser un error que haya tenido, nunca me han dicho. Al revés, "Gracias por informar". Esto que te decía de las unidades que le había puesto de insulina de uno a otro.. Gracias por informar, vamos a hacer esto, esto y esto, o un protocolo de actuación para que no le pase nada, para vigilar y tal” (EP-HOSP:P1)

“Yo creo que si necesitamos apoyo, yo creo que lo tenemos de la supervisora. Que otra cosa es que ella vaya desbordada también y no puede estar en todos los sitios a la vez” (GF-AQ:P3)

En el GF de salud mental diferenciaron el apoyo de la ayuda recibida, creyendo que los cargos intermedios brindan apoyo en cuanto a la escucha y al acompañamiento del profesional involucrado en un EA, pero que no reciben la ayuda necesaria para resolver ciertas situaciones. Opinaron que necesitan más apoyo y que una supervisión externa les ayudaría personalmente y como equipo cuando experimentan EA, para gestionarlo y para proponer mejoras con el fin de evitar que suceda de nuevo.

“En este caso, tú hablas con los jefes y ellos te escuchan, pero a mí personalmente poquísimas veces la cosa acaba solucionándose por la vía que quizás yo espero que se solucione, quizás a veces sí que hay un cambio o alguna vez realmente sí que se ha actuado cuando tu planteas alguna cosa de estas, pero no siempre es así. O sea, escuchar sí, resolver... para mí aquí... si el apoyo quiere decir resolver y hacer los cambios necesarios no siempre esto se produce” (GF-SM:P1)

“Yo sí que me siento escuchada y a veces quizás es verdad que sólo escuchada, y quizás es que a lo mejor nos faltan recursos, que quizás no son los jefes los que tienen que hacer estas cosas, no solo ellos, ellos supongo que tienen que escuchar, tienen que actuar, es verdad, y quizás buscar los recursos que nos ayuden más, pero no sé si va más allá” (GF-SM:P4)

“El hecho de que haya figuras externas que vengan, no como un control, pero sí como alguien que nos ayude a reflexionar sobre el día a día, que te haga pararte a... bueno pues eso, a ver que estoy haciendo, si hay alguna manera mejor, si como equipo lo estamos haciendo bien, porque una cosa es cada 1 de nosotros a nivel individual y otra cosa es todo el trabajo que hacemos en equipo, si las relaciones de equipo están funcionando lo suficientemente bien como para que eso ayude en el trabajo y no se convierta en una fuente de errores... todo esto yo



creo que si tuviéramos figuras externas que nos ayuden a gestionarlo yo creo que mejorarían muchas cosas” (GF-SM:P3)

Apoyo de la dirección

En el GF de enfermeras gestoras verbalizaron que ellas no reciben apoyo en sus vivencias desde la perspectiva del soporte que ellas procuran dar a los profesionales como responsables del servicio. Puntualizaron que no disponen de los conocimientos y herramientas adecuadas para acompañar al profesional que ha experimentado un EA en primera persona. Detallaron que su capacidad de apoyo es limitada, que los profesionales merecen recibir un mejor soporte y más adecuado. Aquí hicieron referencia a la necesidad de apoyo a las segundas víctimas y a la existencia en otros centros de programas específicos para brindar esa atención a los profesionales y añadieron que la dirección debería implantar este tipo de programas en nuestro centro.

“Tratas de entender y acompañar a aquella persona para que no piense que estás ni culpabilizándola, ni fiscalizándola, ni eso (...) Tratas de acompañar al profesional con toda la empatía que necesita” (GF-G:P3)

“Primero les dejo que ellas hablen y luego pues no sé, a lo mejor les puedo dar mi opinión o las puedo acompañar, me gustaría ofrecerles más. Si tuviéramos un soporte psicológico o una unidad de segundas víctimas, que no tenemos en este centro, pues sería un gran apoyo. (...) Yo me encuentro a veces sola, porque no tengo herramientas para poder solventar los EA que se puedan ocasionar en mi servicio” (GF-G:P1)

“La segunda víctima es aquella que ha cometido el error, es la enfermera, el médico, el camillero, al que le haya pasado... entonces, sí, intentas pues yo qué sé, ayudarla, escucharla, intentas solucionar, ir a hablar con la persona a ver que le ha pasado y tal, puedes trabajar después en un grupo para ver qué se podría haber hecho y cómo mejorarlo y que no vuelva a pasar, pero ahí nos hemos quedado, esa persona que lo ha cometido se lo sigue tragando y no hay nadie detrás que le está dando un soporte psicológico” (GF-G:P1)

En el GF de salud mental una enfermera puntualizó la experiencia de haber recibido el apoyo de la dirección en un EA.

“Yo estuve diciéndolo a los jefes y no había manera... y pasé directamente a dirección de enfermería, y después lo que pasó es que quien se enfadó conmigo fue la gestora por encima de mí, claro, la directora de enfermería me dio entre comillas la razón (...) y claro, yo sí que me sentía escuchada, sí que me escuchaban y decían “sí, sí, sí”, pero no hacían nada más” (GF-SM:P1)



En la tabla 23 se puede observar la frecuencia en que las enfermeras de cada grupo refirieron de quien han recibido apoyo frente a un EA.

Tabla 23. Frecuencia en que las enfermeras de cada grupo refieren de quien han recibido apoyo frente a un EA

<i>SOPORTE</i>	GF-SM	GF-AQ	GF-G	GF-SU	HOSP-EP	TOTAL
DE LOS COMPAÑEROS	3	0	0	2	0	5
DE LAS GESTORAS	2	1	9*	4	3	19
DE LA DIRECCIÓN	2	0	1	0	0	3
TOTAL	7	1	10	6	3	27

NOTA: *Las gestoras hacen referencia al soporte que ellas brindan a las enfermeras

Fuente: elaboración propia

6.3.3. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SP

Las participantes identificaron múltiples factores que operan en la CSP, distinguiendo que algunos de estos no favorecen la SP e incluso los consideraron posibles causas de EA, en cambio, otros los presumían positivos y que mejoran la SP.

Además, ciertos aspectos o factores los detallaron de forma ambivalente, considerando que por un lado pueden mejorar la SP y, sin embargo, por otro lado, favorecer los errores a su vez, como por ejemplo la experiencia profesional.

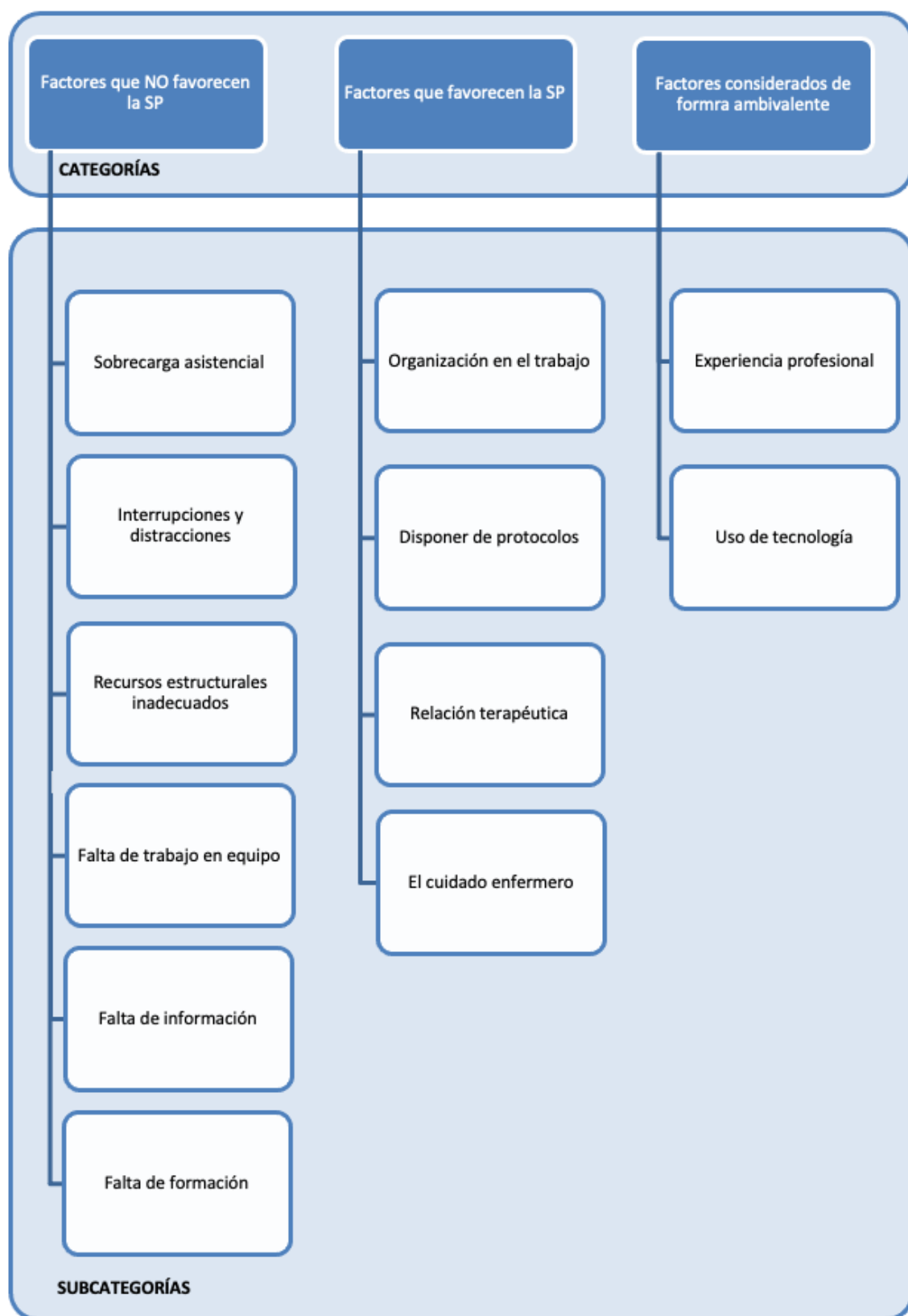
En la Figura 19 se pueden observar las tres categorías que emergen de este tema y las subcategorías relacionadas.

6.3.3.1. FACTORES QUE NO FAVORECEN LA SP

En esta categoría se agrupan seis subcategorías en relación con los factores considerados por las enfermeras como no favorecedores de la SP (Figura 20).



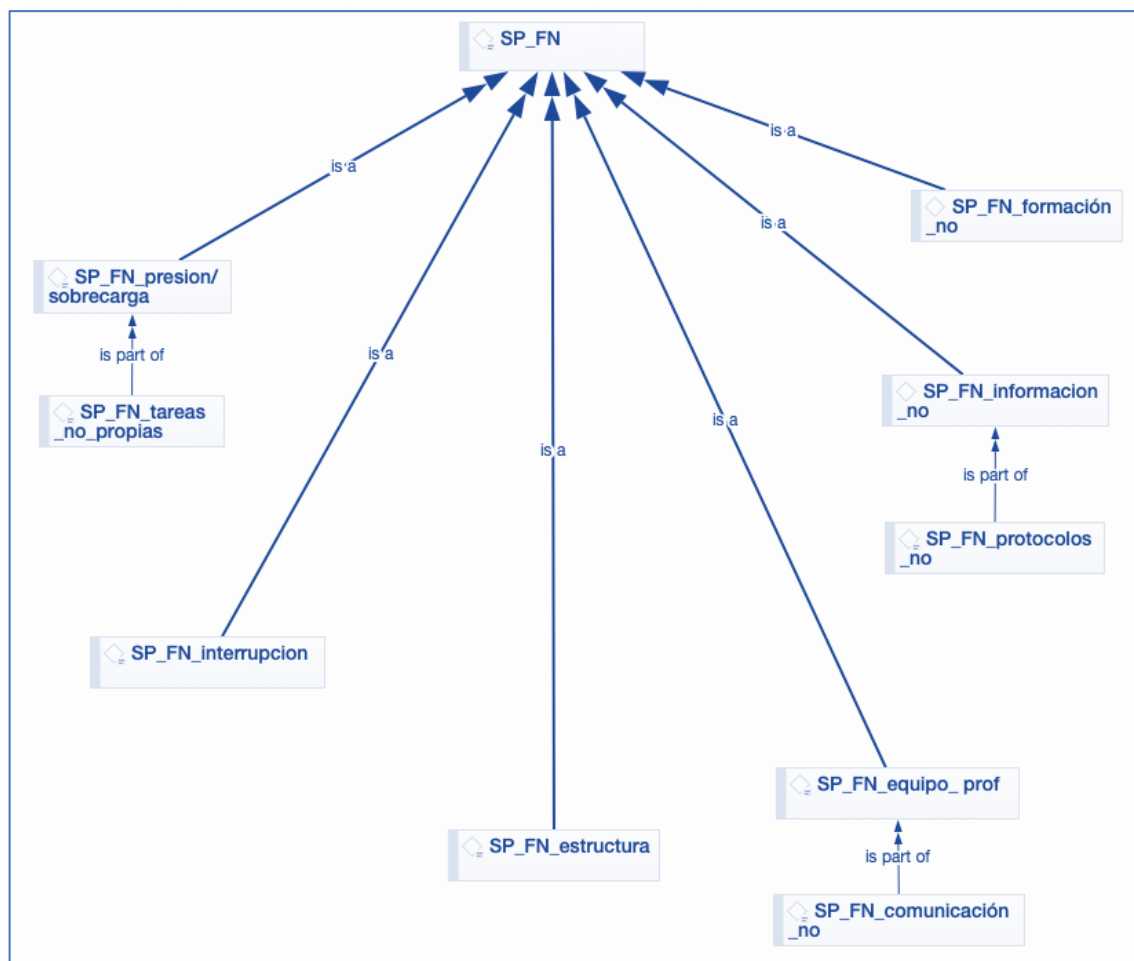
Figura 19. Elementos cualitativos del tema Factores que influyen en la SP



Fuente: elaboración propia



Figura 20. Categoría: Factores que no favorecen la SP y subcategorías



Fuente: imagen de atlas.ti

Sobrecarga asistencial

El elemento más nombrado y al que las enfermeras han hecho más referencia en cuanto a la afectación en la SP es la presión asistencial. En todos los GF y de forma unánime, argumentaron que la elevada carga de trabajo influye de forma negativa en la SP, contribuyendo a la aparición de EA. Refirieron que trabajan bajo presión por la elevada carga de trabajo y que lo hacen todo con prisas, favoreciendo posibles errores.

“Con la cantidad de trabajo que está habiendo ahora mismo, y la falta de personal que hay, es que está siendo brutal, es que es imposible, es imposible, es imposible llegar a todo, y que el problema de no llegar a todo es que lo que ella decía, a más ratio llevas, mayor problemas puedes darte en, pues eso, eventos adversos de muchas cosas” (GF-SU:P1)

“Cuando ya estamos bajo presión y con mucho trabajo pues a veces ya vas un poco a destajo, que digo yo, y este es un motivo para equivocarte” (GF-SM:P2)



“Pues a lo mejor es eso, a lo mejor es porque tengo trece higienes por hacer, porque tengo no sé qué, porque tengo tanta carga de trabajo que corre y corre, corre porque vienen los desayunos y corre porque hay que subir no se cuantos ingresos y corre, corre. Pues oye, quizás es que llevamos demasiado ¿no? Y por eso me he equivocado” (EP-HOSP:P1)

“Te voy a decir una cosa, no es que me quiera excusar, pero la presión que tenemos ahora lleva muchas veces... Que no sé ni cómo no tenemos más errores, tenemos tanta presión que no sé ni como no tenemos más errores. Muchas veces es imposible asumir el número de intervenciones que hay en una mañana. Y esto hace muchas veces que corras. Desde hace unos años atrás la presión asistencial que hay es enorme. Y bueno, pues yo creo que podrían haber incluso a veces más errores de los que tenemos, porque tenemos muy pocos” (GF-AQ:P4)

“Factores que perjudican la SP: la prisa... las prisas y las cargas de trabajo” (GF-G:P6)

Esta sobrecarga asistencial la relacionaron directamente con la ratio enfermera/paciente, argumentando que si cada enfermera atendiera a un número menor de personas reforzaría la SP. En el servicio de urgencias es donde hicieron mayor hincapié en este aspecto refiriendo que la ratio de enfermera por paciente no es estable ni adecuada al perfil del paciente en este servicio, detallaron que habitualmente es mayor a la preestablecida, aumentando el riesgo de errores de forma exponencial.

“Es que a veces... viene mucha faena de golpe, en un momento muy corto, pues ahí voy, que es el momento de agobio que es mucha carga de trabajo, es un ratio muy alto para una enfermera” (GF-SU:P2)

“Si el paciente está ingresado pues el ratio son de 10 pacientes por enfermera, en teoría, con el paciente ingresado, pero es que no todo el mundo lleva paciente ingresado, eso lo lleva una enfermera, entonces que sucede, esa enfermera cuando ya lleva 10, el resto, ¿quien lo tiene que asumir? una segunda enfermera, conclusión, todo el paciente que llega de la calle, por decirlo de alguna manera, o que viene en ambulancia, todo eso lo asume una enfermera sola al final, y, a media mañana, 12:30, que es el momento de más top o más faena, pues puedes llegar a llevar unos 18-19” (GF-SU:P4)

Un aspecto que en urgencias también relacionaron con la sobrecarga asistencial es el delegar tareas a otros compañeros ante la imposibilidad de asumir la carga de trabajo asignada. Argumentaron que la forma en la que delegan estas tareas también pone en riesgo la SP.



“Es así, si tuvieras menos pacientes, menos carga, ya podrían ser situaciones de estrés que podrías controlar mucho más. Y de hecho la atención podría ser mucho más personalizada, no haría falta que yo derivara o que les dijera a mis compañeros “échame una mano que no llego, hazme esto, hazme aquello” y tú delegas al final muchas cosas porque tú eres incapaz de llegar por la ratio de personas que llevas. A menos personas llevas tienes mayor control y la delegación es menor con lo cual la seguridad de quién lo da, quién lo hace, quien lo administra, pasa solo por una mano, con lo cual los errores se minimizan un 90% seguro o un noventa y tanto largo” (GF-SU:P1)

Otra particularidad que matizaron las enfermeras gestoras y las de hospitalización, en cuanto a la sobrecarga asistencial, es el tener que realizar funciones que no son propias de la enfermera y que refirieron que les sobrecarga de trabajo y les supone más presión, como atender el teléfono, gestionar documentación u otras tareas que consideraban administrativas o que podrían ser propias de otros profesionales como auxiliares de enfermería o de administración.

“Y solucionas cosas que a lo mejor no es estrictamente nuestra función, que no te toca (...) Pero para poder llegar donde tú quieres llegar tienes que hacer ese trabajo, porque si no, no llegas a donde, como tener una secretaria, que al final acabas cogiendo el teléfono perpetuamente cuando tú tendrías que estar dedicándote a lo que te tienes que dedicar. Mándame este papel, ahora llámame a laboratorio, ahora falta una etiqueta, ahora mándame no sé que, ahora esto se ha quedado no sé donde, ahora bájame a este a esta prueba, ahora (resoplido), el otro se ha cagado...” (EP-HOSP:P1)

Interrupciones y distracciones

Un componente que también identificaron como no favorecedor de la SP son las interrupciones y las distracciones, que relacionaron con el hecho de recibir demandas de otros pacientes o de otros profesionales cuando están realizando una tarea que requiere especial atención (por ejemplo, preparar medicación). También el tener que atender el teléfono o abrir la puerta del servicio aumentan la dificultad para concentrarse en lo que están haciendo. En todos los GF las enfermeras apreciaban que estas distracciones aumentan el riesgo de error. Así, consideraron que en aquellas áreas donde las interrupciones son más frecuentes la SP se ve comprometida en mayor grado y subrayaron la importancia de poder mantener la atención en lo que estás haciendo para evitar equivocaciones.

“En hospital de día, aparte de que estoy en aquella pecera que todos cuando pasáis me veis, y puedo tener dos pacientes que están medio alterados, puedo tener el teléfono que está sonando, y puede sonar la puerta, y puede sonar no se



qué, y simultáneamente puedo estar haciendo medicación, por lo tanto hay muchos factores de distracción” (GF-SM:P1)

“A lo mejor en hospitalización no tienes tantas interrupciones de otro tipo y yo por ejemplo siempre digo que cuando tú estás preparando la medicación o estás cargándola, o la estás administrando... si continuamente te están interrumpiendo por mucho que tú quieras estar por lo que estás haciendo interrumpes, estás por otra cosa, contestas, coges el teléfono, ahora ha llamado otro timbre, vas... todas esas cosas, eso es parte de tu trabajo, pero que te hacen no estar constantemente concentrado en lo que estás haciendo, porque estás en lo que estás, luego te sale otra cosa, dejas lo que estás haciendo y te vas a eso, vuelves a cogerlo...” (EP-HOSP:P2)

“¿Por qué te has llegado a equivocar? ¿dónde puedes tener la cabeza en ese momento, en qué situación de estrés o en qué situación de agobio, de no poder más, como para equivocarte en algo así?” (EP-HOSP:P1)

“Cuando estás trabajando muchas veces estás pensando en otras cosas, bueno... el compañero este mira lo que me ha dicho, mira lo que me ha dicho el supervisor, o aquel... o lo que me pasa en casa... y no estás 100 por 100 en lo que estás haciendo...” (GF-G:P4)

Recursos estructurales inadecuados

No disponer de los recursos adecuados es un factor que impacta en la SP reconocido en todos los GF. El tipo de recursos a los que hacían referencia son estructurales. Las enfermeras de los diferentes servicios los detallaron, sin embargo, desde diferentes perspectivas en relación con sus vivencias.

Las enfermeras del servicio de urgencias lo hicieron desde una perspectiva del espacio disponible para la atención, argumentando que la SP está en riesgo debido a la falta de una estructura apropiada. Referían falta de espacio físico a nivel estructural, aumentando el riesgo de error y la dificultad de dar una atención procedente en caso de necesidad debido a la falta de espacio y de accesibilidad a los puntos de atención donde se ubican las personas ingresadas en el servicio. Además, describieron que la implantación de dispositivos electrónicos en la atención a los pacientes en esta área ha repercutido en detrimento de la SP en aspectos tales como el riesgo de accidentes. Refirieron que el no disponer de una estructura adecuada para la ubicación de estos aparatos y su cableado ha ocasionado un riesgo de caídas al tropezar con los mismos.

“Y la estructura también hasta lo que nos permite, nos vamos apañando como podemos... y hacemos lo que podemos en situaciones difíciles, cuándo vienen



muchos pacientes los ponemos lo mejor que podemos, con lo que tienes, los cambiamos, los movemos y los recolocamos y claro... ante todo eso... pues claro... está el riesgo de error” (GF-SU:P5)

“Y otro factor, la infraestructura, o la organización, o como queráis llamarle ¿el servicio qué ayuda en esto? Cero. Porque sí, ahora hay dos pacientes en boxes, sí, muy bien, pero yo he vivido que ha habido cuatro, y esa época fue, no hablo de esta pandemia, hablo de época gripe, cada año, cuatro pacientes en un box que se supone que es de una persona, perdona, ¿cuatro pacientes? A ver, entrabas y puerta A, puerta B, ventana A, ventana B, los cables del oxígeno por el techo, otro reto, y monitorízale... y que no se caiga el paciente, porque esto, otra cosa, con veinte mil cables por el suelo, que era surrealista todo pegado por la pared, y vigila que no se caiga...” (GF-SU:P2)

“Como se te parase uno... si se para el de la ventana de la derecha, alma de cántaro, a ver como ni entras ahí para hacerle una RCP. (...). Pero, son factores que bueno, yo no sé, tenemos un ángel encima... ¿verdad?” (GF-SU:P4)

“A veces haces los electros, no va la máquina para identificarlo, te sale en blanco, tienes que poner la etiqueta, que a veces luego te encuentras en los cajetines electros que... no tienen nombre ni salen de nadie ¿de quien es esto? Porque a veces le das a escanear y no va el wifi y ya lo tienes que hacer con etiquetas otra vez” (GF-SU:P3)

En el GF de salud mental se identificó un aspecto relacionado con la falta de recursos hacía años. Por lo que actualmente no lo consideraron un factor relevante para la SP.

“Un problema que tuvimos con un paciente que unos compañeros hacían duchar con agua fría y yo estuve diciéndolo a los jefes, no había manera de que allí... y pasé directamente a dirección de enfermería, y después lo que pasó es que quien se enfadó conmigo fue la gestora por encima de mí, claro, la directora de enfermería me dio entre comillas la razón, y después activamos el agua caliente, que ni sabíamos que estaba desactivada en salud mental” (GF-SM:P1)

Falta de trabajo en equipo

Las enfermeras describieron hacer un buen equipo y ayudarse mutuamente cuando alguna lo necesita. Sin embargo, en todos los GF, excepto en el de salud mental, refirieron que la falta del trabajo en equipo interdisciplinar afecta a la SP de forma contraproducente. El hecho de que varias personas estén implicadas en la atención de un paciente y de que no todas tengan la misma percepción del riesgo, fue considerado por las enfermeras un factor que agrava la SP, así como la falta de comunicación dentro del equipo.



“equipo hago con ellos también [refiriéndose al resto de enfermeras del turno], pero genial, eh, o sea, es increíble, porque es que te ayudan muchísimo” (GF-SU:P5)

“Sí que es verdad que muchas veces a nivel medicina te lo pautan dos veces, te pautan dosis que no son las correctas y tú también tienes que estar atenta a ello, no puedes confiar ni de tu sombra, hablando mal y claro” (GF-SU:P2)

“Porque el médico no va el ritmo de la enfermera (...) Haces mucho equipo, pero son demasiadas manos, y es eso, si alguien ha cargado algo que no se tenía que cargar, que se carga en 100 y lo ha puesto en bolus, yo no lo sé, porque no lo he visto” (GF-SU:P4)

“Es que estas cosas pueden pasar y pasan porque somos mucha gente en el área quirúrgica” (GF-AQ:P3)

“En el mismo ejemplo que estaba hablando antes del camillero que se lleva a la señora... que no es la señora... que no le dice nadie a la enfermera que se lleva a la señora... cuando llega al quirófano nadie... bueno pues todo... seguramente si hubiera una comunicación un poco más fluida, eh... igual no, igual no se hubiera podido evitar, pero bueno... es un factor que igual puede mejorarse, la comunicación dentro del equipo” (GF-G:P7)

Falta de información

Un factor considerado como no favorecedor de la SP es la falta de acceso a la información. Consideraron que la institución debe hacer mayor énfasis en los aspectos relacionados con prácticas seguras, e informar cuando ocurren EA así como dar continuidad de las medidas adoptadas a partir del análisis de dichos eventos. Todos estaban de acuerdo en que compartir los casos de error ayuda a mejorar la SP.

“Igual como hay, por ejemplo, en la institución hay muchísimo énfasis, por ejemplo, en la infección, en el lavado de manos, en no sé qué, por ejemplo, en eso hay mucho y en otras cosas tiene más carencia. Pues a lo mejor se podría igualar o incluso superar.” (EP-HOSP:P1)

“Si ha habido eventos adversos en algún sitio, (...) facilitar al personal eso: que lo pueda comunicar. Y si me ha sucedido a mí algo o a una compañera que tenga herramientas para poder mejorarlo, para ser consciente, y de alguna manera eso que cale en la gente y seamos conscientes en todo momento de lo que está pasando o tenerlo presente (...) Ahora, desde hace tiempo nuestra supervisora nos pasa las reuniones por escrito, con lo cual ahí tenemos mucha información. Antes esto no se hacía, pero nuestra actual supervisora nos lo hace por escrito.



Quiere decir que esto es una ventaja también que podríamos aprovechar” (GF-AQ:P3)

“Compartir en este caso y que cuando pasan estas cosas como con más razón para que haya una supervisión externa o alguien que nos ayude a esto mismo que estamos haciendo, compartir, debatir... eso creo que ayudaría muchísimo, unas supervisiones en la seguridad ayudarían un montón, en estos casos más” (GF-SM:P4)

En relación con la falta de acceso a la información, también hicieron referencia a los protocolos existentes en el hospital. Las enfermeras gestoras explicaron que una vez realizados, se tarda demasiado tiempo en validarlos y publicarlos de modo que estén a disposición de todos los profesionales y enfatizaron la necesidad de disponer de ellos de una manera fácil y ágil para poder aplicarlos y evitar errores. La falta de acceso a esta información, criticaban que pone en riesgo la SP.

“Están en diferentes sitios, en diferentes carpetas y es lo que yo decía antes, un profesional que a lo mejor es nuevo o reciente y quiere consultar algo, pues no sabe donde consultarlo a veces, porque no, no lo encuentra... unas cosas están en un lado, otras en otros... hay servicios que hacen una cosa de diferentes maneras y pues eso, hay errores (...) pero si tu te encuentras con una profesional de reciente incorporación, como hemos tenido y que a lo mejor este protocolo no... ni se lo ha planteado o no sabe donde está, pues no lo sabe (...) son notificaciones que bueno, no son de riesgo, bueno, son moderadas o son más leves, pero que bueno, claro, son errores y es porque, pues los profesionales no tienen a su alcance el protocolo para poder hacer una consulta. Hay mucha burocracia en este aspecto, o sea, para hacer un procedimiento yo entiendo que se debe mirar, pero no se debe tardar tanto en validar y publicar, y se debe hacer eco de este nuevo procedimiento, por ejemplo en la intranet, y después colgarlos todos en un sitio, porque así el profesional sabe que este procedimiento se ha actualizado o ha salido y que lo puedes encontrar en tal sitio. Y es lo que dices, yo tengo procedimientos hechos desde hace un año y pico y todavía están pendientes de validar, entonces hay frustración también, por parte de los que han trabajado esto” (GF-G:P3)

“Deberían saber que protocolos hay, no? cuántas veces también te encuentras protocolos doblados, uno del 2010 y otro del 2014, que dices bueno... yo encontré el del 10 y ella el del 14, yo lo hago así, pero yo lo hago así porque no encontré el del 14, porque se ha de hacer una búsqueda diferente... bueno, no es fácil, no hay un gestor documental ahora mismo, se está intentando, pero no lo tenemos... y cuando luego preguntas es muy difícil... yo por ejemplo ayer preguntaba por un protocolo que pasamos hace dos meses, no lo vemos colgado y nos dice no, aún



está pendiente de validar, es que tarda mucho en poderse validar todos los protocolos, con lo cual es una técnica nueva que las enfermeras cuando llegan nuevas a según que unidades no tienen ni idea de cómo hacer servir y que tú te has matado en hacer ese protocolo y que no lo tienes colgado y que dices “ostras, y si lo haces servir mal ¿qué va a pasar? lo vamos a intubar porque no lo hemos hecho bien...” vamos muy lentos, se trabaja muy lento y eso es dificulta todo ese trabajo y el margen de error es muy amplio” (GF-G:P1)

Falta de formación

En todos los GF, excepto en el del servicio de urgencias, han destacado como positivo la formación en temas de SP para los profesionales, argumentando que, a pesar de haber formación, se debe aumentar y dar en la misma medida en todos los ámbitos de la SP.

“Sí que hay formación. Lo que pasa que a lo mejor en tipo formación darle más peso” (EP-HOSP:P1)

“Sí, formación sí, pero... pero a lo mejor no tenemos esa continuidad posterior al efecto adverso, no?” (GF-G:P2)

6.3.3.2. FACTORES QUE FAVORECEN LA SP

En esta categoría se agrupan cuatro subcategorías en relación con los factores considerados por las enfermeras como favorecedores de la SP (Figura 21).

Organización en el trabajo

Un factor que todos los GF consideraron favorecedor de la SP es la organización del trabajo, así como, en menor medida, explicaron que la falta de organización aumenta el riesgo de error. Se refirieron al hecho de trabajar de forma organizada realizando una tarea detrás de otra y atendiendo a un solo paciente cada vez. En todos los GF identificaron el servicio de urgencias como el que reúne las características que lo reconoce como el de mayor riesgo, por ser el “menos organizado” y por las características propias del tipo de paciente que atienden en este servicio. Del mismo modo, una organización del equipo asistencial que implique compartir todos los pacientes a cargo de la misma enfermera, con un único médico o técnico auxiliar, fue considerado positivo para la SP.

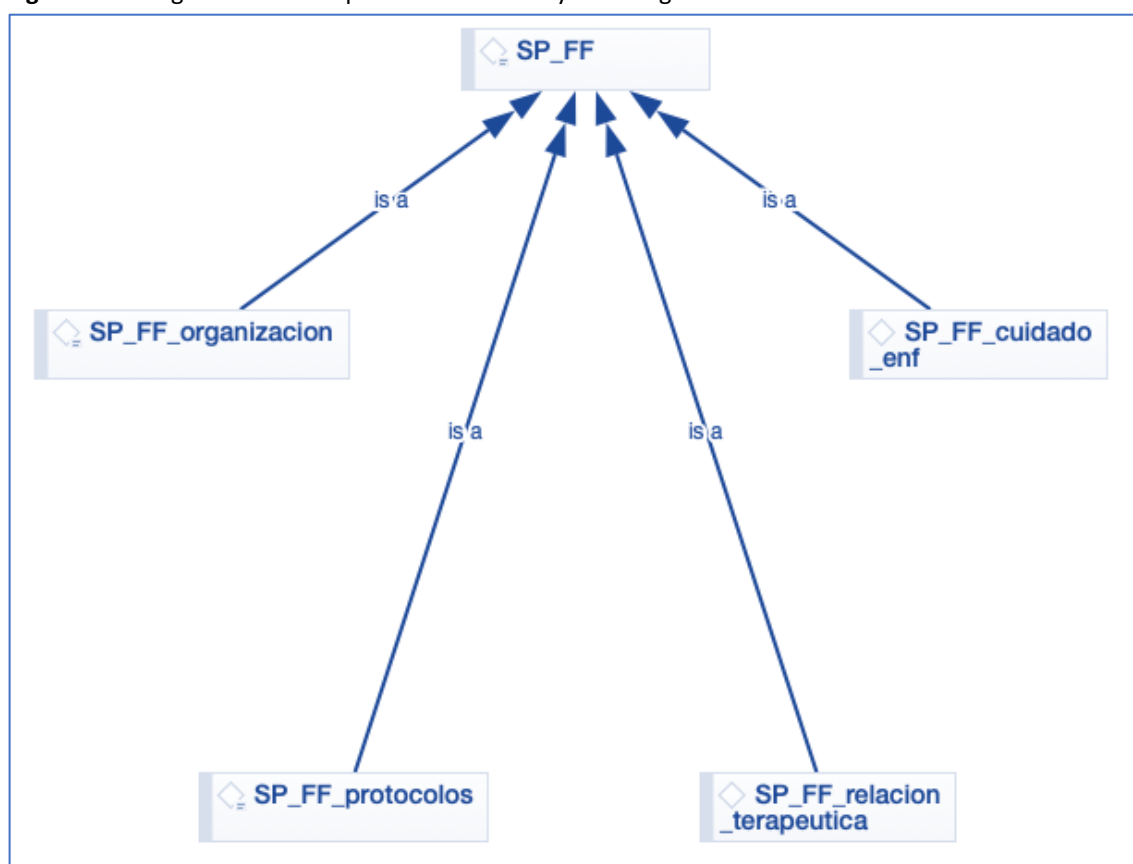
“...son cosas que pasan, porque todo no es sota, caballo, rey, entonces ahí es donde tienes que ser muy organizada y tener claro, yo por ejemplo soy muy



cuidadosa en hacer las cosas siempre de la misma manera o intentarlo” (EP-HOSP:P2)

“En hospitalización pues estás más organizada, es todo.... vale que sí, que hay muchos errores y los sigue habiendo, pero llevas una organización y un control de tus pacientes que te lleva menos al error (...) creo yo, pero también es por el control mental y la organización que tú tienes, que no es lo mismo llevar tus 13 pacientes, uno en cada cama, que el descontrol de pasillos de urgencias... yo por lo menos lo vivo así” (EP-HOSP:P1)

Figura 21. Categoría: Factores que favorecen la SP y subcategorías



Fuente: imagen de atlas.ti

En el servicio de urgencias detallaron que el turno de noche realiza la atención de forma más organizada en este aspecto y lo atribuyeron a que, al ser menos personal, no comparten tareas ni pacientes entre profesionales, de modo que una sola enfermera atiende a un mismo paciente durante todo el turno. Así mismo, en salud mental también explicaron que tener en la consulta a un único paciente en cada visita, mejora la seguridad del paciente en cuanto que minimiza el riesgo de confundir a una persona con otra. En hospitalización también narraron un aumento de la SP al realizar las tareas de forma secuencial y organizada, evitando hacer varias cosas al mismo tiempo.



“Los errores pequeñitos que es lo que hablamos, se dan más fácil en el día que no en la noche, en la noche... lo tenéis más controlado, es normal” (GF-SU:P3)

“Pero también yo pienso que es diferente estar sentada en un despacho por ejemplo en el centro de salud mental, donde tienes un paciente delante y estás por ese paciente, que en urgencias que llevas seis pacientes, digo seis, pero no sé cuantos llevas” (GF-SM:P1)

“Bueno, yo el tiempo que estuve abajo en urgencias también es que el tipo de pacientes más agudo, entonces claro, está demandando unas cosas que te crea que creo que te puedas organizar menos, porque vas un poco a la demanda del paciente, claro. Arriba [se refiere a hospitalización] se puede agudizar, como en todos los sitios, pero tienes una estabilidad donde tú intentas organizarte lo mejor posible y priorizar” (EP:HOPS:P2)

Disponer de protocolos

En cuanto a la existencia de protocolos y de procesos estandarizados, en todos los GF, excepto en urgencias, ha surgido como factor que interviene en la SP. Todos estaban de acuerdo en que la existencia de protocolos favorece la SP y evita la variabilidad de la práctica clínica. En la misma línea, identificaron como un factor no favorecedor de la SP el no estandarizar algunos procedimientos.

“Yo que creo que también los protocolos han ayudado mucho a evitar errores. Los check list...” (EP-HOSP:P2)

“Bueno yo que apporto, mira, yo tengo la experiencia de urgencias, cuando yo hablo de urgencia hablo de un modo de intervención muy sistematizado, muy protocolizado y a veces es de horas (...) Aquí en salud mental tenemos protocolos, pero hay cosas que no están tan...” (GF-SM:P2)

“Tenemos un documento. Hay que hacer cada una de las partes del check list en el momento que toca y si no se hace en el momento que toca, se producen errores” (GF-AQ:P3)

Relación terapéutica

Implicar al paciente en su proceso de atención y establecer una relación terapéutica basada en la confianza mutua fue considerado un factor importante para favorecer la SP en el servicio de salud mental.

“Dar más peso a la voz de los pacientes aumentaría seguramente su seguridad, tomar más en cuenta lo que ellos perciben, lo que piden, que a veces no le



prestamos la suficiente atención, porque ellos también detectan cosas, esto creo que sería una cosa que ayudaría” (GF-SM:P3)

“Yo creo que en salud mental también no depende totalmente del profesional la seguridad, sino también es una cosa de el otro, establecer una buena relación de confianza, también. Y eso también es tiempo y, a parte de conocer la psicopatología, yo creo que se debe conocer a la persona y el entorno que tiene y a qué cosas podemos coger para establecer una mejor confianza y para por ejemplo estar seguros de que esta persona no hará un abuso de medicación” (GF-SM:P4)

En urgencias y en el área quirúrgica este elemento lo calificaron como una falta de humanización del cuidado, refiriéndose a no implicar al paciente en su proceso de atención, donde la relación terapéutica no favorece una atención personalizada ni la participación de la persona atendida, considerados también factores que favorecerían la SP en estos servicios.

“La falta de humanización y personalización del cuidado, que es lo que se debería de basar...” (GF-SU:P1)

“Yo creo que, por ejemplo, como se está haciendo el checklist no tiene lógica, no se puede hacer un checklist con el enfermo dormido, creo yo, por ejemplo...” (GF-AQ:P4)

El cuidado enfermero

Cabe destacar que en todos los GF identificaron el cuidado enfermero como clave en la SP. Lo relacionaron con una visión más holística y centrado en la persona.

“Yo creo que como enfermeras nosotras tenemos una visión más global, vemos todas más cosas. A lo mejor otro tipo de profesional se centra más en cosas más médicas” (EP-HOSP:P2)

“Yo creo que se debe conocer a la persona y el entorno que tiene” (GF-SM:P4)

Además, señalaron que las enfermeras son más conscientes del riesgo y se sienten más responsables por ser el último eslabón en la atención y las que pasan más tiempo con el paciente.

“Pues si somos nosotras las que estamos todo el día delante del paciente, yo creo que tenemos más probabilidades también (...) Pero yo creo que nosotras somos mucho más metódicas y cuidadosas en ese aspecto que ellos [se refiere a los médicos]. En ese sentido, que también va mucho en la persona, pero que ellos lo de la medicación como saben que nosotras al final lo vamos a repasar y si hay

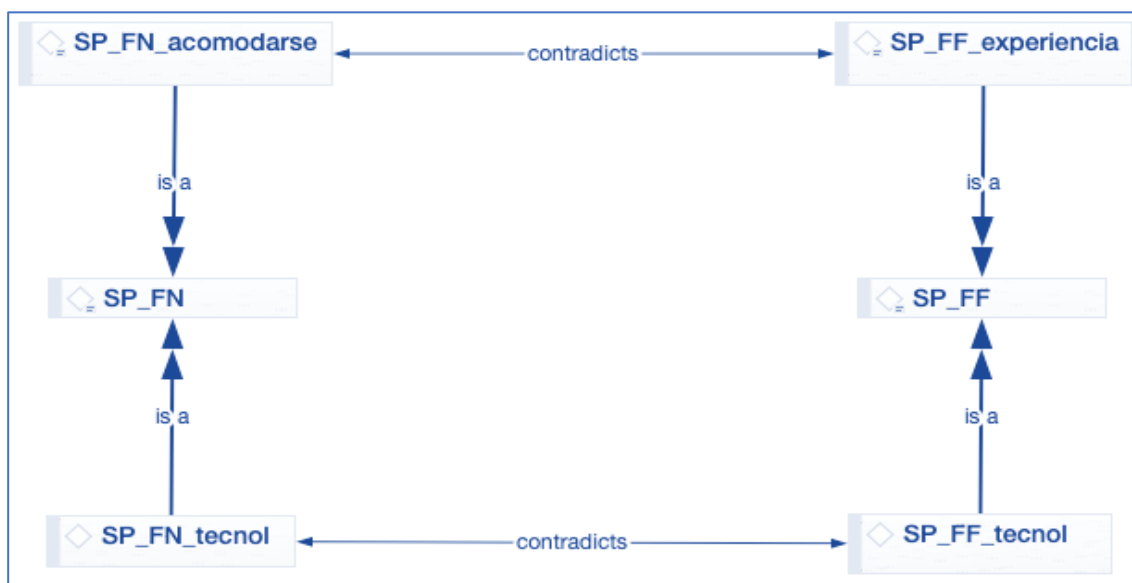


algo que no cuadre, se lo decimos, no notan tanta presión. A lo mejor, se confían más” (EP-HOSP:P2)

6.3.3.3. FACTORES CONSIDERADOS DE FORMA AMBIVALENTE

En esta categoría se incluyen dos subcategorías en cuanto a factores considerados tanto como favorecedores de la SP, como todo lo contrario (Figura 22).

Figura 22. Categoría: Factores considerados de forma ambivalente y subcategorías



Fuente: imagen de atlas.ti

Experiencia profesional

El factor que las enfermeras del servicio de urgencias identificaron en mayor medida que favorece la SP es que el profesional tenga experiencia. En un sentido amplio, con el término experiencia hacían referencia a llevar tiempo trabajando en el servicio, pero también al hecho de haber cometido errores previos y a la capacidad de gestionar situaciones complejas. Las enfermeras del área quirúrgica y de hospitalización también consideraron que la experiencia favorece la SP, sin embargo, estas últimas, aludían a que un exceso de confianza en la propia experiencia puede aumentar el riesgo de cometer errores.

“ (...) y mucha experiencia... ya no solo el tema de manipular cosas, si no el tema de controlar el estrés, o controlar un día que estás que te tienes que quedar solo en boxes y tienes 18, pues no es lo mismo que una persona nueva, que una que lleva mucho tiempo que sabe controlarlo, ubicarlo, aunque no pueda dar a todo, porque no das, es imposible, tener a cada uno en su sitio, saber que hay en cada



sitio, no es lo mismo... es un manejo que te da la experiencia, y que te da el tiempo de haber trabajado” (GF-SU:P3)

“Que se puede mejorar con aportaciones y con el tiempo, porque hasta que no tienes una experiencia no puedes hacer cambios significativos” (GF-AQ:P3)

“La falta de experiencia te dice que priorices otras cosas y luego a la larga es peor, entonces con la experiencia yo creo que vas aprendiendo que a veces vale más dos minutos más tarde, pero bien hecho, que ir al momento y luego tener que eso te provoque un error” (EP-HOSP:P2)

“Pero creo que hay personas que también se llegan a acomodar, a acomodar o a relajar... y tiene la misma posibilidad de error que la pobre persona que es su primer día” (EP-HOSP:P1)

Uso de tecnología

En las entrevistas a las enfermeras de hospitalización y en el GF de gestoras detallaron cómo el uso de tecnologías mejora la SP haciendo referencia a disponer de ordenadores a pie de cama, y a su vez argumentaron que la falta de estos aumenta el riesgo de equivocarse. Añadieron también que disponer de dispositivos electrónicos que facilitaran la identificación de la persona atendida, como por ejemplo un sistema de lectura de código de barras, fomentaría la SP y minimizaría el error humano.

“Yo una cosa importante también que veo en el tema de la medicación y errores que estamos hablando de la medicación, se empezó muy bonito con todos los ordenadores en los carros. Vale, teníamos un portátil allí para hacerlo en la puerta de la habitación. A mí eso personalmente me gusta mucho y se ha perdido por completo” (EP-HOSP:P2)

“yo lo que quiero añadir, es que veo... la administración de medicación, o sea, el hecho de... dependa de un factor humano, o sea, siempre van a haber errores, entonces yo creo que la seguridad del paciente, al final nos tiene que facilitar circuitos que no dependan de la persona, o sea que no permitan administrar medicación sin que sea de una manera sistemática, yo qué sé, como... con sistema de pistola de este paciente con una tarjeta electrónica que diga: tiene esta medicación, entonces tu clicas medicación con paciente, métodos así que yo creo que al final deben ser los que nos ayuden a ahorrarnos todos estos errores (...) yo creo que la tecnología nos tendrá que acabar ayudando en este sentido” (GF-G:P4)

En cambio, en el área quirúrgica consideraron la tecnología un factor de riesgo. Argumentaron que a menudo los EA suceden por fallos tecnológicos propios de este



servicio y señalaron la importancia de disponer de los recursos necesarios y en buen estado, haciendo referencia al aparataje específico de esta área.

“Aquí en quirófano tenemos mucha tecnología y los aparatos fallan, con lo cual siempre vas a tener una opción B y una opción C. Si nos falla el laringo, pues hay que ir a otro quirófano. Si falla el otro quirófano, hay que ir al carro de intubación difícil. Tenemos muchas opciones. Lo que pasa es que se pasa muy mal porque en ese momento tienes un paciente que no está ventilando. Creo que son errores o situaciones que se pueden dar, complicaciones en el área quirúrgica” (GF-AQ:P3)

“Porque tenemos cosas que tienen mucha tralla y no hay recambio de material” (GF-AQ:P4)

El GF de urgencias también consideró un factor ambivalente el uso de tecnología argumentando que, a pesar de ser un factor favorecedor, cuando ésta falla aumenta el riesgo de errores, como por ejemplo la conexión inalámbrica a la historia clínica para la compartición de datos de forma automática.

“a veces haces los electros y no va la máquina para identificarlo, a veces le das a escanear y no va el wifi y ya lo tienes que hacer con etiquetas otra vez, te sale en blanco, tienes que poner la etiqueta, que a veces luego te encuentras en los cajetines electros que... no tienen nombre ni salen de nadie, ¿de quién es esto?” (GF-SU:P3)

6.3.4. NOTIFICACIÓN DE LOS EA

Las participantes distinguieron dos tipos de comunicaciones en relación con los EA: refirieron hacer una notificación cuando se realiza un escrito en la plataforma considerada el sistema de reporte institucional, en cambio, en múltiples ocasiones puntualizaron comunicar el error en el servicio a pesar de no realizar una notificación por escrito en el sistema de reporte institucional.

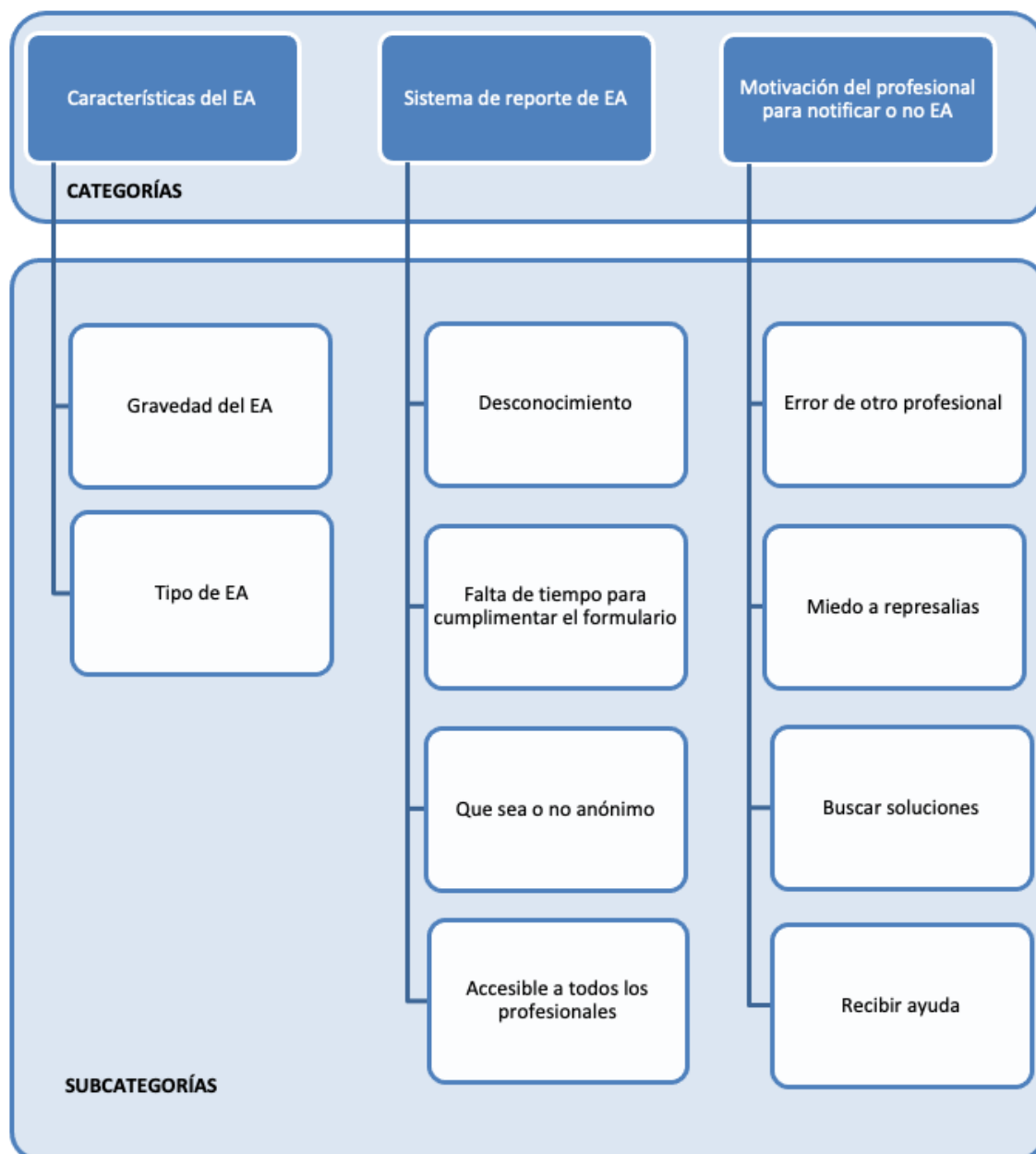
“Sólo lo ponemos en la historia clínica, pero no lo reportamos más allá” (GF-SM:P1)

En relación con la notificación de EA se identificaron tres particularidades, todas ellas con aspectos a favor y en contra de la notificación: una respecto a las características de los incidentes que las enfermeras identifican susceptibles de notificación o no según el riesgo que les atribuyen, otra relacionada con el sistema de reporte de incidentes disponible en el hospital y, la última, en cuanto a la motivación del profesional para



notificar o no. En la siguiente figura se pueden observar las tres categorías que emergen de este tema y las subcategorías relacionadas (Figura 23).

Figura 23. Elementos cualitativos del tema Notificación de los EA



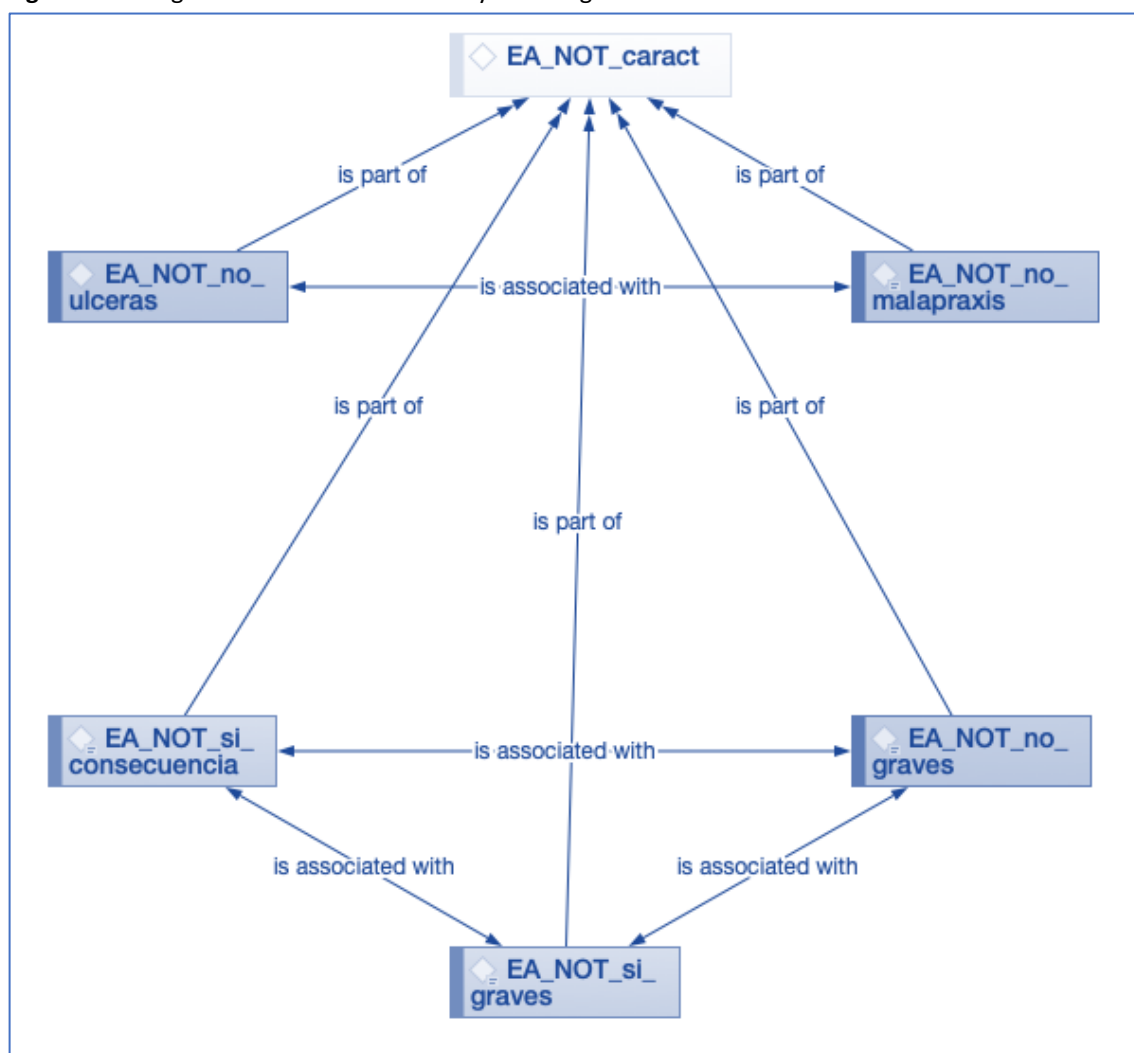
Fuente: elaboración propia

6.3.4.1. EN CUANTO A LAS CARACTERÍSTICAS DEL EA

Esta categoría: Características del EA, se divide en dos subcategorías, agrupando los **tipos de EA** que no se notifican y la **gravedad o consecuencia** de estos que determinan si se comunican o no (Figura 24).



Figura 24. Categoría: Características del EA y subcategorías



Fuente: imagen de atlas.ti

Gravedad o consecuencia

Un aspecto crucial que describieron en todos los GF para notificar un incidente es el riesgo que le atribuyen. Las enfermeras de todos los GF refirieron que los EA que se notifican son aquellos que consideran de mayor riesgo, ya sea porque tienen consecuencias graves para el paciente o porque tienen una repercusión inmediata que hay que resolver. De este modo, explicaron que cuando el error no llega a afectar al paciente, no tiene consecuencias o éstas no son graves, no se notifica.

“Por escrito y demás, pues yo creo que estamos registrando muy poco... y que creo que hay errores que pasamos un poco diciendo pues no lo registramos porque no tiene ningún... no es suficientemente grave, y solo vamos a registrar aquello que creemos “ui, ostras, pues vaya metedura de pata hemos hecho, o ha ocasionado efecto de...” una caída con efecto de mortalidad o lo que sea,



entonces ahí sí que vamos y escribimos porque creemos que es demasiado grave y hay que intentar evitarlo” (GF-G:P1)

“Yo creo que solo llegamos a reportar cosas graves, por ejemplo “me he equivocado con 3 ml de risperdal” que sería reportable, evidentemente, y se podría poner y tal, yo dudo que lo pongamos” (GF-SM:P1)

En este sentido, refirieron que en los casos donde el incidente se considera leve se comunica al resto del equipo, pero no se hace ninguna notificación en el sistema de reporte.

“No se hace el comunicado, se comenta entre nosotros y ya está, pero no vas más allá” (GF-SU:P5).

Tipo de EA

Otro aspecto importante a tener en cuenta en la notificación de incidentes es que a menudo las enfermeras no saben discernir si lo ocurrido es un EA relacionado con la SP o no, y, por lo tanto, si se debe reportar como EA. Las enfermeras de hospitalización refirieron que cuando se trata de un caso de mala praxis no se notifica por no considerarlo un tema de SP, así como cuando es un suceso sancionable legalmente.

“Si tú crees que eso entra dentro de la legalidad, tienes que ir a otro foro. (...) A mí no se me ocurrió tampoco notificarlo ahí, sí que es verdad que luego hicimos un escrito y no sé qué al médico en sí, pero nadie me dijo que lo que lo pusiera en SP” (EP-HOSP:P1)

Las enfermeras gestoras detallaron que algunos EA no se consideran como tales a pesar de serlo, por ejemplo, las úlceras por presión. De este modo, opinaron que hay incidentes que no se notifican porqué, de forma incorrecta, no se relacionan con la SP.

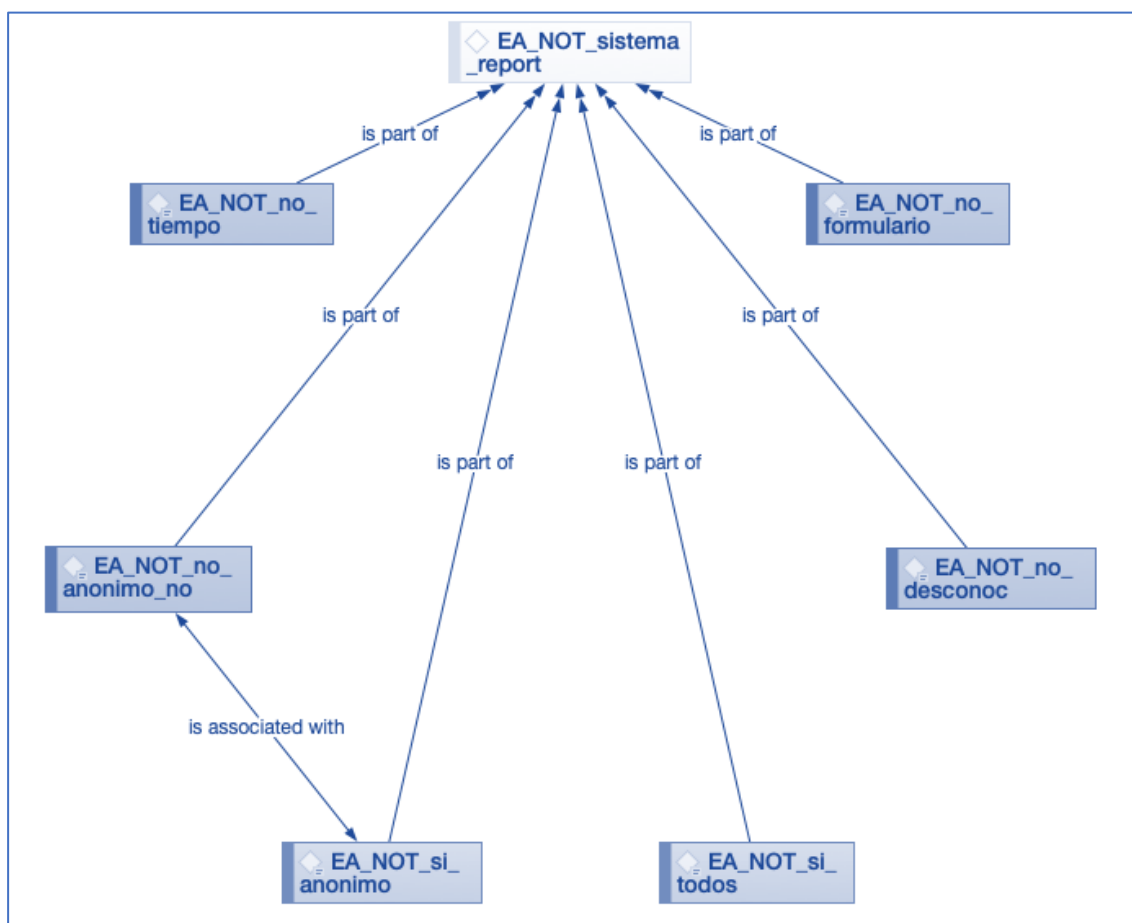
“Las úlceras es una cosa precisamente que se notifica muy poco, por no decir nada... (...) una úlcera yo creo que es eso, tú lo ves a lo mejor como una mala praxis del equipo de enfermería que está durante las 24 horas pero no lo vas a notificar como un EA” (GF-G:P2)

6.3.4.2. EN RELACIÓN CON EL SISTEMA DE REPORTE DE EA

Esta categoría: Sistema de reporte de EA, se divide en cuatro subcategorías, en cuanto a lo que las enfermeras refirieron que favorece o no la notificación de incidentes en relación con el sistema de reporte del hospital (Figura 25).



Figura 25. Categoría: Sistema de reporte de EA y subcategorías



Fuente: imagen de atlas.ti

Desconocimiento

En relación con el sistema de notificación refirieron varios aspectos que dificultan la notificación de EA. Uno es el desconocimiento de algunas enfermeras de que existe un sistema de reporte en el hospital.

“Yo no sabía que estaba [el sistema de notificación de EA]. Lo desconocía que estaba ahí en la intranet” (GF-AQ:P2)

Complejidad

Otro aspecto es que lo identificaron como un formulario complejo y que requiere de un tiempo del que no disponen para cumplimentarlo.

“La plataforma de notificación que hay ahora no le veo que nos ayude a notificarlo, y a lo mejor es muy enfarragoso... (...) te piden mucha información y es una plataforma muy larga” (GF-G:P5)



“Y el tiempo que conlleva también rellenar el formulario. Tela marinera, porque si lo tienes que rellenar al momento, si te pasa una tontería, mira, ya se ha solucionado, pues ya está, yo no relleno nada, pero un formulario de 5 hojas cada vez para poner... Bueno, si no ha pasado nada pues hala, para adelante. Que pienso también que eso no lo puedes hacer ni el sitio ni nada, luego al siguiente día tampoco a poco y luego en tu casa dices mira, bastante tengo yo como para ponerme a rellenar esto” (EP-HOSP:P1)

“(...) y también quizás por el tiempo que requiere hacer toda esa notificación, porque es sentarse, ponerse a hacer la web, y son muchas páginas y a veces no tienes tiempo, si estás en urgencias y ¿ahora me tengo que poner a hacer esto? y no te da” (GF-SU:P4)

Anonimato

Además, las enfermeras gestoras creían que el hecho de que este registro pueda ser anónimo queda en entredicho y esto cohibe a que las enfermeras notifiquen cuando ocurre algún incidente.

“Y también yo creo la gente lo de que son anónimos tampoco se lo acaban de creer (...) entonces eso también a la gente le tira un poco para atrás” (GF-G:P6)

“Sí hay la opción de Anónimo. A ti se te pone en contacto el comité que lleva esto, pero es anónimo para la empresa” (EP-HOSP:P2)

Accesibilidad

A favor del sistema de reporte de incidentes, algunas enfermeras lo consideraron un sistema accesible a todos los profesionales en el que cualquiera puede notificar incidentes de forma anónima y voluntaria.

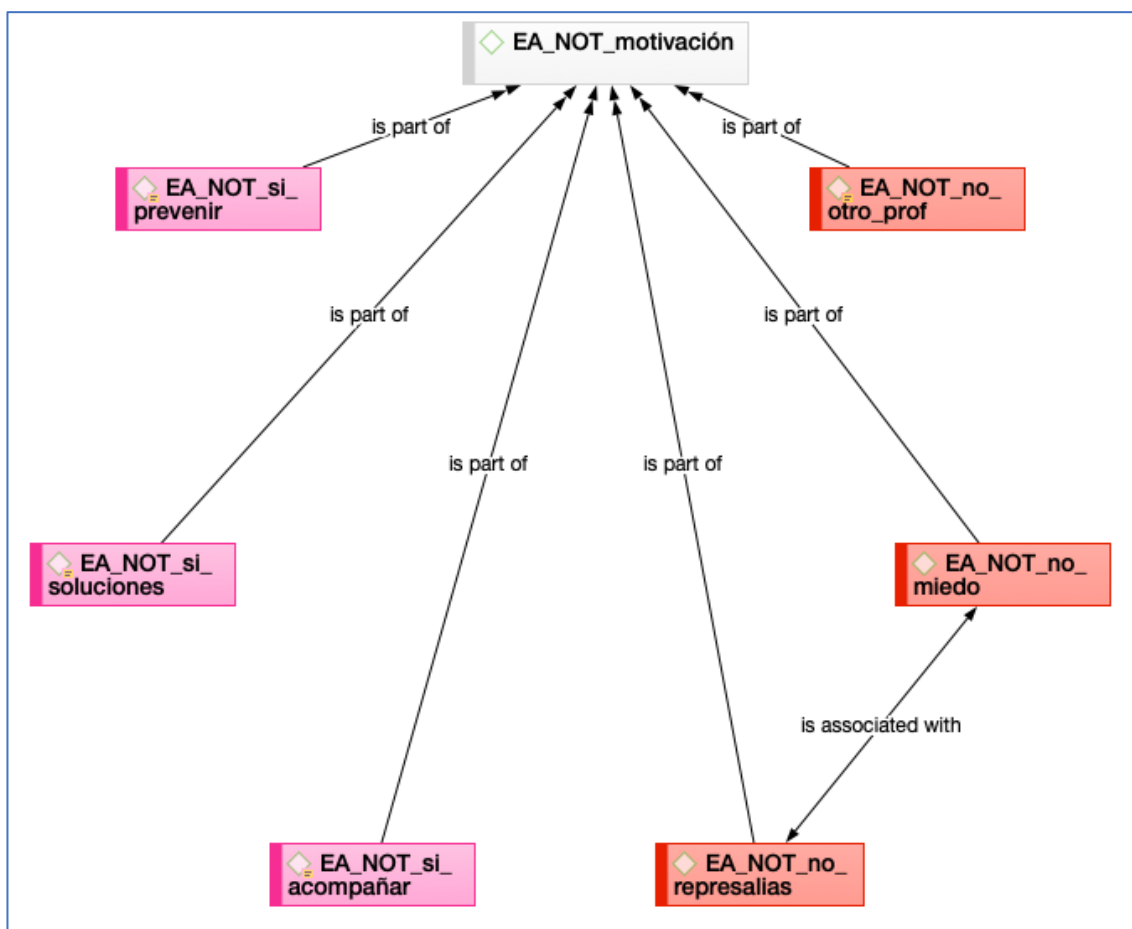
“El sistema existe, está en intranet, puedes acceder y puedes reportar” (GF-SM:P1)

6.3.4.3. EN CUANTO A LA MOTIVACIÓN DEL PROFESIONAL PARA NOTIFICAR O NO EA

Esta categoría: Motivación del profesional para notificar o no EA, se divide en dos subcategorías, en cuanto a los motivos que las enfermeras refirieron para notificar o no EA (Figura 26).



Figura 26. Categoría: Motivación del profesional para notificar y subcategorías



Fuente: imagen de atlas.ti

En relación con los aspectos que motivan a las enfermeras a notificar o no un EA, señalaron las cuestiones que intervienen en la comunicación de los errores, identificando los motivos para no notificarlos y para divulgarlos.

Motivos para NO notificar EA

Uno de los aspectos que frena la comunicación de EA en las enfermeras de todos los GF es que el error lo haya cometido otro miembro del equipo. Son más dadas a comunicar los propios errores que los ajenos, pues alegaron que comunicar el error de otro profesional les hace sentir que lo están delatando y que el compañero se lo puede tomar a mal.

“Parece que solo las enfermeras tengamos que notificar... y parece que si notificas algo y hay algún médico en medio... sea como que vayas en contra lo que hacen” (GF-G:P5)

“A mí me ha pasado y soy consciente de que para mí es un freno a la hora de reportar, cuando el error lo ha cometido otro compañero, a mí ahí... ostras, tengo



un dilema importante, no? porque me siento que si soy yo la que lo reporto soy como la chivata, si no lo hago también me siento mal, es como que mal de todas maneras” (GF-SM:P3)

Otro de los motivos de no notificar que identificaron algunas enfermeras es el miedo a confesar su error, a las posibles represalias y consecuencias, sobre todo en profesionales más noveles.

“Pero la gente no lo hace por miedo. Básicamente a que le vayan a decir te has equivocado, que le vayan a señalar (...) Me refiero también a personas nuevas, inseguras, que de por sí pues a lo mejor que ya tienen esta inseguridad y este miedo a la represalia, este miedo de “uy, a ver si me van a decir que...” Ahora, por ejemplo, hay muchísima gente nueva. Muchísima. Entonces asumir también un error tampoco es fácil. Darse cuenta se dará cuenta, porque si no ¿qué profesional? Darse cuenta, se dará cuenta, pero levantar la mano y decir que me equivocado ya no es tan fácil” (EP-HOSP:P1)

Motivos para notificar EA

En cambio, en todos los GF identificaron ventajas de notificar. Destacaron que es imprescindible para buscar soluciones y para que no vuelva a suceder el mismo EA, así como para que el profesional pueda recibir la ayuda necesaria.

“De equivocarte también van cambiando cosas, o sea a lo mejor te equivocas en poner una medicación y a la semana te la cambian de color para que no la confundas; a lo mejor en el baño hay una zona que patina más pues se dice, si te lo callas seguirá patinando gente, si lo dices a lo mejor a la semana siguiente han puesto algo para que no patine, o sea, al final si te lo callas va a seguir pasando y si lo dices pues el resto también lo veremos... para que lo vea el resto y se pueda corregir” (GF-SU:P3)

“Si se comunica, por supuesto, ya cuento con que se comuniqué. Si no se comunica, no hacemos nada” (GF-AQ:P3)

“Tener confianza en tus propias gestoras y en ti misma, en decir oye, me he equivocado y me he equivocado, y no tener miedo porque si no, no te ayuda a seguir para adelante” (EP-HOSP:P1)

En la tabla 24 se puede observar la frecuencia en que las enfermeras de cada grupo refirieron aspectos a favor o en contra relacionados con la notificación de EA según las características del incidente, el sistema de notificación y la motivación del profesional.



Tabla 24. Frecuencia en que las enfermeras de cada grupo refieren aspectos a favor o en contra relacionados con la notificación de EA según las características del incidente, el sistema de notificación y la motivación del profesional

NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES	GF-SM		GF-AQ		GF-G		GF-SU		HOSP-EP		TOTAL	
	A FAVOR	EN CONTRA	A FAVOR	EN CONTRA	A FAVOR	EN CONTRA A	A FAVOR	EN CONTRA	A FAVOR	EN CONTRA	A FAVOR	EN CONTRA
CARACTERÍSTICAS DEL INCIDENTE	10	3	2	2	18	8	18	8	0	5	48	26
SISTEMA DE NOTIFICACIÓN	1	0	3	1	5	16	0	2	1	2	10	21
MOTIVACIÓN DEL PROFESIONAL	1	3	12	4	6	5	8	5	3	4	30	21
TOTAL	12	6	17	7	29	29	26	15	4	11	88	68

Fuente: elaboración propia

6.3.5. SEGURIDAD DEL PACIENTE DURANTE LA PANDEMIA

En relación con la pandemia las participantes detallaron el impacto que esta ha tenido en la SP y los factores que consideran que influyeron en la misma durante la primera ola, así como los que la afectaban todavía, un año después.

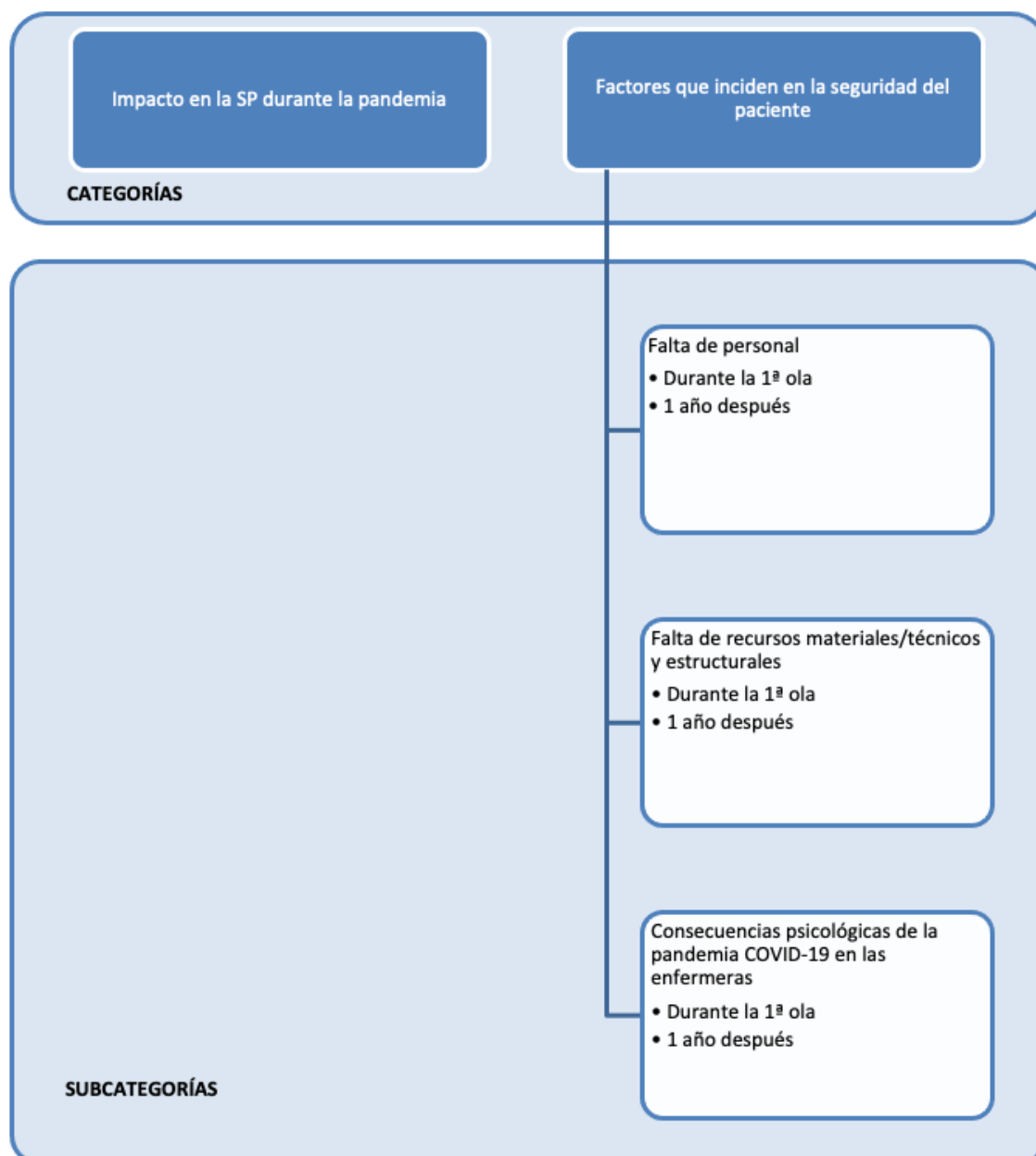
En la siguiente figura se pueden observar las dos categorías que emergen de este tema y las subcategorías relacionadas (Figura 27).

6.3.5.1. IMPACTO PERCIBIDO POR LAS ENFERMERAS EN LA SP DURANTE LA PANDEMIA

Las enfermeras destacaron el impacto de la pandemia en la SP relacionado con la atención sanitaria a los pacientes durante la pandemia. Diez de las 26 participantes compartieron en el GF o durante la entrevista, sus experiencias sobre eventos adversos (EA) vividos durante el COVID-19 en la atención a algún paciente; cuatro participantes, en cambio, verbalizaron la percepción de que los EA disminuyeron durante la 1ª ola. En general, la percepción sobre la influencia de la pandemia en la seguridad del paciente es contrapuesta entre las enfermeras.



Figura 27. Elementos cualitativos del tema SP durante la pandemia



Fuente: elaboración propia

En el GF de enfermeras de urgencias, algunas destacaron que la pandemia no ha influido negativamente en la SP, al contrario, argumentaron que ante el extraordinario incremento de pacientes y de carga asistencial se procuró mucho más cuidado para no cometer errores siguiendo los protocolos establecidos.

“Me dio la sensación de que a pesar de todo el descontrol y de todo lo que había de carga de trabajo, quizás por el hecho de que las analíticas las teníamos que pinchar de uno, de embolsar... quizás me pareció que el control era mucho más exhaustivo a la hora de no poder cometer ese error, a la hora de las analíticas de no cometer errores de identificación y todo esto” (GF-SU:P5)



Sin embargo, en el GF de enfermeras de Salud Mental que proporcionan atención ambulatoria, comentaron que el tener que realizar gran parte de las visitas de forma telemática sí pudo interferir en la SP por la dificultad para hacer una correcta valoración del paciente vía telefónica o incluso también en aquellas realizadas presencialmente, debido al uso de las mascarillas. Además, al tener que distanciarlas en el tiempo, se retrasó la frecuencia en el seguimiento habitual tan necesaria para este tipo de pacientes.

“Por ejemplo, teníamos ingresado un paciente psicótico que no habíamos visto que tenía risas inmotivadas porque como iba con mascarilla no lo detectamos” (GF-SM:P1)

“Sobretudo era un riesgo alargar la visita, son personas que son inestables, algunos están muy estables realmente, pero a veces, y me he encontrado el caso, de que la persona que ves realmente más estable es la primera que se desequilibra, es curioso, por eso lo he comentado, y ha ingresado, te das cuenta de que ha ingresado y dices “coñi, pero si la llamé hace cuatro días y estaba de puta madre”, pues no, no estaba de puta madre, y eso ha pasado” (GF-SM:P2)

Las enfermeras de hospitalización refirieron que trabajar bajo presión asistencial pone en riesgo la SP, cosa que han vivido durante la pandemia, sobretudo en la primera ola.

“Por la tarde tenemos una presión de subir ingresos que dices tú “pero si es que no me da tiempo a leerme la historia de un ingreso que ya ingresa otro”. Porque claro, hay tanto overbooking en urgencias, están tan sobrepasados que hay que subir, subir, subir, subir [se refiere a subir pacientes de urgencias a la planta de hospitalización]. ¿Qué seguridad tiene eso de subir? Ni los que estás subiendo, ni los que ya tienes porque no das pie con bola. Es imposible, por mucho que tú quieras, tu cabeza no da para tanto” (EP-HOSP:P1)

En cambio, en el GF de enfermeras gestoras verbalizaron que la SP “no existió” durante la primera ola por el Covid-19. En concreto, relacionaron la carencia de seguridad y protección de las propias enfermeras con el detrimento de la SP.

“El COVID ha sido el ejemplo de que la seguridad no existe, entonces cuando... cuando un profesional no se siente seguro atendiendo es imposible que puedas prestar atención a la seguridad del paciente. Cuando estás en modo supervivencia... pues la seguridad no existe, no miras la pulsera para identificar al paciente... no miras nada” (GF-G:P4)

“Yo creo que la seguridad del paciente en la época del COVID se ha limitado a supervivencia, es la palabra que mejor lo describe” (GF-G:P5)



Las enfermeras del área quirúrgica han vivido la pandemia fuera de su servicio habitual, por lo que consideraron que el desconocimiento de la unidad asignada y el estrés añadido a la situación de COVID-19, incrementaba el riesgo para preservar la SP.

“Con mucho desconocimiento, pero poniéndonos al día constantemente y actualizándonos de cosas que nos iban comunicando, porque no estábamos en nuestra área habitual” (GF-AQ:P3)

Al hacer referencia a la falta de acompañamiento de familiares durante el ingreso, todos estuvieron de acuerdo en la importancia de la presencia de familiares para el bienestar del paciente, pero en relación con la SP refirieron que no había afectado (en hospitalización) e incluso que su ausencia favoreció la seguridad (en urgencias) por ser una fuente de distracción.

“Ahora no hay familias, no hay interrupciones, yo creo que eso es una cosa que favorece la seguridad” (GF-SU:P3)

“Yo creo que la seguridad del paciente no se ha visto alterada en estar solo, en el riesgo a lo mejor de la caída, de la comida...” (EP-HOSP:P1)

Como aspecto positivo para la SP en el área de urgencias aludieron al trabajo en equipo, enfatizando que el equipo sea estable y que haya confianza mutua.

“Tenemos mucho trabajo en equipo, yo sé que si necesito ayuda la voy a tener incluso sin pedirla. Yo que sé, por ejemplo, en los turnos de 12h siempre éramos los mismos (...) yo sé como trabajan ellos, yo sé que si mi compañera me carga un nolotil no me lo va a poner en un bolus, es la confianza de muchos años trabajando juntos (...) Yo creo que eso, lo veo como positivo para la SP” (GF-SU:P4)

En la tabla 25 se puede observar el análisis de magnitud con el número de enfermeras de cada grupo que percibieron que la pandemia ha tenido una influencia negativa, positiva o mixta (con aspectos negativos y positivos) en la SP.

Tabla 25. Número de participantes en consenso sobre la influencia de la pandemia en la SP

<i>Evaluación de la influencia de la pandemia en la SP</i>	GF-SM	GF-AQ	GF-G	GF-SU	HOSP-EP	TOTAL
Positiva	0	0	0	3	1	4
Negativa	3	3	4	0	1	8
Mixta	2	4	3	2	0	14
Número de participantes	5	7	7	5	2	26

Fuente: elaboración propia



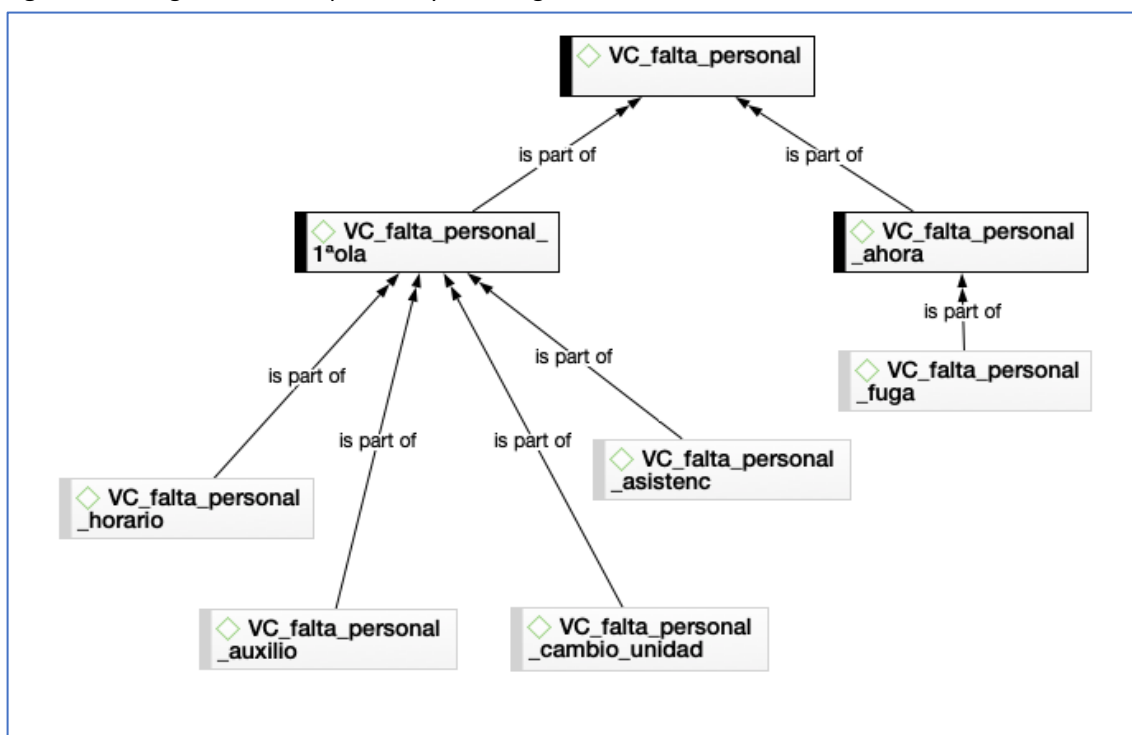
6.3.5.2. PERCEPCIONES Y EXPERIENCIAS DE LAS ENFERMERAS SOBRE FACTORES QUE INCIDEN EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

En cuanto a la percepción de las enfermeras sobre la SP durante la COVID, en todos los GF hicieron referencia a factores relevantes que inciden en esta negativamente, detallando algunos elementos que pueden afectar a la SP. Uno de los aspectos que destacaron todas las enfermeras es la falta de recursos, sobre todo en la primera ola, tanto de profesionales, como de recursos estructurales, materiales y técnicos.

FALTA DE PERSONAL

Esta categoría: Falta de personal, se divide en dos subcategorías, en cuanto a la **situación en la primera ola de la pandemia** y a la situación en el momento de recoger los datos, un **año después del inicio de la pandemia** (Figura 28).

Figura 28. Categoría: Falta de personal y subcategorías



Fuente: imagen de atlas.ti



Percepciones y experiencias de las enfermeras sobre la falta de personal durante la primera ola

Todas las enfermeras han visto afectada su situación laboral debido a la falta de personal ya sea a nivel de horario laboral, unidad asignada o tipo de actividad. En algunos casos por un cambio de servicio o área asistencial, otros por cambio de horario a turnos de 12 horas durante la primera ola en horarios de día y noche cuando los turnos habituales son de mañana, tarde y noche; o, en el caso de las gestoras, tuvieron que añadir actividad asistencial a la de gestión.

La falta de personal ocasionó también que se aplicaran soluciones para hacer frente a esta falta de enfermeras, como por ejemplo incorporar estudiantes en concepto de “auxilio sanitario”.

“Nos han sacado de nuestro puesto de trabajo habitual y nos han metido en otros sitios que desconocíamos completamente, que no teníamos un equipo que conociéramos, que íbamos... para mí la sensación ha sido que he ido a la guerra” (GF-AQ:P1)

“Hasta que no se impuso las 12 horas para la noche no fue la salvación. Nosotros vimos las 12 horas como un apoyo imprescindible, la verdad es que se agradeció mucho, porque a nivel de compañeros de día tuvieron que pasar a la noche, pero hasta que se impuso, la noche vivía lo mismo que el día con una ratio de la mitad de personal, con lo cual, de verdad, que fue imposible de llevar, de hecho, las compañeras del turno de día lo sabéis porque se os comentó en alguna ocasión, que era imprescindible que pasarais a la noche sí o sí, por necesidades, no por otra cosa, es que por la noche no dábamos abasto” (GF-SU:P1)

“Yo pienso que se cuadruplicó toda la carga de trabajo que había. Yo me acuerdo una noche de contar 74 personas ingresadas en urgencias, con cinco o seis personas que éramos, que hasta la supervisora bajó y llevaba 10 enfermos” (GF-SU:P1)

“Trabajabas mínimo 12 horas, porque al final te habías convertido en otra asistencial, ya no hacías ni de gestora” (GF-G:P1)

“Hay gente que ha entrado nueva, que estaba acabando la carrera, y que los pusieron también así de sopetón a trabajar (...) y que sobrecarga al resto de compañeros, todo el mundo tiene que aprender, que es obvio, pero... ya no solo el tema de manipular cosas, si no el tema de controlar el estrés (...) no es lo mismo” (GF-SU:P3)



Percepciones y experiencias de las enfermeras sobre la falta de personal: un año después

Un año después de la entrada de la pandemia en el hospital encontramos una “fuga” de enfermeras veteranas, ya que en las áreas asistenciales muchas han dejado el hospital. Este hecho hace que el equipo de enfermería se viera un año después formado por mayor número de enfermeras noveles y con menos experiencia de lo habitual. La sensación de las enfermeras es que la nueva situación del hospital está en desventaja con la que se vivía previamente a la pandemia en cuanto a la falta de personal.

“Realmente la carga de trabajo yo pienso que ha sido lo que ha marcado pues esta desbandada de compañeras y si ahora viniera una ola como la de marzo... yo pienso que estaríamos peor, ahora porque son menos graves, menos todo, pero había mano de personal, ahora no tendríamos nada, ahora, yo pienso que sería peor” (GF-SU:P1)

“Se ha intentado compensar la gente que se ha ido que tenía mucha experiencia, con gente igual más nueva que, obviamente igual que todos, pues van a empezar ya a aprender, pero que si ahora viene otra ola, con los intubados, con las mil medicaciones y todo... pues a lo mejor también les pilla super mal y también es una cosa que también hace ir un poco más lento y que sobrecarga al resto de compañeros” (GF-SU:P3)

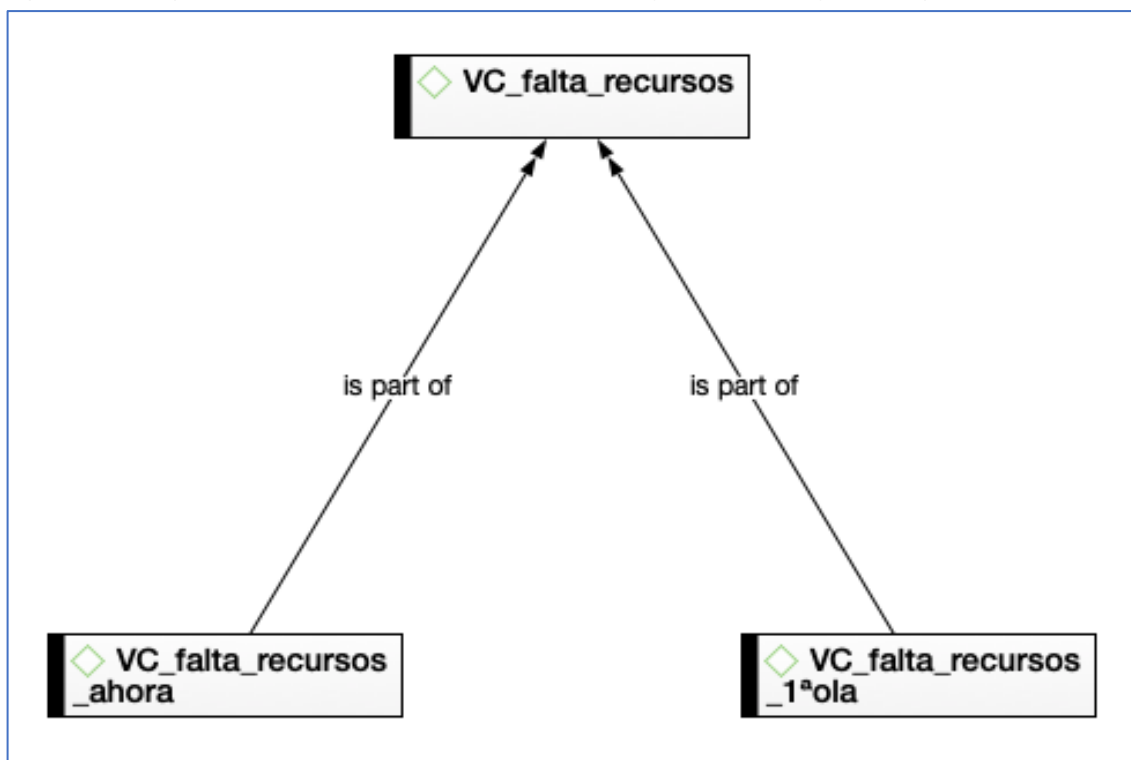
“(...) pues no es lo mismo que una persona nueva, que una que lleva mucho tiempo que sabe controlarlo, ubicarlo, aunque no pueda dar a todo, porque no das, es imposible, tener a cada uno en su sitio, saber que hay en cada sitio, no es lo mismo... es un manejo que te da la experiencia, y que te da el tiempo de haber trabajado, es verdad... que no es lo mismo que te pasen un parte de cada uno en un lado, no sé dónde están las fichas, no sé qué es este paciente...” (GF-SU:P3)

FALTA DE RECURSOS MATERIALES/TÉCNICOS Y ESTRUCTURALES

Esta categoría: Falta de recursos materiales, técnicos y estructurales, también se divide en dos subcategorías, en cuanto a la **situación en la primera ola de la pandemia** y a la situación en el momento de recoger los datos, **un año después del inicio de la pandemia** (Figura 29).



Figura 29. Categoría: Falta de recursos materiales, técnicos y estructurales y subcategorías



Fuente: imagen de atlas.ti

Percepciones y experiencias de las enfermeras sobre la falta de recursos materiales/técnicos y estructurales: durante la primera ola

La limitación del esfuerzo terapéutico por falta de recursos y el ver morir a las personas ante la falta de respiradores ha tenido un gran impacto emocional en las enfermeras del hospital.

“Hubo una vez... se nos paró una mujer de 60 años, dimos la vida por reanimar a esa mujer, la vida, y que llegara el médico y te dijera “estáis perdiendo el tiempo, tiene ya más de 60, no se puede hacer nada”, ¿qué haces? Se te cae el mundo, se te cae el mundo, y esa mujer hacía una hora que había hablado” (GF-SU:P3)

“Un día ya lloré allí mismo por qué bueno, no había respiradores para todo el mundo... se habilitó una sala para la gente de oncología con COVID, y un día estuve yo. Y vino un anestesista porque se requería intubar a varia gente de allí y vino el anestesista y dijo “hay un respirador ¿a quien?”. Y cuando llegué al día siguiente un paciente se había muerto. Lloré” (GF-AQ:P4)



“Urgencias era impensable ver cómo está, es que yo pienso cómo de verdad lo llegué a ver, es que no sé cómo cupieron ciento y pico personas ahí todas metidas, no en la sala de espera, sino que estaban todos dentro...” (GF-G:P1)

Percepciones y experiencias de las enfermeras sobre la falta de recursos materiales/técnicos y estructurales: un año después

Refirieron que un año después no se disponía de más recursos que en la primera ola, pero que la incidencia de COVID-19 había disminuido y con ello también la necesidad de recursos materiales, técnicos y estructurales, pero que, si volviera a repetirse la situación de la primera ola, este aspecto volvería a poner en riesgo la SP.

“Ha sido un momento de sálvese quien pueda, porque claro, no estaba preparado, o sea, no está preparado un servicio de urgencias para llevar... en grandes hospitales también han tenido el mismo problema de infraestructura y de una cosa que les ha pillado de sopetón, no estaban preparados, no estábamos preparados, nadie, nadie y de hecho después de la primera ola seguimos sin estar preparados” (GF-SU:P2)

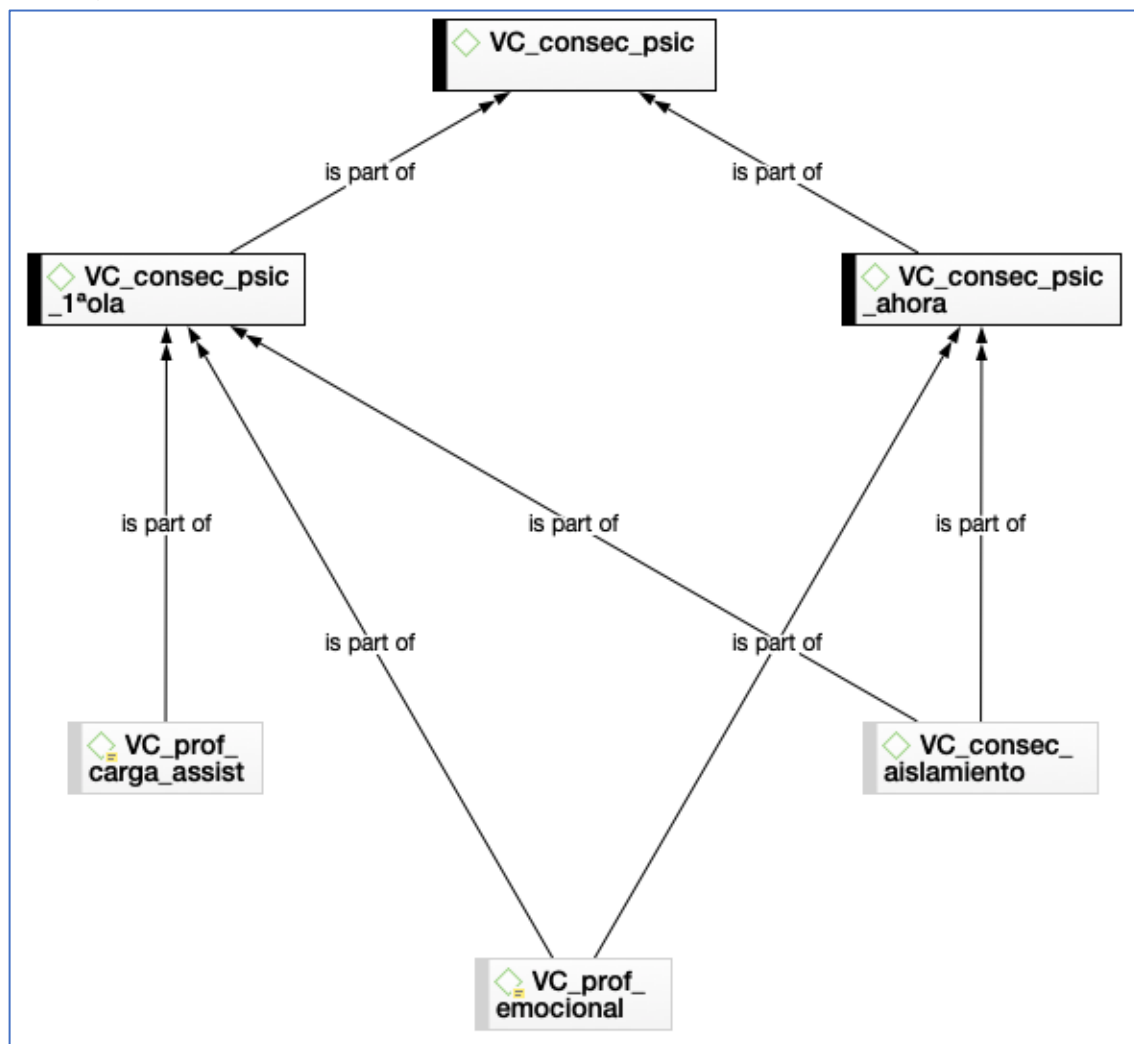
CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LAS ENFERMERAS

Esta categoría: Consecuencias psicológicas de la pandemia en las enfermeras, también se divide en dos subcategorías, en cuanto a la **situación en la primera ola de la pandemia** y a las consecuencias psicológicas que perduraban en las enfermeras en el momento de recoger los datos, **un año después del inicio de la pandemia** (Figura 30).

Hay unanimidad en todos los GF del gran impacto emocional que ha supuesto la pandemia para las enfermeras. Expresaron que ha sido muy duro y que han llorado mucho. La sobrecarga de trabajo, las decisiones tomadas in situ ante la falta de recursos, los cambios continuados de los protocolos de actuación gubernamentales han generado mucha angustia en las enfermeras. Refirieron sobre todo estrés, impotencia, miedo y soledad. Explicaron haberse sentido aisladas socialmente y a nivel familiar.



Figura 30. Categoría: Consecuencias psicológicas de la pandemia COVID-19 en las enfermeras y subcategorías



Fuente: imagen de atlas.ti

Consecuencias en las enfermeras: durante la primera ola

La irrupción de la pandemia ocasionó un gran impacto emocional en las enfermeras. Tras el análisis de magnitud hallamos que las palabras más utilizadas para describir sus vivencias durante la primera ola han sido el miedo (44 veces) y el sentirse sola (27 veces). En este aspecto el trabajo en equipo cobró especial relevancia para las enfermeras, tanto en la mimetización emocional con los compañeros como en el apoyo brindado entre ellos. El sentido de pertenencia a un equipo, así como la responsabilidad profesional y social, hizo que las enfermeras sufrieran a nivel emocional incluso cuando no podían ir al hospital por padecer ellas mismas la enfermedad.



“Había tanta tensión por miedo a contagiarnos, a lo que pudiera pasar, a cómo evolucionaba la enfermedad, que el miedo era el principal componente” (GF-G:P4)

“Se ha vivido con mucho miedo, con rabia, con impotencia y yo veía cómo venían de abatidas mis compañeras (...) lo hemos vivido con mucho estrés, con mucho miedo, desconocimiento, miedo a hacerlo mal y tomando todas las precauciones que nos decían, porque claro salían protocolos cada día... ahora no, ahora sí...” (GF-AQ:P3)

“Yo fui a urgencias y yo iba a la guerra y me contagié y me sentí mal por contagiarme, me sentí mal por no poder estar ahí y ayudar a mis compañeras, sentí rabia, sentí impotencia y sobre todo me sentí muy sola” (GF-AQ:P1)

“Pero yo creo que, hay algo bueno de todo esto malo y es que hemos hecho mucha piña, hemos hecho mucho equipo, y la verdad es que entre todos nos hemos dado mucho soporte (...) salen las cosas positivas pues de uno, del otro y si tu te derrumbas va a venir la otra persona y te va a ayudar a tirar. Yo creo que de todo lo malo que es, que es todo, eso es lo bueno que hemos sacado” (GF-SU:P4)

La falta de recursos ha impactado en las enfermeras de todos los servicios. Refirieron un aumento de la carga de trabajo, disminución de la ratio enfermera/paciente y aumento del tiempo invertido en cada acto terapéutico. Este hecho también ha impactado emocionalmente en las enfermeras, produciendo sensación de estrés e impotencia. Las enfermeras que tuvieron que quedarse en casa por padecer ellas mismas la enfermedad, refirieron haber hecho un gran esfuerzo para reincorporarse a su lugar de trabajo a pesar de no estar del todo recuperadas.

“Yo nunca había visto a mis compañeras así. Era una cosa de impotencia, de llorar, de... Y cuando tú vuelves, que vuelves hecha polvo. Porque yo volví, porque decía es que no hay enfermeras, poco o mucho algo haré, aunque no esté al cien por cien. Y ves un hospital que no es tu hospital. O sea, es una película que dices es que no, no. O sea, exagerado. Una locura” (EP-HOSP:P2)

La elevada mortalidad por COVID-19 también ha impactado emocionalmente en las enfermeras, que refirieron que jamás habrían podido imaginar vivir una situación semejante y que describieron como “surrealista”.

“Me acordaré una guardia que estábamos nosotros, 12h de guardia, se fue paciente por hora, paciente por hora estoy diciendo... en 12h despedimos a 12 pacientes en urgencias, paciente por hora... el primero bueno, el segundo ostras, el tercero ¿qué está pasando?, pero es que al décimo... nosotras también somos



personas... (...) de hecho dijimos “hacemos turnos para comer juntos y tal”, y la comida fue... cada una en una esquina llorando, pero porque era... surrealista... era surrealista la situación...” (GF-SU:P2)

Desde el inicio de la pandemia explicaron haberse aislado de sus familiares e incluso ignorar todo lo que estaba pasando en su entorno. Se dedicaban únicamente a trabajar, acudir al hospital y evitar el contacto con sus familiares cuando iban a casa a descansar, por el miedo de contagiarlos.

“Yo llegaba a mi casa, tengo dos niños pequeños, “no me toquéis”, quitarme toda la ropa en el recibidor, meterme en la bañera y lavarme como una desesperada” (EP-HOSP:P1)

“El retorno a casa era complicado... la verdad es que ya te podías duchar, yo era de las que se duchaba, se ponía esterilium hasta por la cara, las orejas, para poder volver a casa, porque yo sí que planteé en casa el no volver, hasta que no estuviera pasado al menos unos meses, pero no sabías el tiempo que iba a durar, entonces claro, con dos niños me decía mi marido, a ver si es que lo que tenga que pasar pasará, y entonces planteamos el volver, pero... era, era duro volver a casa...” (GF-SU:P5)

“Cuando salíamos del hospital, y veías las sirenas delante del hospital y la gente aplaudiendo en los balcones... yo el primer día que salí no sabía porque eran los aplausos, es que no lo sabía y digo: ¿por qué aplauden ahora? (...) Porque no podíamos ver nada, o sea, llegábamos aquí, íbamos a casa, dormíamos, comíamos algo, veníamos (...), no había ni lunes, ni domingo, ni sábado, nada. No sabías en que día estabas” (GF-G:P5)

Consecuencias en las enfermeras: un año después

Las enfermeras seguían afectadas emocionalmente un año después de haber vivido la primera ola en el hospital. Durante la realización de los GF se mostraron afectadas, suspiraban profundamente y dejaban de hablar para contener el llanto, aunque en algunas ocasiones no podían evitarlo.

“A mí se me pone un nudo en la garganta. Yo no puedo hablar demasiado. Si hablas de ti... [suspira profundamente] Eso ha sido horrible, eso ha sido... ya de por vida, eso se nos ha quedado” (EP-HOSP:P1)

La participante que explica haber perdido un paciente por hora en un turno dijo: *“Llegó un punto que nos unimos todos y nos pusimos a llorar, a llorar como tontos, que me acordaré toda la vida” (GF-SU:P2)*



Algunas enfermeras gestoras refirieron haber cesado de ese cargo para incorporarse como enfermeras asistenciales como consecuencia del impacto emocional de lo vivido durante este último año.

“Tengo que decir que... hace reflexionar mucho, te planteas cómo es tu vida y tomas decisiones y una de mis decisiones es que dejo la gestión en un mes, después de 13 años haciendo gestión. Bueno esto ha sido fruto del COVID, la presión... al final, bueno, te planteas, ya tampoco estás muy bien... y tanta presión... tanto tener que dejar cosas sin hacer... tener que trabajar como no te gusta, sentirte muy solo, el no poder dar el acompañamiento o lo que esperan de ti, pues bueno, al final te planteas qué quieres hacer y bueno decides que quiero volver a ser una enfermera normal, irte a tu casa cumpliendo un horario y sin llevarte ningún problema más a tu casa” (GF-G:P1)

En todos los GF las enfermeras refirieron que el aislamiento social y familiar persistía un año después con el objetivo de prevenir el contagio.

“Vida social cero de cero. Es que yo no veo ni a mis hermanos, a mi madre una vez a la semana y con un montón de distancia y si podemos estar en la calle mejor. Y a mi hijo lo he separado de mis padres. Ya se va solo al cole. Digamos que lo he metido en el ruedo de la vida, con 12 años, móvil, tarjeta de autobús y fuera. Porque claro, si el niño coge el COVID, lo cogen los abuelos, si lo cogen los abuelos, lo coge el niño. Entonces una vez a la semana nos vemos fuera en la calle, para que tengan relación. Antes mi hijo dormía todas las noches en casa de mis padres. Y ahora se queda solo en casa, yo me voy a trabajar y luego él se va al cole, cuando se levanta, se va, luego vuelve, come y se vuelve a ir al cole. Hemos tenido que cambiar nuestra dinámicas para prevenir a nuestras familias” (EP-HOSP:P1)

6.4. FASE INFERENCIAL (DISCUSIÓN)

La discusión de los resultados obtenidos mediante una aproximación cualitativa consiste en analizar y explicar los hallazgos obtenidos, haciendo una valoración crítica y comparándolos con la teoría existente al respecto y con los resultados alcanzados por otros investigadores (Amezcuza & Gálvez Toro, 2002; Urbano Gómez, 2016). De este modo, a continuación, se intenta proporcionar significación y entendimiento de los resultados obtenidos en esta segunda fase de la investigación en relación con las preguntas de investigación y los objetivos planteados en la misma, donde se pretende describir la experiencia de las enfermeras del Hospital de Mollet ante la aparición de EA.



Para facilitar la comprensión y seguimiento de este capítulo al lector, la discusión de los resultados se presenta en apartados que corresponden simbólicamente a los objetivos específicos de esta fase de la investigación planteados en el capítulo 3 (Objetivos) del documento.

6.4.1. PERCEPCIONES DE LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL DE MOLLET ANTE LA APARICIÓN DE EA

La revisión de la literatura nos ha permitido concretar algunas ideas de gran importancia referentes al concepto de SP y de CSP. Antes de profundizar en las percepciones de las enfermeras ante posibles errores y sus consecuencias, el primer paso para abordar la discusión de los resultados obtenidos en esta fase ha sido proporcionar la significación de los conceptos de SP y de CSP para las enfermeras y valorar si estos difieren de la teoría existente. De este modo, se ha podido valorar cómo enmarcar las experiencias de las enfermeras cuando se refieran a EA y considerar sus vivencias en relación con la SP.

6.4.1.1. CONCEPTO DE SP Y CSP

La frase más utilizada por las enfermeras para referirse a la SP fue “errar es humano”. Esta frase, con más de 2000 años de antigüedad y atribuida a Séneca, es la que da título al informe publicado por el Intitute of Medicine en el año 1999 “To err is human: Building a Safer Health System”, documento considerado el origen del concepto de SP (Kohn, Corrigan, 1999). Las enfermeras se refirieron al concepto de error tal y como lo encontramos en la literatura, haciendo referencia a la falibilidad del profesional como ser humano, y a la inevitabilidad de la mayoría de los EA (WHO, 2009).

Además, las enfermeras describieron el concepto de error diferenciándolo de otros conceptos como “mala praxis” o negligencia profesional, tal y como la literatura los define (WHO, 2009), por lo que podríamos considerar que a nivel conceptual las enfermeras saben de lo que hablan en relación con la SP. Sin embargo, cabe destacar que esta conceptualización difiere en las enfermeras del servicio de Salud Mental, pues describieron el alcance de la SP de forma más amplia, englobando aspectos físicos y psicológicos del paciente. El hecho de tener un mejor concepto de la SP, podría estar relacionado con una mayor CSP en los servicios de salud mental, observada en algunos estudios cuantitativos (Vlayen et al., 2012). Las enfermeras de salud mental se sienten responsables de la evolución de sus pacientes, no solo intrahospitalaria o ambulatoriamente dentro del recinto hospitalario, sino también fuera de él, a más largo plazo. Esto hace que la naturaleza de sus cuidados difiera de otras unidades en las que



una vez se les da de alta, las enfermeras se desvinculan del proceso de recuperación de sus pacientes (tanto en agudos como en crónicos).

Las enfermeras más veteranas puntualizaron una evolución histórica de la SP, poniendo de manifiesto que hasta hace apenas 20 años, este tema no ha recibido la atención necesaria por parte de las instituciones ni, por ende, de los profesionales (OMS, 2001). Ciertamente, en comparación con dos décadas anteriores, actualmente tenemos una mejor comprensión de la fenomenología del error y del daño, una cantidad considerable de datos epidemiológicos, cierta comprensión de las causas del daño, demostraciones de la eficacia y la efectividad de ciertas intervenciones y un considerable incremento en la formación sobre SP. A pesar de no disponer de pruebas claras de un cambio amplio y sostenido ni de mejoras generalizadas en la seguridad de los sistemas sanitarios, en general, los avances parecen razonables, aunque no espectaculares (Vincent & Amalberti, 2016).

Otro concepto expresado por las enfermeras en relación con la SP fue el de segundas víctimas, que lo refirieron tal y como lo encontramos en la literatura -como el impacto en el profesional que se ha visto implicado en un EA- bien definiendo dicho concepto o bien detallando sentimientos y consecuencias experimentados que responden a dicha definición (Wu, 2000).

La mayoría de enfermeras relacionaron la SP con proyectos específicos impulsados por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, como la prevención de caídas o de errores de medicación, la identificación inequívoca del paciente, la prevención de la infección nosocomial mediante la estrategia de la higiene de manos, o la prevención de incidentes en cirugía (Generalitat de Catalunya, s.f.). Las enfermeras gestoras parecían tener una visión más general de la SP y aludieron más tipos de EA, todos ellos relacionados con programas específicos del plan de SP del Hospital (Reyes Ramos & Ferrer Tarrés, 2016).

Las enfermeras basan la CSP en la confianza, la notificación y la mejora enfocada en el sistema, basado en mejorar las defensas para evitar errores y no culpabilizar al profesional implicado (Reason, 2000). Apelando a su responsabilidad para evitar daños al paciente, destacaron la confianza y la notificación de incidentes como condiciones necesarias para disminuir los riesgos y mejorar la SP, así como la implicación de todos los profesionales, en línea con las características de la CSP definidas por Reason y Hobbs (2003).

Al hacer referencia a aprender de los incidentes ocurridos y tomar medidas para que no se repitan, las enfermeras manifestaron que los errores son una fuente de aprendizaje, siendo ésta una característica propia de la CSP (Macrae, 2008).



6.4.1.2. VIVENCIAS DE LAS ENFERMERAS ANTE UN EA

La percepción de las enfermeras ante un EA fue que éste afecta tanto al paciente (primera víctima) como a la enfermera (segunda víctima), como se ha introducido en el apartado anterior. En cambio, no hicieron referencia a la posible repercusión para la institución (tercera víctima), en tanto que la reputación social del hospital pueda estar relacionada con la percepción de seguridad de los pacientes atendidos (Mira et al., 2014).

Respecto a las repercusiones para el paciente, a pesar de que en la mayoría de ocasiones las enfermeras consideraron que no son graves, se cree necesario informar al paciente y a sus familiares (Mira et al., 2015), tanto para ayudar a lograr una resolución justa, oportuna y curativa del daño ocasionado (Massachusetts Alliance for Communication and Resolution following Medical Injury, 2022), como para disminuir las demandas judiciales que se puedan derivar por parte de las primeras víctimas (Kachalia et al., 2010). Se recomienda mantenerles informados de todo el proceso, compartir los descubrimientos de la investigación realizada y explicarles las medidas que se van a tomar para evitar que suceda con otros pacientes (Aranaz et al., 2013; FIDISP, 2021).

Las enfermeras apelaron a la calma para actuar consecuentemente cuando ha sucedido un EA. Este sentimiento se relaciona con la responsabilidad moral, profesional e individual de las enfermeras (Malone, 2004), pues sentían que deben mantener la calma para solventar lo sucedido y minimizar el daño al paciente.

La afectación en las enfermeras cuando se ha producido un incidente de SP la identificaron en síntomas emocionales, psicológicos y profesionales descritos por múltiples autores (Busch et al., 2020; Lewis et al., 2015; Nydoo et al., 2020; Scott et al., 2009; Tamburri, 2017; Ullström et al., 2014). La responsabilidad que enumeraron las enfermeras de atender a la persona de forma segura se puede considerar el origen de los sentimientos que experimentan cuando cometen un error. El sentimiento más expresado por las enfermeras fue el remordimiento, seguido de la culpa. Además, decían tener miedo al daño que su equivocación puede ocasionar al paciente, incluso ante errores donde este daño no se llega a producir. El miedo lo vincularon también con el qué pensarán los demás y la vergüenza, sentimientos relacionados con la valoración negativa de uno mismo, incomodidad consigo mismo y con su propia valía. En la misma línea, cuando sucede un EA, las enfermeras también referían frustración e impotencia.

El impacto emocional y psicológico que describieron las enfermeras después de un EA afecta a la percepción de su competencia y les provoca angustia emocional, pudiendo sufrir consecuencias profesionales y personales a largo plazo (Kable & Spigelman, 2018). Las emociones que expresaron las enfermeras relacionadas con su responsabilidad moral, pueden provocar efectos más graves que abarcan el abandono de la profesión



(Anónimo, 2012), síntomas de estrés postraumático (Stovall et al., 2020) e incluso pueden llevar al suicidio en los casos más graves (Grissinger, 2014).

Conociendo las repercusiones que un EA puede ocasionar en los profesionales y sus consecuencias (Kable & Spigelman, 2018) es necesario desarrollar un plan de atención a las segundas víctimas siguiendo las recomendaciones apuntadas por las enfermeras. Se han identificado aspectos positivos para la recuperación de las segundas víctimas, tales como la participación de la enfermera en el análisis del incidente y en la mejora de la SP (Scott et al., 2009); poder hablar de lo sucedido y sentirse escuchados también resulta beneficioso para quien se ha visto involucrado en un EA, tal y como lo refirieron las enfermeras y algunas publicaciones previas (Neft et al., 2022; Scott et al., 2009; Ullström et al., 2014). Sin embargo, tal y como relataron las enfermeras gestoras, la ayuda y el apoyo debería proceder de quienes están debidamente formados en resiliencia personal y profesional, o de personal especialmente formado para hablar de los acontecimientos críticos con los implicados (Koyle et al., 2021; Neft et al., 2022).

Las repercusiones en las segundas víctimas son menores cuando se establece una comunicación abierta y se recibe el apoyo de colegas, supervisores y la dirección de la institución (Klm et al., 2022), sin embargo, la apreciación de las enfermeras respecto a la ayuda institucional o de la dirección del centro, se percibió como insuficiente. Publicaciones anteriores apelan a la necesidad de disponer de directrices claras institucionales para atender a los profesionales víctimas de incidentes relacionados con la SP, brindando un apoyo institucional estructurado y sistematizado (Aranaz et al., 2013; Bueno Domínguez, et al., 2016; Herrero Cuenca, 2017; Mira et al., 2015). Incluso, autores como Burlison et al. (2017), han desarrollado una herramienta para identificar los recursos de apoyo relacionados con las segundas víctimas más adecuados de implementar en cada organización, teniendo en cuenta criterios de efectividad y las preferencias de los profesionales.

6.4.2. FACTORES QUE LAS ENFERMERAS CONSIDERAN QUE INCIDEN EN LA SP

Las enfermeras detallaron en qué modo algunos factores inciden en la SP, algunos de los cuales han sido profundamente estudiados previamente, como por ejemplo el **número de pacientes** a cargo o la disponibilidad de tiempo para realizar sus tareas. En este sentido, múltiples estudios ratifican la sensación que expresaron las enfermeras de que las limitaciones de tiempo y de personal, dificultan que trabajen en un entorno seguro y, en consecuencia, favorecen los errores (Kim & Lee, 2022; Schroers et al., 2021;



Serre et al, 2022; Yun & Son, 2019). Refirieron trabajar bajo presión, con una elevada carga de trabajo, realizando funciones que no les son propias -como gestionar documentación o atender el teléfono-. En este sentido, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya ha incorporado en los centros de atención primaria los denominados “asistentes clínicos” o “asistentes de equipo” y algunos centros hospitalarios están implementando también esta figura (Hospital Sant Joan de Déu, 2022). Este nuevo perfil profesional se erige como apoyo de los médicos y de las enfermeras para descargarlos de trabajos administrativos de modo que estos profesionales puedan centrarse en sus funciones propias (Sant, 2021). A pesar de que no se ha estudiado todavía el impacto en la SP de la incorporación de dichos asistentes en los equipos de salud, este podría ser un primer paso para reducir la presión asistencial que señalan las enfermeras.

En relación con la **sobrecarga de trabajo**, las enfermeras no hicieron referencia al cansancio o agotamiento que ésta les puede comportar, siendo la fatiga un factor asociado negativamente a la SP en estudios previos (Cho & Steege, 2021; Garcia et al., 2019; Salyers et al., 2017; Seul Ryu & Shim, 2021). Sin embargo, que las enfermeras no identificaran el cansancio como un factor de riesgo para la SP, ratifica los hallazgos de un estudio realizado en una UCI donde la frecuencia de errores no estaba relacionada con el agotamiento de los profesionales (Garrouste-Orgeas et al., 2015).

Otro de los factores que ha mostrado una relación concluyente con la SP en resultados adversos para el paciente, es el **exceso de horas de trabajo** de las enfermeras, en cuanto a los extensos horarios de trabajo diarios y semanales (Bae, 2021). No obstante, este factor no ha sido nombrado por las participantes de este estudio, lo que puede deberse a no tener la percepción de una duración prolongada de los turnos, ni de largas horas de trabajo semanales, pues los horarios que realizan las enfermeras de la FSM se distribuyen en tres turnos, entre 7 y 10 horas de duración como máximo.

Las **distracciones e interrupciones** es otro factor estudiado anteriormente en cuanto que son elementos contribuyentes en los EA, identificando incluso las causas de dichas distracciones y las tareas interrumpidas (Kellogg et al., 2021; Serre et al., 2022). Algunos estudios han mostrado como intervenciones dirigidas a evitar las distracciones de las enfermeras, así como las habilidades para focalizar su atención en tareas concretas, aumentan la percepción de seguridad de las enfermeras (Adams et al., 2022; Prudenzi et al., 2022).

Que el **trabajo en equipo** es uno de los factores que afectan a la SP ya lo apuntan trabajos previos, en cuanto que una colaboración y una comunicación eficaz entre los miembros del equipo mejora la SP y viceversa (Mardon et al., 2010; Schmutz et al., 2019; Zaheer et al., 2021). Este estudio, además, refleja la percepción de las enfermeras en cuanto a que la colaboración interprofesional debe mejorar, pues el trabajo en equipo



es clave para impulsar la fiabilidad en las organizaciones (Stucky et al., 2022). Cabe subrayar la idea de que no todos los miembros del equipo tienen la misma percepción sobre la importancia de la SP, destacando las interacciones intraprofesionales como percepciones positivas del trabajo en equipo (es decir, enfermera-enfermera) en cuanto a la ayuda que se brindan entre ellas, aunque en el servicio de urgencias valoraron un riesgo para la SP cuando otra enfermera realiza las tareas de una compañera con sobrecarga de trabajo.

Sin embargo, las percepciones sobre el **trabajo en equipo interprofesional** (por ejemplo, enfermera-médico) lo definieron de riesgo para la SP (Zaheer et al., 2021), de modo que la ausencia de colaboración interprofesional puede resultar en una mayor posibilidad de errores, a menudo relacionada con problemas de comunicación y con sistemas jerarquizados donde las enfermeras no participan en la toma de decisiones respecto al plan terapéutico de las personas atendidas (Matziou et al., 2014; Stucky et al., 2022).

Se podría considerar que todos estos factores -el número de pacientes a cargo, el tiempo, las distracciones e incluso el trabajo en equipo- forman parte del concepto de organización del trabajo en las diferentes unidades o servicios, en cuanto a disponer, coordinar y ordenar los recursos disponibles (Real Academia de la lengua Española [RAE], 2010). Sin embargo, las enfermeras hicieron referencia a la organización refiriéndose a desarrollar su actividad de forma ordenada y estructurada. En este sentido, no hay estudios previos que valoren la influencia de la **estructura de los equipos** en la SP, teniendo en cuenta si es un equipo constante para todos los pacientes a cargo de una misma enfermera o no. Tampoco existen datos sobre la repercusión de realizar las tareas de forma ordenada y estructurada en relación con la SP.

Las **características estructurales** del entorno donde las enfermeras desarrollan su tarea pueden afectar a la SP, tal y como contemplan las principales herramientas de gestión y evaluación de los EA (Clinical Safety Research Unit, 2022; JCAHO, s.f., 2020a, 2020b; Shaikh, 2022). En cambio, no encontramos estudios que relacionen dicho factor con la SP, identificado claramente por las participantes en este estudio que destacaron cómo el carecer de una infraestructura adecuada puede poner en riesgo la SP.

La percepción de las participantes, respecto a que la falta de información relacionada con las **buenas prácticas** impide que puedan participar activamente en la implementación de la SP, ha sido explorada en el ámbito hospitalario, destacando que las enfermeras deben comprender los objetivos de SP para poder realizar cuidados de enfermería a los pacientes de forma segura (Setyowati, 2019). En cambio, sabiendo que conocer y compartir los errores cometidos favorece la SP, cabría considerar en qué medida la participación de los profesionales en los análisis de EA influye en la SP (Macrae, 2008).



Chang et al. (2012) sugieren que las organizaciones deben hacer un esfuerzo consciente para gestionar el flujo de conocimiento y garantizar que el acceso a éste sea fácil para quienes lo necesiten, pues el intercambio de conocimientos influye positivamente en la SP. En relación con esto, las enfermeras reflexionaron sobre la importancia de disponer de protocolos y guías de procedimientos estandarizados para fomentar la SP y la calidad con prácticas de valor, evitando la variabilidad clínica (Elsevier Australia, 2018), pero puntualizaron que el acceso a los mismos debe ser más fácil y ágil.

Es sabido que la **formación** mediante programas educativos específicos dirigidos tanto a profesionales (Garrouste-Orgeas et al., 2015; Mir Abellán, 2019; Xie et al., 2017), como a estudiantes (Balaguer Pallares et al., 2016; Li, H. et al., 2021), incrementa la SP y la CSP. Sin embargo, las enfermeras expresaron que esta formación se debe aumentar, careciendo de estudios previos que indiquen cuál debe ser el nivel de formación óptimo en este aspecto.

Múltiples estudios han puesto en relieve la importancia de la **participación del paciente** en su seguridad durante el proceso de atención sanitaria, tanto en la prevención como en el reporte y análisis de EA (Lee, N.J. et al., 2022; Serrano-Ripoll et al., 2022; Newman et al., 2021; Park & Giap, 2020; Tubic et al., 2022). En particular, establecer una relación de confianza entre el profesional y el paciente, es un factor reconocido en la mejora de la SP (Chegini et al., 2021). Lo que no está tan claro, es en qué medida se debe implicar a los pacientes y sus familias en este tema, pues hay aspectos que los pacientes consideran responsabilidad exclusiva de los profesionales y de sus propias competencias (Duhn & Medves, 2018; Li, C. et al., 2022). A día de hoy, no existe consenso en cómo se debe involucrar al paciente en su seguridad (Li, C. et al., 2022), e, incluso, existe la creencia de que la participación de los pacientes en la SP socava la relación entre el profesional sanitario y el paciente (Pittet et al., 2011).

La percepción de que los **cuidados enfermeros** son esenciales en la calidad y seguridad de la atención sanitaria, teniendo un papel clave en la disminución del riesgo relacionado con la SP, es una realidad indiscutible actualmente (Rao et al., 2017; Stucky et al., 2022).

Un elemento considerado favorecedor de la SP es la **experiencia profesional**, que puede estar relacionada tanto con la experiencia clínica, como con el aprendizaje a partir de errores previos (Macrae, 2008; Moon & Lee, 2017). A pesar de que algunas enfermeras identificaron dicha experiencia como un factor no favorecedor de la SP, en este aspecto debería considerarse la experiencia clínica en relación con una posible **disminución de la atención** en su actividad y el consecuente riesgo para la SP, en lugar de la experiencia profesional en sí misma. En estudios previos se valora que las enfermeras noveles o con menos experiencia se comportan menos seguras en comparación con enfermeras



experimentadas, pudiendo comprometer la SP (Magnaye et al., 2011; Zaheer et al., 2021).

El desarrollo de nuevas **tecnologías** en el ámbito sanitario, dirigidas tanto para el uso de los profesionales como de los pacientes, ha supuesto notables mejoras en la calidad y la SP, tal y como describieron las enfermeras participantes en este estudio (Upadhyay et al., 2022). Sin embargo, el uso de tecnologías también ha generado nuevos problemas y riesgos derivados, tales como las dificultades en su implantación, en su mantenimiento o en su uso (Añel Rodríguez et al., 2021), por lo que las enfermeras lo identificaron como un factor ambivalente.

6.4.3. ELEMENTOS QUE LAS ENFERMERAS RELACIONAN CON LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES

Las enfermeras refirieron notificar aquellos incidentes que tienen consecuencias graves para el paciente y relacionados con errores que han cometido ellas mismas (Serre et al., 2022). En cambio, si el error lo ha cometido otro profesional (como por ejemplo un médico), tendían a silenciarlo, pudiendo ser una respuesta de las enfermeras a la discriminación en el contexto laboral (Kritsotakis et al., 2022).

A pesar de identificar las ventajas de comunicar un EA, en muchas ocasiones, las enfermeras se ven directa o indirectamente disuadidas de expresar sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente, relacionado con el miedo a confesar su error, sobre todo si consideran que el reporte del incidente no es anónimo, lo que conduce a su silencio (Alingh et al. , 2019; Pope, 2018). Tal y como Levine et al. (2020) concluyen en su estudio, las enfermeras consideraron que notificar es importante y tienen muchas probabilidades de hacerlo, sin embargo, si piensan que puede haber consecuencias, es menos probable que informen. Además, si desconocen el sistema de notificación, éste es complejo o necesitan mucho tiempo para su cumplimentación, también es poco probable que notifiquen los EA.

Cabe destacar la dificultad de las enfermeras para identificar si un incidente está relacionado con la SP, frenando que estos se notifiquen. Los cambios continuos en la atención a las personas y a sus necesidades, y la dificultad para definir la "seguridad del paciente" debido a su naturaleza evolutiva y a la percepción cambiante de su significado, puede ocasionar una infra notificación de EA (Hyrkäs & Parker, 2006).



6.4.4. PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS EN RELACIÓN CON LA SP DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Este estudio aporta conocimiento sobre la percepción de las enfermeras en relación con la SP durante la primera ola de la pandemia COVID-19 y de algunos factores que incidieron en ella, tanto en la primera ola como un año después, en el hospital. Específicamente, los hallazgos brindan explicaciones de las experiencias de las enfermeras en cuanto a la repercusión en la atención sanitaria y a otros factores que también influyen en la SP, como son la falta de personal, la sobrecarga de trabajo, la falta de recursos materiales y el impacto psicológico que perdura todavía en las enfermeras. Además, el análisis de estas experiencias ayuda a identificar algunas de las situaciones que han tenido mayor impacto emocional en las enfermeras, no solo durante la primera ola de la pandemia, sino también a largo plazo.

No hay unanimidad entre las enfermeras sobre si la influencia de la COVID-19 en relación directa con la SP ha sido positiva o negativa. Algunas enfermeras asistenciales afirmaron que las nuevas condiciones de atención en las unidades de hospitalización y en el área de urgencias favorecen la SP, como el hecho de cerrar las unidades para el aislamiento de los pacientes y limitar el acceso a los familiares, minimizando así las interrupciones y evitando los errores que perciben que ocurren con menor frecuencia al atender a los pacientes “de uno en uno”. En cambio, reconocieron otros factores que han puesto en riesgo la SP como la presión asistencial o, para las enfermeras del área quirúrgica, el prestar atención fuera de su ámbito de conocimiento. Esto crea una mayor incertidumbre para las enfermeras, que deben ser capaces de satisfacer las necesidades de los pacientes incluso si se trasladan a áreas y roles desconocidos o novedosos cuando, en sus centros sanitarios, no cuentan con suficiente personal (Bergman et al., 2021; Lumley et al., 2020; Ryder et al., 2021; Tomas Vecina et al., 2020).

Cabe destacar que las enfermeras de salud mental percibieron un mayor riesgo para el paciente, tanto durante la primera ola, debido a los cambios en los períodos de seguimiento y control de los pacientes; como a largo plazo, pues el uso de mascarillas y la restricción de visitas presenciales dificulta una correcta valoración de la persona. Esto pone de manifiesto los efectos indirectos de la pandemia en la SP, relacionados con los incidentes en pacientes que, sin estar infectados por coronavirus, han sufrido las consecuencias del colapso sanitario al no poder ser atendidos adecuadamente por sus otros problemas de salud (FIDISP, 2020).

Las enfermeras gestoras, sin embargo, consideraron que atender de forma segura a los pacientes durante la pandemia pudo pasar a un segundo plano, ya que la situación vivida fue definida como estar en modo de “supervivencia”, término que emergió en el GF de las gestoras como consigna no deliberada ni consciente, durante la 1ª ola por el COVID-19. Vivir en modo “supervivencia” implicaba no poder atender otras cuestiones que



relacionaban con la SP, como por ejemplo la identificación inequívoca del paciente. Al mismo tiempo que las enfermeras eran movilizadas de sus áreas de experiencia o competencia, las gestoras procuraban su liderazgo, apoyando y alentando a las enfermeras de sus unidades e incluso asumiendo la atención de una parte de los pacientes ingresados, para liberarlas del exceso de carga asistencial intentando compensar la falta de personal y de adecuación de los recursos (Ying et al., 2020).

La dotación de personal de enfermería ha sido, y sigue siendo, una preocupación fundamental durante la pandemia. La falta de personal cualificado y la disminución de la ratio enfermera/paciente que implica esta falta de profesionales ponen doblemente en riesgo la SP (Aiken et al., 2017; Lumley et al., 2020). Para hacer frente a esta situación, España y otros países, implementaron iniciativas como solicitar a las enfermeras y médicos que regresaran de su jubilación y reclutar a estudiantes, voluntarios de enfermería y medicina, que de manera excepcional se incorporaron como soporte, así como enfermeras noveles o en áreas de pacientes críticos (Jackson et al., 2020). La brusca irrupción de la pandemia en una situación de falta de enfermeras ya conocida (WHO, 2020b), no permitió evaluar la competencia y la capacidad de trabajo de las enfermeras movilizadas a otras áreas ni de los estudiantes de enfermería incluidos en la organización de turnos y equipos, evaluación indispensable para poder garantizar una práctica más segura (Bergman et al., 2021; Gao et al., 2020). Además de que estas iniciativas ponen en riesgo SP, incrementó la carga de las enfermeras, que percibieron la incorporación de estudiantes como una sobrecarga añadida.

A pesar de que algunas de las enfermeras asistenciales refirieron haber puesto especial cuidado en no cometer errores ante esta situación de sobrecarga, la percepción general de las enfermeras de un mayor riesgo de cometer errores ante el aumento de la presión asistencial es evidente ante la falta de preparación del sistema sanitario para hacer frente a una pandemia (Lumley et al., 2020).

Algunos han sugerido que las enfermeras ya experimentan de manera desproporcionada angustia por restricción moral (por no poder llevar a cabo lo que uno cree que es una acción moralmente apropiada) y angustia por conflicto moral (porque uno se siente moralmente inseguro acerca de la acción apropiada). La angustia emocional creada por la pandemia podría tener un impacto adverso en la seguridad del paciente y en la retención del personal durante y después de la pandemia, desde una visión de la seguridad psicológica del trabajador (Rangachari & Woods, 2020).

Por otro lado, destaca la importancia que dan las enfermeras al clima de trabajo, a trabajar en equipo, cooperando y dándose soporte mutuamente como aspecto favorecedor ante la situación vivida, aspecto que las enfermeras del hospital destacaron como positivo para la SP (Malinowska-Lipień et al., 2021).



A pesar de no haber medido el agotamiento emocional en este estudio, las enfermeras describieron un impacto psicológico percibido por las enfermeras durante la primera ola de la pandemia que se podría asociar con el aumento de la proporción de pacientes por enfermera, así como con la falta de recursos, fomentando la intención de algunas enfermeras de dejar su trabajo actual (Ahmadi & Maleki, 2021; “La mitad de los enfermeros españoles se ha planteado dejar su profesión,” 2022).

Si la escasez de enfermeras ya es un problema que la profesión arrastra a nivel mundial desde hace años, esta pandemia ha agravado la situación previendo un aumento del déficit de enfermeras en los próximos años (WHO, 2020b). Así, las enfermeras buscan perspectivas de empleo con mejores condiciones laborales, lo que explicaría el elevado flujo de movimientos de enfermeras del ámbito hospitalario a la atención comunitaria (Rodríguez-García, 2019).

Un año después del inicio de pandemia, la situación de la profesión enfermera se encontraba gravemente afectada debido a la fuga de enfermeras en el ámbito hospitalario, así como de gestoras que han cesado su cargo (Ahmadi & Maleki, 2021; Maben & Bridges, 2020). Las enfermeras se sentían agotadas y emocionalmente afectadas todavía por todo lo vivido en el 2020. Es importante comprender las necesidades psicológicas del personal de enfermería después del punto álgido de la pandemia, de modo que individualmente, en equipos y entre organizaciones, así como entre naciones, podamos aprender juntos y asegurarnos de que las enfermeras tengan acceso a apoyo adecuado en la fase de recuperación posterior para evitar una generación de enfermeras con mala salud psicológica a largo plazo (Maben & Bridges, 2020).

Y, por último, el riesgo persistente del propio contagio para las enfermeras que siguen atendiendo a personas con COVID-19, así como el de sus familias, tras unas jornadas agotadoras en el Hospital. Las enfermeras seguían evitando el contacto social y familiar para proteger a sus seres queridos de un posible contagio un año después de la irrupción de la pandemia. Al igual que sigue habiendo enfermeras infectadas por COVID-19 que deben permanecer en cuarentena.

La situación un año después, a pesar de todo lo aprendido durante la primera ola de COVID-19, mantiene el riesgo en la seguridad en la atención de los pacientes, pues las enfermeras continuaban percibiendo factores que afectan negativamente a la SP sobre los que se debe actuar para minimizar los riesgos.



7. METAINFERENCIAS

“Debe establecerse ante todo la relación exacta que une el fenómeno de ser con el ser del fenómeno”

Jean-Paul Sartre, 1943



7. METAINFERENCIAS

PRODUCTO DE AMBOS ENFOQUES: CUANTITATIVO Y CUALITATIVO

7.1. INTRODUCCIÓN

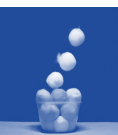
Una vez analizados los resultados del cuestionario y las entrevistas individuales y grupales que han permitido describir y valorar la CSP de las enfermeras del Hospital de Mollet, en este capítulo se profundiza en los elementos clave que contribuyen a esta CSP. Estos elementos nacen de los resultados cuantitativos (Capítulo 5) y de los resultados cualitativos (Capítulo 6) sustentados en el marco teórico (Capítulo 1). De esta integración, surgen diversos factores que contextualizan e inciden en la CSP.

Este capítulo comprende, por un lado, el análisis integrado realizado de la CSP, mediante el cuestionario HSOPSC aplicado en la primera fase del estudio, junto con la descripción de la experiencia de las propias enfermeras obtenida en la segunda fase, con el objetivo de matizar la CSP de las enfermeras del hospital.

Por otro lado, pretende identificar aquellos factores que contextualizan e inciden de algún modo en la CSP de las enfermeras. Para ello, se ha llevado a cabo un análisis integrado guiado por un proceso de integración de pilares (PIP), utilizando un formato de visualización conjunta que reveló los factores que inciden en la CSP de las enfermeras (Tabla 42).

En primer lugar, antes de proceder a este análisis, cabe tener en cuenta la descripción de la muestra de las participantes en ambas fases, para garantizar el rigor y validez de la integración de los datos (ver Tabla 26):

- Las enfermeras participantes en la fase cualitativa pertenecían a las tres áreas asistenciales con mayor representación en la encuesta -Área quirúrgica (20,90%), Área de hospitalización (27,46%) y Servicio de urgencias (27,87%)-, así como la de menor representación -Salud Mental y Adicciones (4,51%)- para obtener representatividad de la variabilidad de los discursos.
- En cuanto a las variables independientes descritas en la fase cuantitativa -jornada, antigüedad y turno de trabajo- cada una de estas variables se halló en una proporción similar en las participantes de la fase II. En relación con la posición laboral, se incorporó también el discurso las enfermeras gestoras en la Fase II participando en un grupo exclusivo, con el fin de evitar que su presencia pudiera interferir en el relato del resto de las enfermeras participantes, dado que se abordaron cuestiones relacionadas con la gestión y dirección, garantizando así la libertad de expresión y evitando posibles coacciones en la narración. Aunque el sexo no se tuvo en cuenta por no ser una variable significativa en el



análisis de los datos cuantitativos, hubo una proporción de hombres/mujeres semejante en ambas fases.

Tabla 26. Frecuencias relativas de las variables personales/profesionales en ambas fases del estudio

VARIABLES	CATEGORÍAS	RESULTADO FASE I (n=244)	RESULTADO FASE II (n=26)
Sexo	Mujer	214 (87,7%)	23 (88,5%)
	Hombre	30 (12,3%)	3 (11,5%)
Unidad/Servicio de trabajo	Servicios ambulatorios	13 (5,33%)	
	Área quirúrgica	51 (20,90%)	7 (26,9%)
	Área de hospitalización	67 (27,46%)	2 (7,7%)
	Área Materno/infantil	20 (8,20%)	
	Servicio de urgencias	68 (27,87%)	5 (19,2%)
	Servicios de soporte asistencial (laboratorio, farmacia, diagnóstico por la imagen)	14 (5,74%)	
	Salud Mental y Adicciones	11 (4,51%)	5 (19,2%)
Jornada	Jornada completa	152 (62,3%)	18 (69,2%)
	Jornada parcial	92 (37,7%)	8 (30,8%)
Posición laboral	Enfermera asistencial	234 (95,90%)	19 (73%)
	Enfermera gestora	10 (4,10%)	7 (26,9%)
Antigüedad	< 2 años	23 (9,42%)	2 (7,7%)
	2-5 años	34 (13,93%)	5 (19,2%)
	> 5 años	187 (76,65%)	19 (73%)
Turno de trabajo	Mañana (incluye turno partido)	126 (51,6%)	14 (53,8%)
	Tarde	69 (28,3%)	7 (26,9%)
	Noche	49 (20,1%)	5 (19,2%)

Fuente: elaboración propia

7.2. CSP DE LAS ENFERMERAS

Seguidamente, se pretende contrastar los resultados en relación con la CSP obtenidos en ambas fases del estudio. Para ello, se han estructurado los datos en las diferentes dimensiones del cuestionario utilizado en la primera fase del estudio.

7.2.1. RESULTADOS DE LA CULTURA DE SP

Este apartado incluye dos dimensiones con tres y cuatro ítems respectivamente. La primera hace referencia a la notificación de incidentes que no afectan al paciente y la segunda a la percepción global de seguridad.

7.2.1.1. “NOTIFICACIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD”

Esta dimensión incluye tres ítems que hacen referencia a la percepción de la frecuencia de notificación de tres tipos de eventos o errores que no llegan a producir efectos adversos (descubiertos y corregidos antes, que podrían haber causado daño, pero no lo hicieron, y que previsiblemente no producirían daño).



Los resultados para todos los encuestados se describen en la Tabla 27, donde se puede observar una mayor puntuación en positivo, pero muy alejada del 75% necesario para señalarla como fortaleza, en la totalidad de la dimensión y para cada uno de los ítems.

En la fase II, las enfermeras corroboraron que sólo notifican aquellos incidentes que consideran graves y que tienen consecuencias para los pacientes. Además, distinguieron la notificación en el sistema de reporte institucional de la comunicación del incidente a los compañeros del equipo, pero siempre partiendo de la base de que únicamente se comunica aquello que ha implicado alguna consecuencia para el paciente.

“Por escrito y demás, pues yo creo que estamos registrando muy poco... y que creo que hay errores que pasamos un poco diciendo pues no lo registramos porque no tiene ningún... no es suficientemente grave, y solo vamos a registrar aquello que creemos “ui, ostras, pues vaya metedura de pata hemos hecho, o ha ocasionado efecto de...” una caída con efecto de mortalidad o lo que sea, entonces ahí sí que vamos y escribimos porque creemos que es demasiado grave y hay que intentar evitarlo” (GF-G:P1)

Sin embargo, esta dimensión tampoco se pudo considerar una oportunidad de mejora según los resultados negativos de la fase I, que distan del 50% necesario para considerarse como tal. Este resultado puede estar relacionado con la percepción en todos grupos de la segunda fase, de las ventajas de notificar EA, tales como evitar que se repita el incidente, buscar soluciones, e incluso ayudar al profesional que ha cometido el error.

“La cultura de seguridad de pacientes quiere decir que tú notificas, pero notificas para una mejora, no notificas para meter una clatellada a nadie, eso es algo que yo creo que hemos ido mejorando con el tiempo” (GF-G:P1)

Tabla 27. Resultados de la cultura de seguridad en el cuestionario HSOPSC: Dimensión “Frecuencia de eventos notificados” (Ítems 40, 41 y 42)

	% Nunca/Casi nunca	% A veces	% Casi siempre/Siempre
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	17,6	31,2	51,2
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	20,5	34,8	44,7
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	20,5	30,7	48,8
Total dimensión:			
% de respuestas positivas: 48,23			
% de respuestas neutras: 32,20			
% de respuestas negativas: 19,53			

Fuente: elaboración propia



7.2.1.2. “PERCEPCIÓN GLOBAL DE SEGURIDAD”

Esta dimensión incluye cuatro ítems, todos ellos dirigidos a medir si se tiene o no la percepción de trabajar comprometiendo la seguridad, refiriéndose dos de ellos a causas concretas como son el ritmo de trabajo y la efectividad de los procedimientos existentes para evitar errores en la asistencia.

Según los resultados obtenidos en la fase cuantitativa (ver Tabla 28), esta dimensión no resultó un aspecto de mejora en su conjunto, sin embargo, sí encaminó un elemento a mejorar el ítem relacionado con que “el ritmo de trabajo puede llegar a afectar a la seguridad del paciente”, donde la proporción de respuestas negativas superó el 50% (concretamente es el 59,4%), que es el límite establecido para identificarlo como una debilidad u oportunidad de mejora en el clima de seguridad.

Los resultados obtenidos en la fase cualitativa hicieron hincapié en la “prisa” con la que trabajan las enfermeras, pues consideraron que trabajan bajo presión y con una elevada carga de trabajo, poniendo en riesgo la SP. En el servicio de urgencias añadieron que la ratio enfermera/paciente aumenta el riesgo de errores. Además, refirieron sobrecarga de trabajo en relación con tener que realizar tareas que no les son propias.

“Con la cantidad de trabajo que está habiendo ahora mismo, y la falta de personal que hay, es que está siendo brutal, es que es imposible, es imposible, es imposible llegar a todo, y que el problema de no llegar a todo es que lo que ella decía, a más ratio llevas, mayor problemas puedes darte en, pues eso, eventos adversos de muchas cosas” (GF-SU:P1)

“Y solucionas cosas que a lo mejor no es estrictamente nuestra función, que no te toca (...) Pero para poder llegar donde tú quieres llegar tienes que hacer ese trabajo, porque si no, no llegas a donde, como tener una secretaria, que al final acabas cogiendo el teléfono perpetuamente cuando tú tendrías que estar dedicándote a lo que te tienes que dedicar. Mándame este papel, ahora llámame a laboratorio, ahora falta una etiqueta, ahora mándame no sé que, ahora esto se ha quedado no sé donde, ahora bájame a este a esta prueba, ahora (resoplido), el otro se ha cagado...” (EP-HOSP:P1)

En relación con los procedimientos existentes, sin embargo, hubo una mayoría discreta que lo puntuó positivamente en el cuestionario. En la fase cualitativa especificaron que disponer de procedimientos estandarizados favorece la SP.

“Yo que creo que también los protocolos han ayudado mucho a evitar errores. Los check list...” (EP-HOSP:P2)



Respecto a que no ocurren más fallos por casualidad, valorado en positivo por un 43,4% de los encuestados, las enfermeras lo verbalizaron en la fase cualitativa como “tener un ángel” que impide que haya más EA.

*“Pero, son factores que bueno, yo no sé, tenemos un ángel encima... ¿verdad?”
(GF-SU:P4)*

Tabla 28. Resultados de la cultura de seguridad en el cuestionario HSOPSC: Dimensión “Percepción global de seguridad” (ítems 10, 15, 17 y 18)

	% Muy en desacuerdo/En desacuerdo	% Indiferente	% De acuerdo/ Muy de acuerdo
10. No se producen más fallos por casualidad	31,6	25	43,4
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente	59,4	16	24,6
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la “Seguridad del paciente”	38,5	23,8	37,7
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia	21,7	25,8	52,5
Total dimensión:			
% de respuestas positivas: 37			
% de respuestas neutras: 22,45			
% de respuestas negativas: 40,55			

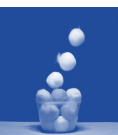
Fuente: elaboración propia

7.2.2. CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDAD/SERVICIO

Este apartado engloba 8 dimensiones que incluyen un total de 27 ítems. Todas hacen referencia a la unidad o servicio donde las enfermeras desempeñan su labor.

7.2.2.1. “EXPECTATIVAS Y ACCIONES DE LA DIRECCIÓN/SUPERVISIÓN DE LA UNIDAD/SERVICIO EN APOYO DE LA SEGURIDAD”

Se incluyen en esta dimensión cuatro ítems que representan la percepción sobre la importancia que se da a la SP por parte de los jefes de servicio y supervisores. Aunque ni la dimensión en su conjunto ni ninguno de los ítems que la componen llegaron a distinguirse como una de las fortalezas de la cultura de seguridad (se necesitaría para ello un valor por encima del 75% de respuestas positivas), más de la mitad de los encuestados lo consideraron positivo (ver Tabla 29). Durante la segunda fase las enfermeras identificaron el apoyo recibido por la supervisora de la unidad y lo definieron como sentirse escuchados y recibir ayuda, tanto para solventar el error como para poner medidas para evitar que vuelva a ocurrir.



“Sí, hay predisposición, tanto para que no pasen las cosas, como si pasan para estar ahí y saber que es un equipo, que es tu gestora y que va a estar contigo y que no te va a decir “la has liado, a la calle”, no, te dice “estoy contigo y a ver qué ha pasado, como lo solucionamos, qué podemos hacer para que no vuelva a pasar” y bien” (GF-SU:P4)

Del mismo modo, ante el aumento de trabajado durante la pandemia, expresaron que la supervisora asumía actividad asistencial, lo que corroboró la mayor puntuación negativa en el ítem que refiere “Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/mando pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente”.

“Yo pienso que se cuadruplicó toda la carga de trabajo que había. Yo me acuerdo una noche de contar 74 personas ingresadas en urgencias, con cinco o seis personas que éramos, que hasta la supervisora bajó y llevaba 10 enfermos” (GF-SU:P1)

Tabla 29. Resultados de la cultura de seguridad en el cuestionario HSOPSC: Dimensión “Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad” (Ítems 19, 20, 21 y 22)

	% Muy en desacuerdo/En desacuerdo	% Indiferente	% De acuerdo/ Muy de acuerdo
19. Mi superior/mando expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	12,3	27,5	60,2
20. Mi superior/mando tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	17,2	21,3	61,5
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/mando pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente	58,2	26,6	15,2
22. Mi superior/mando pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente	68,9	19,7	11,4
Total dimensión:			
% de respuestas positivas: 62,20			
% de respuestas neutras: 23,78			
% de respuestas negativas: 14,05			

Fuente: elaboración propia



7.2.2.2. “APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL/MEJORA CONTINUA”

Esta dimensión incluye tres ítems sobre la actitud proactiva con relación a la SP. La valoración de los encuestados fue positiva en cuanto a disponer de actividades para mejorar la SP y llevar a cabo medidas adecuadas para evitar que repitan los fallos. Sin embargo, el ítem que hace referencia a la evaluación de los cambios realizados para mejorar la SP fue más diversa, con el mismo porcentaje de respuestas neutras que de respuestas positivas (ver Tabla 30).

En todos los grupos de la segunda fase, excepto en el del servicio de urgencias, destacaron como positivo la formación en aspectos de SP, argumentando que, a pesar de haber formación, se debe aumentar y dar en la misma medida en todos los ámbitos de la SP. Por otro lado, las enfermeras más veteranas consideraron que, a diferencia de hace unos años, actualmente la SP está presente en el proceso de atención. Estos datos corroboraron que la mayoría de encuestados considerase que hay actividades dirigidas a mejorar la SP.

“Sí que hay formación. Lo que pasa que a lo mejor en tipo formación darle más peso” (EP-HOSP:P1)

“Ahora seguridad del paciente sí que tiene más prioridad” (EP-HOSP:P2)

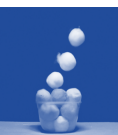
La vivencia de las enfermeras descrita en la fase cualitativa atribuyó al hecho de cometer un error ser una fuente de aprendizaje y lo relacionaron con la importancia de comunicarlo para llevar a cabo medidas para evitar que se vuelva a producir.

“En el momento en que reconocemos que tenemos fallos, pues quizás nos ayuda a poder ver otro tipo de soluciones o a que no se vuelvan a repetir” (GF-SU:P1)

Tabla 30. Resultados de la cultura de seguridad en el cuestionario HSOPSC: Dimensión “Aprendizaje organizacional/mejora continua” (Ítems 6, 9 y 13)

	% Muy en desacuerdo/En desacuerdo	% Indiferente	% De acuerdo/ Muy de acuerdo
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	13,9	17,6	68,5
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	16	17,6	66,4
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	26,2	36,9	36,9
Total dimensión:			
% de respuestas positivas: 57,23			
% de respuestas neutras: 24,03			
% de respuestas negativas: 18,70			

Fuente: elaboración propia



7.2.2.3. “TRABAJO EN EQUIPO EN LA UNIDAD/SERVICIO”

Pese a no llegar a considerarse una fortaleza, esta dimensión fue la mejor valorada en la fase cuantitativa, sobre todo, respecto a que “el personal se trata con respeto y se apoya mutuamente” (ver Tabla 31). Sin embargo, en la fase cualitativa destacaron aspectos negativos de este trabajo en equipo, en cuanto a que cuando varios profesionales asisten a un mismo paciente aumenta el riesgo de error, así como cuando alguien ayuda al profesional que está sobrecargado. También matizaron la falta de una comunicación efectiva dentro del equipo en detrimento de la SP. No obstante, en el área de urgencias, subrayaron el trabajo en equipo como un aspecto positivo durante la pandemia para la SP.

“Porque el médico no va el ritmo de la enfermera (...) Haces mucho equipo, pero son demasiadas manos, y es eso, si alguien ha cargado algo que no se tenía que cargar, que se carga en 100 y lo ha puesto en bolus, yo no lo sé, porque no lo he visto” (GF-SU:P4)

“En el mismo ejemplo que estaba hablando antes del camillero que se lleva a la señora... que no es la señora... que no le dice nadie a la enfermera que se lleva a la señora... cuando llega al quirófano nadie... bueno pues todo... seguramente si hubiera una comunicación un poco más fluida, eh... igual no, igual no se hubiera podido evitar, pero bueno... es un factor que igual puede mejorarse, la comunicación dentro del equipo” (GF-G:P7)

“Tenemos mucho trabajo en equipo, yo sé que si necesito ayuda la voy a tener incluso sin pedirla. Yo que sé, por ejemplo, en los turnos de 12h siempre éramos los mismos (...) yo sé como trabajan ellos, yo sé que si mi compañera me carga un nolotil no me lo va a poner en un bolus, es la confianza de muchos años trabajando juntos (...) Yo creo que eso, lo veo como positivo para la SP” (GF-SU:P4)

Tabla 31. Resultados de la cultura de seguridad en el cuestionario HSOPSC: Dimensión “Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio” (Ítems 1, 3, 4 y 11)

	% Muy en desacuerdo/En desacuerdo	% Indiferente	% De acuerdo/ Muy de acuerdo
1. El personal se apoya mutuamente.	11,5	13,9	74,6
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	17,6	18,1	64,3
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	11,1	13,1	75,8
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	15,6	21,7	62,7
Total dimensión:			
% de respuestas positivas: 69,15			
% de respuestas neutras: 16,88			
% de respuestas negativas: 13,95			

Fuente: elaboración propia



7.2.2.4. “FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN”

En esta dimensión los resultados del cuestionario mostraron que una mayoría discreta refiere poder hablar con libertad sobre algo que puede afectar a la SP y no tener temor a preguntar sobre algo que se ha hecho incorrectamente (ver Tabla 32). En la fase cualitativa las enfermeras corroboraron este aspecto y valoraron en positivo el poder hablar con los compañeros del equipo, así como con las enfermeras gestoras para mejorar la SP.

“Tuve un error de administración de medicación y la verdad es que, tanto por parte de mi gestora, como de mis compañeros, como del médico estuvo muy bien, me dieron soporte, lo arreglamos y... ya está, entonces tu ya te quedas mucho con eso, no tienes a alguien que te eche la bronca de “ah ¿qué has hecho? ¡le has puesto esto y esto no se hace así!” si no que es al contrario, “bueno vale, ha pasado esto, a ver que soluciones podemos hacer” y vas haciendo un seguimiento al paciente, el médico también está contigo, y la verdad es que mi sensación personal fue buena, a pesar de lo que pudo haber o no pasado, tuve soporte” (GF-SU:P4)

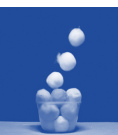
Tabla 32. Resultados de la cultura de seguridad en el cuestionario HSOPSC: Dimensión “Franqueza en la comunicación” (Ítems 35, 37 y 39)

	% Nunca/Casi nunca	% A veces	% Casi siempre/Siempre
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	7	27	66
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	25,4	38,9	35,7
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	54,5	32	13,5
Total dimensión:			
% de respuestas positivas: 52,07			
% de respuestas neutras: 32,63			
% de respuestas negativas: 15,30			

Fuente: elaboración propia

7.2.2.5. “FEED-BACK Y COMUNICACIÓN SOBRE ERRORES”

Esta dimensión contiene 3 ítems que hacen referencia a la información recibida por el profesional cuando notifica o sucede un incidente y si se discute en la unidad la manera de evitar que vuelva a suceder. El peor valorado de los tres fue la falta de información sobre el tipo de actuaciones que se llevan a cabo cuando se notifica un incidente (ver Tabla 33). Las participantes de la fase II refirieron también esta falta de información



sobre qué tipo de actuaciones se llevan a cabo cuando sucede un incidente y de la continuidad de estas, así como de los errores que suceden en el servicio/unidad.

“Si ha habido eventos adversos en algún sitio, (...) facilitar al personal eso: que lo pueda comunicar. Y si me ha sucedido a mí algo o a una compañera que tenga herramientas para poder mejorarlo, para ser consciente, y de alguna manera eso que cale en la gente y seamos conscientes en todo momento de lo que está pasando o tenerlo presente (...) Ahora, desde hace tiempo nuestra supervisora nos pasa las reuniones por escrito, con lo cual ahí tenemos mucha información. Antes esto no se hacía, pero nuestra actual supervisora nos lo hace por escrito. Quiere decir que esto es una ventaja también que podríamos aprovechar” (GF-AQ:P3)

Tabla 33. Resultados de la cultura de seguridad en el cuestionario HSOPSC: Dimensión “Feed-back y comunicación sobre errores” (Ítems 34, 36 y 38)

	% Nunca/Casi nunca	% A veces	% Casi siempre/Siempre
34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	23,4	38,9	37,7
36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	15,2	34	50,8
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	10,2	34	55,8
Total dimensión:			
% de respuestas positivas: 48,07			
% de respuestas neutras: 32,50			
% de respuestas negativas: 16,40			

Fuente: elaboración propia

7.2.2.6. “RESPUESTA NO PUNITIVA A LOS ERRORES”

Esta dimensión no obtuvo una frecuencia del 75% de respuestas en positivo para ser considerada una fortaleza en su conjunto, sin embargo, el ítem que se refiere a “Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra”, fue uno de los puntuados más favorablemente en el cuestionario con el 70,5% de respuestas positivas (ver Tabla 34). Del mismo modo, en la fase cualitativa las enfermeras refirieron la respuesta no punitiva a los errores como una característica principal de la CSP, definieron el concepto de segunda víctima y la necesidad de no culpabilizar al profesional. En contraposición, narraron sentimientos autopunitivos ante los EA, tales como la culpa, la vergüenza, el miedo y el remordimiento.



“No culpabilizas a nadie, porque todo el mundo hemos aprendido que hay que escuchar, intentar solucionar, intentar luego evitar que vuelva a ocurrir...” (GF-G:P1)

“(...) y vergüenza de quedar mal, de que me digan, ostras, que mala enfermera eres, o porque no sabes hacer eso cuando es algo muy básico” (GF-SU:P2)

Tabla 34. Resultados de la cultura de seguridad en el cuestionario HSOPSC: Dimensión “Respuesta no punitiva a los errores” (Ítems 8, 12 y 16)

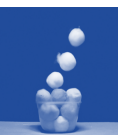
	% Muy en desacuerdo/En desacuerdo	% Indiferente	% De acuerdo/ Muy de acuerdo
8. Si los compañeros o los superiores/mandos se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	70,5	22,9	6,6
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”.	47,2	22,1	30,7
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente	32,8	24,2	43
Total dimensión:			
% de respuestas positivas: 50,27			
% de respuestas neutras: 23,10			
% de respuestas negativas: 26,60			

Fuente: elaboración propia

7.2.2.7. “DOTACIÓN DE PERSONAL”

Los resultados de la fase cuantitativa mostraron esta dimensión claramente como un aspecto de mejora con un 62,5% de respuestas en negativo (ver Tabla 35). Uno de los cuatro ítems que construyen esta dimensión, en concreto: “Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas deprisa”, fue el peor valorado de todo el cuestionario. En la fase cualitativa este concepto quedó ampliamente descrito por las enfermeras, afectando la dotación de personal a la percepción global de seguridad. También las cuestiones “Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo” y “A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora”, fueron valorados como aspectos de mejora en la institución.

“Con la cantidad de trabajo que está habiendo ahora mismo, y la falta de personal que hay, es que está siendo brutal, es que es imposible, es imposible, es imposible llegar a todo, y que el problema de no llegar a todo es que lo que ella decía, a más ratio llevas, mayor problemas puedes darte en, pues eso, eventos adversos de muchas cosas” (GF-SU:P1)



“Te voy a decir una cosa, no es que me quiera excusar, pero la presión que tenemos ahora lleva muchas veces... Que no sé ni cómo no tenemos más errores, tenemos tanta presión que no sé ni como no tenemos más errores. Muchas veces es imposible asumir el número de intervenciones que hay en una mañana. Y esto hace muchas veces que corras. Desde hace unos años atrás la presión asistencial que hay es enorme. Y bueno, pues yo creo que podrían haber incluso a veces más errores de los que tenemos, porque tenemos muy pocos” (GF-AQ:P4)

Sin embargo, el ítem que hace referencia a que “en ocasiones no se presta mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal laboral” no obtuvo el 50% de respuestas negativas para ser considerado un aspecto a mejorar en esta dimensión durante la fase cuantitativa, en cambio, después de la primera ola de la pandemia, las enfermeras argumentaron que el hecho de que el equipo de enfermería se viera un año después formado por un mayor número de enfermeras noveles y con menos experiencia de lo habitual es un riesgo para la SP. La época COVID-19 es, además, un claro ejemplo de que para las enfermeras la falta de personal influye negativamente en la SP.

“Hay gente que ha entrado nueva, que estaba acabando la carrera, y que los pusieron también así de sopetón a trabajar (...) y que sobrecarga al resto de compañeros, todo el mundo tiene que aprender, que es obvio, pero... ya no solo el tema de manipular cosas, si no el tema de controlar el estrés (...) no es lo mismo” (GF-SU:P3)

Tabla 35. Resultados de la cultura de seguridad en el cuestionario HSOPSC: Dimensión “Dotación de personal” (Ítems 2, 5, 7 y 14)

	% Muy en desacuerdo/En desacuerdo	% Indiferente	% De acuerdo/ Muy de acuerdo
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	68	12,7	19,3
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	16,4	10,6	73
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	43,9	20,5	35,6
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	13,5	13,5	73
Total dimensión:			
% de respuestas positivas: 23,28			
% de respuestas neutras: 14,35			
% de respuestas negativas: 62,40			

Fuente: elaboración propia



7.2.2.8. “APOYO DE LA GERENCIA DEL HOSPITAL EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE”

Esta dimensión incluye 3 ítems, dos de cuales se consideraron de forma contrapuesta por las participantes en la encuesta respecto a la implicación de la gerencia: que “facilita un clima laboral que favorece la SP” obtuvo el 42,2% de respuestas negativas, en contra del 43% de respuestas positivas en cuanto a que “muestra con hechos que la SP es una de sus prioridades” (ver Tabla 36). Cabe destacar que el primero obtuvo un número muy bajo de respuestas positivas en la encuesta (28,3%), sólo por detrás de dos de los ítems de la dimensión anterior (en concreto el 2 y el 5, con 19,3 y 16,4 respectivamente).

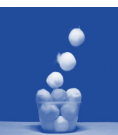
En la fase cualitativa las enfermeras gestoras apelaron al compromiso de la dirección del hospital en referencia a la atención a las segundas víctimas y a la necesidad de implantar un programa de atención a los profesionales que se ven afectados por un EA. Sin embargo, los resultados de esta segunda fase no profundizaron directamente en el apoyo de la dirección a la SP, aunque sí destacaron algunos aspectos que indirectamente aluden a la implicación de la dirección y que se abordan en el capítulo siguiente.

“Si tuviéramos un soporte psicológico o una unidad de segundas víctimas, que no tenemos en este centro, pues sería un gran apoyo. (...) Yo me encuentro a veces sola, porque no tengo herramientas para poder solventar los EA que se puedan ocasionar en mi servicio” (GF-G:P1)

Tabla 36. Resultados de la cultura de seguridad en el cuestionario HSOPSC: Dimensión “Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente” (Ítems 23, 30 y 31)

	% Muy en desacuerdo/En desacuerdo	% Indiferente	% De acuerdo/ Muy de acuerdo
23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	42,2	29,5	28,3
30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	29,1	27,9	43
31. La gerencia/dirección del hospital solo parece interesarse por la Seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	35,2	27,5	37,3
Total dimensión:			
% de respuestas positivas: 35,37			
% de respuestas neutras: 28,43			
% de respuestas negativas: 36,20			

Fuente: elaboración propia



7.2.3. CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE TODO EL HOSPITAL

Este apartado incluye dos dimensiones con cuatro ítems cada una, que hacen referencia al trabajo entre las distintas unidades y los diferentes turnos.

7.2.3.1. “TRABAJO EN EQUIPO ENTRE UNIDADES”

En conjunto, los 4 ítems que componen esta dimensión no obtuvieron ni el 50% de respuestas positivas y destacó en negativo la falta de coordinación en general entre las diferentes unidades del hospital con un 41,4% (ver Tabla 37). Sin embargo, la mayoría de los encuestados consideró que no resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios/unidades, que los servicios cooperan entre sí y que trabajan de forma coordinada. De manera global, estos datos se contraponen a los aportados durante la fase cualitativa, que mostraron que, para las enfermeras, trabajar con personal de otros servicios/unidades durante la primera ola de la pandemia tuvo un impacto negativo para la SP. En cambio, teniendo en cuenta que el área quirúrgica es la que puntuó peor en la fase cuantitativa, coincide con que las enfermeras de esta área son las que fueron movilizadas a otros servicios durante la pandemia en mayor medida.

“Nos han sacado de nuestro puesto de trabajo habitual y nos han metido en otros sitios que desconocíamos completamente, que no teníamos un equipo que conociéramos, que íbamos... para mí la sensación ha sido que he ido a la guerra” (GF-AQ:P1)

Tabla 37. Resultados de la cultura de seguridad en el cuestionario HSOPSC: Dimensión “Trabajo en equipo entre unidades” (Ítems 24, 26, 28 y 32)

	% Muy en desacuerdo/En desacuerdo	% Indiferente	% De acuerdo/ Muy de acuerdo
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	31,1	27,5	41,4
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	28,7	22,5	48,8
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	63,1	24,2	12,7
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	17,3	27	55,7
Total dimensión:			
% de respuestas positivas: 49,78			
% de respuestas neutras: 25,10			
% de respuestas negativas: 25,10			

Fuente: elaboración propia



7.2.3.2. “PROBLEMAS EN CAMBIOS DE TURNO Y TRANSICIONES ENTRE SERVICIOS/ UNIDADES”

En esta dimensión destacó ligeramente la puntuación negativa en la transición de información de los pacientes entre diferentes servicios, aunque no se consideró un aspecto problemático (ver Tabla 38). En los resultados cualitativos las enfermeras atribuyeron un riesgo para la SP respecto al traspaso de información entre turnos en relación con la pandemia y con la inexperiencia del profesional.

“(...) pues no es lo mismo que una persona nueva, que una que lleva mucho tiempo que sabe controlarlo, ubicarlo, aunque no pueda dar a todo, porque no das, es imposible, tener a cada uno en su sitio, saber que hay en cada sitio, no es lo mismo... es un manejo que te da la experiencia, y que te da el tiempo de haber trabajado, es verdad... que no es lo mismo que te pasen un parte de cada uno en un lado, no sé dónde están las fichas, no sé qué es este paciente...” (GF-SU:P3)

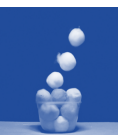
Tabla 38. Resultados de la cultura de seguridad en el cuestionario HSOPSC: Dimensión “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades” (Ítems 25, 27, 29 y 33)

	% Muy en desacuerdo/En desacuerdo	% Indiferente	% De acuerdo/ Muy de acuerdo
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/Servicio a otra.	44,3	18,9	36,8
27. En los cambios de turno, se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	43,4	24,6	32
29. El intercambio de información entre los diferentes Servicios es habitualmente problemático.	52,5	25,8	21,7
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	47,1	27,9	25
Total dimensión:			
% de respuestas positivas: 46,73			
% de respuestas neutras: 24,50			
% de respuestas negativas: 28,80			

Fuente: elaboración propia

7.2.4. CLIMA DE SEGURIDAD

Este apartado consta de dos preguntas en el cuestionario. Por un lado, califica el grado de seguridad en una escala del 0 al 10 y, por otro lado, valora si se ha notificado algún incidente en el último año.



7.2.4.1. GRADO DE SP EN EL SERVICIO/UNIDAD

La calificación media del grado de SP obtenida en la primera fase fue de $6,69 \pm 1,71$ sobre 10, puntuando significativamente por debajo el servicio de urgencias ($5,57 \pm 1,67$) (ver Tabla 39). Las diferencias entre servicios, en cuanto a la percepción de las enfermeras sobre los factores relacionados con la SP en la fase cualitativa, ponen en relieve el menor grado de SP percibido en este servicio respecto al resto de unidades del hospital.

A continuación, se detallan los elementos que, en la fase cualitativa de este estudio, las enfermeras consideraron que inciden en la SP en el área de urgencias de forma distinta, respecto al resto de servicios.

- Ratio enfermera/paciente que, a diferencia de otros servicios, en el servicio de urgencias no es estable, aumentando el número de pacientes a cargo que tiene una sola enfermera, lo que conlleva mayor sobrecarga asistencial en esta unidad.

“Es que a veces... viene mucha faena de golpe, en un momento muy corto, pues ahí voy, que es el momento de agobio que es mucha carga de trabajo, es un ratio muy alto para una enfermera” (GF-SU:P2)

- Interrupciones y distracciones, que en el área de urgencias relacionaron con la presencia de familiares, atribuyendo la ausencia de éstos como un aspecto favorecedor de la SP durante la pandemia.

“Ahora no hay familias, no hay interrupciones, yo creo que eso es una cosa que favorece la seguridad” (GF-SU:P3)

- Estructura física, en cuanto que, a pesar de disponer de un espacio limitado, no se restringe el número de pacientes que acceden al servicio. Este elemento también se refirió durante la pandemia.

“Como se te parase uno... si se para el de la ventana de la derecha, alma de cántaro, a ver cómo ni entras ahí para hacerle una RCP” (GF-SU:P4)

“Urgencias era impensable ver cómo está, es que yo pienso cómo de verdad lo llegué a ver, es que no sé cómo cupieron ciento y pico personas ahí todas metidas, no en la sala de espera, sino que estaban todos dentro...” (GF-G:P1)

- Organización del trabajo, relacionado con atender a un único paciente y realizar una tarea cada vez, en todos los grupos consideraron que el servicio de urgencias es el menos organizado, incluso durante la pandemia vieron positivo poder trabajar de forma más organizada debido a las medidas de aislamiento.



“Me dio la sensación de que a pesar de todo el descontrol y de todo lo que había de carga de trabajo, quizás por el hecho de que las analíticas las teníamos que pinchar de uno, de embolsar... quizás me pareció que el control era mucho más exhaustivo a la hora de no poder cometer ese error, a la hora de las analíticas de no cometer errores de identificación y todo esto” (GF-SU:P5)

- Relación terapéutica, coincidiendo con el área quirúrgica, consideraron que en el servicio de urgencias no se realiza una atención individualizada ni centrada en la persona que favorezca la participación del paciente en su seguridad.

“La falta de humanización y personalización del cuidado, que es lo que se debería de basar...” (GF-SU:P1)

Las enfermeras del grupo de urgencias fueron las únicas que no identificaron algunos aspectos favorecedores para la SP que surgieron en otros grupos, como la formación en temas de SP o el disponer de protocolos y procesos estandarizados. En contraposición, también fue el único grupo en el que la experiencia profesional fue considerada un factor favorecedor de la SP.

Tabla 39. Resultados de la cuestión “califique del 0 al 10 el grado de seguridad de su servicio/unidad” por áreas asistenciales

“califique de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad”	Media	Desviación estándar
Servicios ambulatorios	6,77	2,01
Área quirúrgica	6,92	1,35
Área de hospitalización	7,03	1,53
Área Materno/infantil	7,75	1,41
Servicio de urgencias	5,57*	1,67
Servicios de soporte asistencial	7,5	1,70
Salud Mental y adicciones	7,45	1,57

*p < ,001

Fuente: Elaboración propia

7.2.4.2. NOTIFICACIÓN POR ESCRITO DE ALGÚN INCIDENTE RELACIONADO CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÚLTIMO AÑO

El 82% de las enfermeras respondieron a esta cuestión diciendo que no habían notificado por escrito ningún incidente durante el último año, con diferencias significativas respecto a la unidad/servicio, la categoría profesional, la antigüedad y el tipo de jornada (ver Tablas 40 y 41).



En la fase cualitativa las enfermeras refirieron la necesidad de utilizar un sistema de notificación de incidentes para mejorar la SP, haciendo hincapié en que todos los profesionales están implicados en ella. Sin embargo, cabe mencionar algunos elementos que pueden influir en la falta de notificación de EA por parte de las enfermeras que se detallan a continuación.

Pese a identificar el sistema de reporte de incidentes en la institución como accesible para todos los profesionales, algunas enfermeras refirieron desconocer su existencia.

“Yo no sabía que estaba [el sistema de notificación de EA]. Lo desconocía que estaba ahí en la intranet” (GF-AQ:P2)

Otro elemento que considerar es que el formulario de notificación resulta complejo y laborioso, por lo que las enfermeras no disponen del tiempo necesario para cumplimentarlo.

“La plataforma de notificación que hay ahora no le veo que nos ayude a notificarlo, y a lo mejor es muy enfarragoso... (...) te piden mucha información y es una plataforma muy larga” (GF-G:P5)

Un factor crucial ya comentado anteriormente, es que notifican aquellos incidentes que consideran de mayor riesgo, ya sea porque tienen consecuencias graves para el paciente o porque tienen una repercusión inmediata que hay que resolver. De este modo, declararon que cuando el error no llega a afectar al paciente, no tiene consecuencias o éstas no son graves, no se notifica.

“Yo creo que solo llegamos a reportar cosas graves, por ejemplo “me he equivocado con 3 ml de risperdal” que sería reportable, evidentemente, y se podría poner y tal, yo dudo que lo pongamos” (GF-SM:P1)

Que el error a notificar lo haya cometido otro miembro del equipo es otro elemento que frena la notificación por parte de las enfermeras.

“A mí me ha pasado y soy consciente de que para mí es un freno a la hora de reportar, cuando el error lo ha cometido otro compañero, a mí ahí... ostras, tengo un dilema importante, no? porque me siento que si soy yo la que lo reporto soy como la chivata, si no lo hago también me siento mal, es como que mal de todas maneras” (GF-SM:P3)

Otro aspecto que puede estar relacionado con la no notificación de incidentes es que a menudo las enfermeras no saben discernir si lo ocurrido es un EA relacionado con la SP o no, y, por lo tanto, si se debe reportar.



“Si tú crees que eso entra dentro de la legalidad, tienes que ir a otro foro. (...) A mí no se me ocurrió tampoco notificarlo ahí, sí que es verdad que luego hicimos un escrito y no sé qué al médico en sí, pero nadie me dijo que lo que lo pusiera en SP” (EP-HOSP:P1)

En línea con este desconocimiento sobre lo que se considera un incidente que notificar, cabe mencionar la diversidad de incidentes que identificaron las enfermeras y los diferentes tipos en cada grupo. Siendo las enfermeras gestoras las que más notificaron, el 80% según los resultados de la fase cuantitativa (ver Tabla 41), y el grupo que más tipos de EA ha determinado durante la fase cualitativa (ver Tabla 21), manifestaron en el GF que el no identificar ciertos eventos como problemas de seguridad, ocasiona que estos no se notifiquen, como por ejemplo las úlceras por presión.

“Las úlceras es una cosa precisamente que se notifica muy poco, por no decir nada... (...) una úlcera yo creo que es eso, tú lo ves a lo mejor como una mala praxis del equipo de enfermería que está durante las 24 horas pero no lo vas a notificar como un EA” (GF-G:P2)

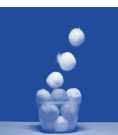
Las enfermeras gestoras argumentaron también que la inseguridad de que el sistema de notificación sea anónimo cohibe el reporte de algunos EA por parte de las enfermeras asistenciales.

“Y también yo creo la gente lo de que son anónimos tampoco se lo acaban de creer (...) entonces eso también a la gente le tira un poco para atrás” (GF-G:P6)

En la Tabla 41 puede verse también cómo las enfermeras del área de hospitalización han notificado algún incidente, significativamente por encima del resto de servicios (el 31,3%), así como, respecto a la antigüedad, las enfermeras con más de 5 años de antigüedad notificaron significativamente por encima de las más noveles (el 21,9% vs 4,3%). En la fase cualitativa los resultados mostraron que en el área de hospitalización se considera que los profesionales más noveles tienen mayor dificultad para reconocer los errores.

“(...) Ahora, por ejemplo, hay muchísima gente nueva. Muchísima. Entonces asumir también un error tampoco es fácil. Darse cuenta se dará cuenta, porque si no ¿qué profesional? Darse cuenta, se dará cuenta, pero levantar la mano y decir que me equivocado ya no es tan fácil” (EP-HOSP:P1)

Además, las enfermeras con mayor antigüedad expresaron un auge en la importancia de la SP y de la relevancia que ésta ha adquirido recientemente, fomentando una cultura de prevención de daños evitables para el paciente y concienciando a los profesionales de los riesgos y de la posibilidad de cometer errores durante el proceso de atención.



“Antes no se hablaba de esto, de la seguridad del paciente no se hablaba, en cambio ahora se habla mucho, y es muy importante, es fundamental” (GF-SM:P2)

Las enfermeras con jornada completa notificaron en mayor porcentaje que las de jornada parcial ((24,3% vs 7,6%) (Tabla 41). En la fase cualitativa no hay datos específicos relacionados con la jornada laboral, sin embargo, esta menor notificación por parte de las enfermeras con jornada parcial podría estar relacionada con la creencia de las enfermeras en relación con que cuanto más tiempo al lado del paciente, más posibilidad de error.

“Pero yo creo que las que estamos 24 horas somos nosotras [se refiere a las enfermeras]. Más posibilidad de equivocarnos... Pues si somos nosotras las que estamos todo el día delante. Yo creo que tenemos más probabilidades también” (EP-HOSP:P1)

Tabla 40. Resultados de la cuestión “durante el último año ha notificado por escrito algún incidente relacionado con la seguridad del paciente” por áreas asistenciales

“durante el último año ha notificado por escrito algún incidente relacionado con la SP”	% SI	% NO
Servicios ambulatorios	23,1	76,9
Área quirúrgica	5,9	94,1
Área de hospitalización	31,3*	68,7
Área Materno/infantil	10	1,41
Servicio de urgencias	16,2	83,8
Servicios de soporte asistencial	21,4	78,6
Salud Mental y adicciones	9,1	90,9
TOTAL	18	82

*p < ,001

Fuente: Elaboración propia

Tabla 41. Resultados afirmativos en la cuestión “durante el último año ha notificado por escrito algún incidente relacionado con la seguridad del paciente” por jornada, posición laboral y antigüedad

“durante el último año ha notificado por escrito algún incidente relacionado con la SP”			
ANTIGÜEDAD	<2 años	2-5 años	>5 años
%SI	4,3	5,9	21,9*
JORNADA	Completa	Parcial	
%SI	24,3*	7,6	
POSICIÓN LABORAL	Enfermera Gestora	Enfermera asistencial	
%SI	80*	15,4	

*p < 0,05

Fuente: Elaboración propia

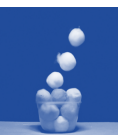


7.3. FACTORES QUE CONTEXTUALIZAN E INCIDEN EN LA CSP DE LAS ENFERMERAS

Seguidamente, se integraron y fusionaron los datos de ambas fases mediante el PIP. La siguiente tabla muestra la integración de los datos obtenidos y los factores identificados como pilares en este proceso (Tabla 42).

Tabla 42. Resultados del Proceso de Integración de Pilares

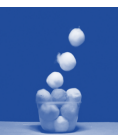
Datos Cuantitativos	Resultados Clave en la fase I (Cuantitativa)	PILARES	Resultados Clave en la fase II (Cualitativa)	Datos Cualitativos
Servicio/Unidad de trabajo	Diferencias significativas en el análisis bivalente: Servicio/Unidad y 8 Dimensiones	Servicio /Unidad	En el GF de urgencias no identificaron algunos aspectos favorecedores para la SP que surgieron en otros GF	Categoría: Factores que favorecen la SP Subcategoría: Disponer de protocolos
			El servicio de urgencias es el menos organizado	Categoría: Factores que favorecen la SP Subcategoría: Organización del trabajo
			En urgencias y área quirúrgica no se realiza una atención individualizada ni centrada en la persona que favorezca la participación del paciente en su seguridad	Categoría: Factores que favorecen la SP Subcategoría: Relación terapéutica
Antigüedad	Diferencias significativas en el análisis bivalente: Antigüedad y 5 Dimensiones	Experiencia Profesional	La experiencia del profesional favorece la SP, aunque puede disminuir la atención aumentando el riesgo de errores	Categoría: Factores considerados de forma ambivalente Subcategoría: Experiencia profesional
Posición laboral	Diferencias significativas en el análisis bivalente: Posición laboral y 5 Dimensiones	Posición laboral: Asistencial o Gestión	Las enfermeras gestoras refieren más tipos de EA	Categoría: Tipos de EA
Turno de trabajo	Diferencias significativas en el análisis bivalente: Turno de trabajo y 3 Dimensiones	Turno de trabajo		



Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (44,7% respuestas positivas)	1. Notificación de eventos relacionados con la seguridad % de respuestas positivas: 48,23 % de respuestas neutras: 32,20 % de respuestas negativas: 19,53	Identificación de problemas prevenibles	Se notifican aquellos incidentes que consideran graves y que tienen consecuencias para los pacientes	Categoría: Características del EA Subcategoría: Gravedad o consecuencias del EA
Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente (51,2% respuestas positivas)		Sistema de notificación	Se notifican incidentes de forma verbal al resto del equipo	Categoría: Características del EA Subcategoría: Gravedad o consecuencias del EA
Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si implica sacrificar la seguridad del paciente (59,4% respuestas negativas)	2. Percepción global de seguridad % de respuestas positivas: 37 % de respuestas neutras: 22,45 % de respuestas negativas: 40,55	Carga de trabajo	Se trabaja con prisa, bajo presión y con elevada carga de trabajo	Categoría: Factores que no favorecen la SP Subcategoría: Sobrecarga asistencial
Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (52,5% respuestas positivas)		Protocolos y guías de actuación	La existencia de protocolos favorece la SP y evita la variabilidad de la práctica clínica	Categoría: Factores que favorecen la SP Subcategoría: Disponer de protocolos
No se producen más fallos por casualidad (43,4% respuestas positivas)		Azar	Tener un “ángel” que impide que haya más EA	Categoría: Factores que no favorecen la SP Subcategoría: Recursos estructurales inadecuados
Mi superior/mando pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (68,9% respuestas negativas)	3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad % de respuestas positivas: 62,20 % de respuestas neutras: 23,78 % de respuestas negativas: 14,05	Liderazgo	Recibir apoyo de la supervisora de la unidad: sentirse escuchados y recibir ayuda, tanto para solventar el error como para poner medidas para evitar que vuelva a ocurrir	Categoría: Apoyo recibido Subcategoría: De las gestoras
Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/mando pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en		Dotación de personal	Ante el aumento de trabajo durante la pandemia, la supervisora asumía actividad asistencial	Categoría: Factores que inciden en la SP (durante la pandemia) Subcategoría: Falta de personal



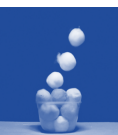
riesgo la seguridad del paciente (58,2% respuestas negativas)				
Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (68,5% respuestas positivas)	4. Aprendizaje organizacional/mejora continua % de respuestas positivas: 57,23 % de respuestas neutras: 24,03 % de respuestas negativas: 18,70	Formación	Formación en aspectos de SP como aspecto positivo pero insuficiente	Categoría: Factores que no favorecen la SP Subcategoría: Falta de formación
Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo (66,4% respuestas positivas)		Formación	El hecho de cometer un error es una fuente de aprendizaje (comunicarlo para llevar a cabo medidas para evitar que se vuelva a producir)	Categoría: Repercusiones para las enfermeras Subcategoría: Buscar soluciones
El personal se apoya mutuamente (74,6% respuestas positivas)	5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio % de respuestas positivas: 69,15 % de respuestas neutras: 16,88 % de respuestas negativas: 13,95	Comunicación	Falta de una comunicación efectiva dentro del equipo en detrimento de la SP	Categoría: Factores que no favorecen la SP Subcategoría: Falta de trabajo en equipo
Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo (64,3% respuestas positivas)		Trabajo en equipo	Cuando varios profesionales asisten a un mismo paciente aumenta el riesgo de error	
Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (62,7% respuestas positivas)		Carga de trabajo	Cuando alguien ayuda al profesional que está sobrecargado aumenta el riesgo de error	
		Trabajo en equipo	Trabajo en equipo estable y con confianza mutua como aspecto positivo para la SP	Categoría: Impacto en la SP durante la pandemia
Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad (66%	6. Franqueza en la comunicación % de respuestas positivas: 52,07 % de respuestas neutras: 32,63 % de respuestas negativas: 15,30	Confianza para comunicar EA	Se valora en positivo el poder hablar con los compañeros del equipo, así como con las enfermeras gestoras para mejorar la SP	Categoría: Apoyo recibido Subcategoría: De los compañeros



respuestas positivas)				
El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta (54,5% respuestas en negativo)				Categoría: Apoyo recibido Subcategoría: De las gestoras
Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (37,7% respuestas positivas)	7. Feed-back y comunicación sobre errores % de respuestas positivas: 48,07 % de respuestas neutras: 32,50 % de respuestas negativas: 16,40	Información	Falta de información sobre qué tipo de actuaciones se llevan a cabo cuando sucede un incidente y de la continuidad de estas, así como de los errores que suceden en el servicio/unidad	Categoría: Factores que no favorecen la SP Subcategoría: Falta de información
Si los compañeros o los superiores/mandos se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra (70,5% respuestas negativas)	8. Respuesta no punitiva a los errores % de respuestas positivas: 50,27 % de respuestas neutras: 23,10 % de respuestas negativas: 26,60	Respuesta no punitiva	Respuesta no punitiva a los errores como una característica principal de la CSP, definen el concepto de segunda víctima y la necesidad de no culpabilizar al profesional. En contraposición, narran sentimientos autopunitivos ante los EA, tales como la culpa, la vergüenza, el miedo y el remordimiento	Categoría: Repercusiones para las enfermeras Subcategoría: Sentimientos
Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa (73% respuestas positivas)	9. Dotación de personal % de respuestas positivas: 23,28 % de respuestas neutras: 14,35 % de respuestas negativas: 62,40	Carga de trabajo	El elemento más nombrado en cuanto a la afectación negativa para la SP es la presión asistencial	Categoría: Factores que no favorecen la SP Subcategoría: Sobrecarga asistencial
Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (68% respuestas negativas)		Dotación de personal		



A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (73% respuestas positivas)		Agotamiento		
En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal (43,9% respuestas negativas)		Experiencia profesional	Después de la primera ola de la pandemia, el hecho de que el equipo de enfermería se vea formado por un mayor número de enfermeras noveles y con menos experiencia de lo habitual es un riesgo para la SP	Categoría: Factores que inciden en la SP (durante la pandemia) Subcategoría: Falta de personal
La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (42,2% respuestas negativas)	10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente % de respuestas positivas: 35,37 % de respuestas neutras: 28,43 % de respuestas negativas: 36,20	Implicación de la dirección	Actualmente la SP está presente en el proceso de atención	Categoría: Concepto SP Subcategoría: Evolución de la SP
La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades (43% respuestas positivas)			La dirección debería implantar programas de apoyo a las 2ª víctimas	Categoría: Apoyo recibido Subcategoría: De la dirección
Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas (41,4% respuestas positivas)	11. Trabajo en equipo entre unidades % de respuestas positivas: 49,78 % de respuestas neutras: 25,10 % de respuestas negativas: 25,10	Flujo de pacientes	Trabajar bajo presión para liberar la presión asistencial de otros servicios	Categoría: Seguridad del paciente durante la pandemia
Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades (63,1% respuestas negativas)		Experiencia en el Servicio /Unidad	Trabajar con personal de otros servicios/unidades durante la primera ola de la pandemia tuvo un impacto negativo para la SP	Categoría: Factores que inciden en la SP (durante la pandemia) Subcategoría: Falta de personal



Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno (47,1% respuestas negativas)	12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades % de respuestas positivas: 46,73 % de respuestas neutras: 24,50 % de respuestas negativas: 28,80	Comunicación	Se atribuye un riesgo para la SP el traspaso de información entre turnos en relación con la pandemia y con la inexperiencia del profesional	Categoría: Factores que inciden en la SP (durante la pandemia) Subcategoría: Falta de personal
6,69±1,71 sobre 10, puntuando significativamente por debajo el servicio de urgencias (5,57±1,67)	Grado de SP en el servicio/unidad	Carga de trabajo	Ratio enfermera/paciente que, a diferencia de otros servicios, en el servicio de urgencias no es estable	Categoría: Factores que no favorecen la SP Subcategoría: Sobrecarga asistencial
		Interrupciones /distracciones	Interrupciones y distracciones, que en el área de urgencias relacionan con la presencia de familiares	Categoría: Factores que no favorecen la SP Subcategoría: Interrupciones y distracciones
		Infraestructura	Disponer de un espacio limitado, pero no se restringe el número de pacientes que acceden al servicio	Categoría: Factores que no favorecen la SP Subcategoría: Recursos estructurales inadecuados
		Carga de trabajo	Atender a un único paciente y realizar una tarea cada vez	Categoría: Impacto en la SP durante la pandemia
		Implicación del paciente	Atención individualizada y centrada en la persona que favorezca la participación del paciente en su seguridad	Categoría: Factores que favorecen la SP Subcategoría: Relación terapéutica
		Recursos tecnológicos	Considerar la tecnología como favorecedora de la SP y, a su vez, como un factor de riesgo	Categoría: Factores considerados de forma ambivalente Subcategoría: Uso de tecnología
		Recursos materiales	La falta de recursos materiales, técnicos y estructurales pone en riesgo la SP	Categoría: Falta de recursos materiales, técnicos y estructurales



El 82% de las enfermeras no habían notificado por escrito ningún incidente durante el último año, con diferencias significativas respecto a la unidad/servicio, la categoría profesional, la antigüedad y el tipo de jornada	Notificación por escrito de algún incidente relacionado con la SP	Formación	Desconocer la existencia del sistema de notificación	Categoría: Sistema de reporte de EA Subcategoría: Desconocimiento de su existencia
		Sistema de notificación	Sistema de reporte complejo y laborioso	Categoría: Sistema de reporte de EA Subcategoría: Falta de tiempo para cumplimentarlo
		Confianza para comunicar EA	Que el error a notificar lo haya cometido otro miembro del equipo frena la notificación	Categoría: Motivación del profesional para notificar Subcategoría: Error de otro profesional
El 80% de las enfermeras Gestoras notificaron frente al 15,4% de las asistenciales	Diferencias significativas en el análisis bivalente: Posición laboral y Notificación por escrito de algún incidente relacionado con la SP	Formación	Saber si lo ocurrido es un EA relacionado con la SP	Categoría: Características del EA Subcategoría: Tipos de EA que no se notifican
		Tipos de EA	Desconocimiento sobre lo que se considera un incidente que notificar	Categoría: Características del EA Subcategoría: Tipos de EA que no se notifican
		Liderazgo	Que el sistema de notificación sea o no anónimo	Categoría: Sistema de reporte de EA Subcategoría: Formulario anónimo

Fuente: Elaboración propia

Una vez realizado el PIP con los resultados de ambas fases, a continuación, se exponen los factores que contextualizan e inciden en la CSP de las enfermeras en dos grandes grupos: los factores relacionados con la notificación de incidentes y los relacionados con la percepción del clima de seguridad, mostrando los procesos por los que los factores relacionados con la SP pueden influir en la CSP de las enfermeras.



7.3.1. NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES

La comunicación de incidentes relacionados con la SP es un factor relacionado con una CSP positiva, en cuanto a que muestra el compromiso de los profesionales con la **identificación de problemas prevenibles** y la **confianza para comunicarlos** para mejorar la SP (Beckmann et al., 2003; Dovey & Wallis, 2011; Halligan & Zecevic, 2011). Aspectos ligados a la notificación de incidentes que no llegan a afectar al paciente, así como la libertad de los profesionales para reconocer y comunicar errores y condiciones inseguras apuntan a una CSP positiva. De este modo, podría considerarse una debilidad en relación con la CSP que sólo se notifiquen aquellos eventos que afectan al paciente, sobre todo los que producen graves consecuencias para este.

Sin embargo, al valorar la notificación de incidentes como atributo de la CSP, cabe tener en cuenta todos los factores que inciden en esta comunicación, más allá de los estrictamente relacionados con la gravedad del incidente y la decisión del profesional de notificarlo, se deben considerar también factores relacionados con el propio **sistema de comunicación de incidentes**, como son: su accesibilidad, la facilidad vs la complejidad para utilizarlo; además de contemplar otras vías de notificación más asequibles, como la notificación verbal de situaciones que reportan los profesionales a sus compañeros o superiores, aunque no se realice una comunicación por escrito (Shojania, 2008).

Por otro lado, además de considerar una CSP **no punitiva**, que fomente actitudes libres de culpa y considere los errores como algo sistémico, es imprescindible contemplar los sentimientos autopunitivos experimentados por las enfermeras, como la vergüenza o la culpa, presentes todavía en los profesionales, que cohiben la notificación de incidentes (Aouicha et al., 2022; Cooper et al., 2017).

En relación con el índice de notificación de los diferentes servicios o unidades, también sería conveniente considerar la **incidencia de EA** en cada uno de ellos, así como los **tipos** de incidentes más frecuentes. De este modo, cabría esperar que en un servicio donde la tasa de ciertos incidentes sea alta, haya notificaciones de este tipo de EA.

La CSP debe contar también con el hecho de si las enfermeras reciben **información** sobre EA sucedidos en su unidad y las medidas llevadas a cabo para evitar los riesgos detectados (Black et al., 2018; Forbes et al., 2020; Mir Abellán, 2019; Muliyadi et al., 2019; JCAHO, 2019). Al mismo tiempo, otro factor apreciable es disponer de información relacionada con lo que se considera una situación notificable, así como sobre buenas prácticas. Las instituciones deben disponer de **protocolos y guías de actuación** que fomenten la SP accesibles a las enfermeras. Además, para que esta información sea conocida por los profesionales, es imprescindible la **formación** en buenas prácticas y en temas relacionados con la SP, incluyendo también formación e información sobre el



sistema de notificación y la finalidad de éste (Balaguer Pallares et al., 2016; Garrouste-Orgeas et al., 2015; Li, H. et al., 2021; Xie et al., 2017).

7.3.2. CLIMA DE SEGURIDAD

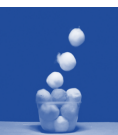
Uno de los factores más relevantes para la SP es la **carga de trabajo**, en relación con la ratio enfermera/paciente, la sobrecarga por la falta de personal, el aumento del ritmo de trabajo debido a esta sobrecarga o las tareas a realizar por la enfermera además de las propias. En relación con la **dotación del personal**, se debería considerar también la **experiencia** de éste en el área o servicio en concreto (Magnaye et al., 2011; Zaheer et al., 2021).

El **trabajo en equipo** debe ser considerado un factor significativo, por todo lo que conlleva, sobre todo relacionado con habilidades no técnicas, como la comunicación entre los profesionales, la confianza y el liderazgo (Enrique & Ewertz, 2019). Además de considerar el trabajo en equipo en el servicio y entre las unidades del hospital, se debe diferenciar el trabajo interprofesional (entre las enfermeras) del intraprofesional (con el resto de profesionales del equipo) en cuanto a la comunicación y la organización en el equipo (Mardon et al., 2010; Matziou et al., 2014; Schmutz et al., 2019; Stucky et al., 2022; Zaheer et al., 2021).

Acerca del **liderazgo**, este resulta otro factor clave en cuanto que los líderes de los equipos deben fomentar y priorizar la SP en todo el proceso, tanto en evitar los riesgos, como en dar soporte cuando hay algún problema de seguridad, como en implementar las medidas necesarias para mejorar la SP. Además, este liderazgo también debe facilitar la comunicación para que los profesionales puedan hablar con libertad sobre la SP y sentirse escuchados (Lee, T.W. et al., 2021; McNamara et al., 2022; Zaheer et al., 2021).

La coordinación entre unidades es un factor que, más allá de lo comentado referente a la comunicación en el equipo, engloba el **flujo de pacientes** entre servicios o en un mismo servicio. Asumir altos flujos de pacientes es otro factor que se considera que pone en riesgo la SP, aunque en nuestro estudio este problema no se atribuyó a la dirección del centro a diferencia de otros (Gómez Ramírez et al., 2011).

Referente al flujo de pacientes, conviene matizar las características propias de cada **servicio**. Por ejemplo, los servicios de urgencias son unidades que difieren del resto de áreas del hospital en varios aspectos, uno de ellos es que mantienen la misma cantidad de recursos tanto humanos como técnicos a lo largo del tiempo a pesar de la fluctuación de las cargas de trabajo, son servicios con altos niveles de tensión, con ritmos de trabajo exigentes y con alta afluencia de pacientes. Asimismo, tienen una accesibilidad las 24 horas del día, a diferencia de otros servicios, como el de hospitalización, en el que hay



un número de camas limitado y, por tanto, un número máximo de personas ingresadas en cada unidad (Almató Fontova, 2015).

Así mismo, las características propias del paciente también es otro factor a contemplar, pues factores individuales de la complejidad asistencial están asociados a determinados acontecimientos adversos (Adamuz et al., 2020).

Sobre la **implicación del paciente**, múltiples estudios abordan la participación de éste en su seguridad, así como la relación terapéutica respecto a la humanización de los cuidados o la atención centrada en la persona, como un factor imprescindible para la SP (Chegini et al., 2021; Chegini & Shariful Islam, 2021; Duhn & Medves, 2018; Newman et al., 2021; Upadhyay et al., 2022). Sin embargo, los cuestionarios existentes para medir la participación del paciente en la SP siguen teniendo algunas limitaciones en el campo de la participación activa del paciente y su familia (Li, C. et al., 2022)

Acerca de los **recursos e infraestructura** y su repercusión en la SP, varios estudios apelan a los recursos tecnológicos y materiales que inciden en la SP (Añel Rodríguez et al., 2021; Boehme, 2022; Mawuena & Mannion, 2022). Otros, incluso, engloban en el concepto de infraestructura la calidad del agua, en cuanto a la prevención de infecciones (Potgieter et al., 2021), aspectos funcionales como iluminación, calefacción y aire acondicionado, e incluso el buen estado de las baldosas, que pueden suponer un riesgo de tropiezos o caídas si están rotas o sueltas (Payton, 2022). Sin embargo, no hay estudios que identifiquen cuales deben ser las características estructurales óptimas para una atención segura, factor identificado por las enfermeras como incidente en la SP.

Directa o indirectamente, la **implicación de la dirección** es un elemento imprescindible para abordar los factores mencionados en este apartado, respecto a la dotación de personal, la formación, los recursos e infraestructura, la participación del paciente, el sistema de notificación de incidentes e, incluso, la actitud no punitiva ante los problemas de SP, son aspectos que la dirección debe fomentar y apoyar para que puedan llevarse a cabo en la organización.



8. LIMITACIONES E IMPLICACIONES DEL ESTUDIO

“Puede que no haya llegado donde tenía la intención de ir, pero creo que he terminado donde tenía que estar”

Douglas Adams (1952-2001)



8. LIMITACIONES E IMPLICACIONES DEL ESTUDIO

A continuación, se describen las limitaciones generales de este estudio, así como las principales implicaciones para la gestión de la CSP en las organizaciones y, además, se enumeran las propuestas de las futuras investigaciones que se derivan.

8.1. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una limitación de este estudio sobre CSP es que la explora únicamente en las enfermeras, lo que podría no captar adecuadamente la compleja naturaleza multidisciplinar de la CSP en un entorno sanitario. Futuros estudios de métodos mixtos deben llevarse a cabo para obtener evidencias de otros profesionales y formar una visión completa de la CSP en el hospital.

Otra de las limitaciones relacionadas con los participantes, es que la investigación recogió las respuestas al cuestionario, así como las percepciones y experiencias de las enfermeras de un hospital concreto. La información aportada responde, por tanto, a la percepción de las enfermeras en el contexto en el que se desarrolló el estudio.

La tercera limitación a tener en cuenta es el instrumento utilizado en la fase cuantitativa del proyecto para la recogida de datos, pues con la aplicación de otro cuestionario podrían haberse obtenido resultados distintos. Existen otros instrumentos que también pretenden medir las percepciones sobre SP en términos de satisfacción laboral, trabajo en equipo, condiciones laborales o percepción de la dirección (como por ejemplo el Cuestionario sobre Actitudes de Seguridad (Safety Attitudes Questionnaire), aunque el HSOPSC es el más utilizado en la Unión Europea y es específico para hospitales. Se ha optado por utilizar este cuestionario por ser el más utilizado en el ámbito español.

8.2. IMPLICACIONES DEL ESTUDIO

Se ha constatado que la CSP no es suficientemente percibida por las enfermeras de nuestra institución, aunque se identificaron algunos puntos fuertes. En base a estos resultados, el apoyo mutuo, el respeto y la colaboración entre colegas podrían ser puntos de partida en los que apoyar futuras intervenciones para lograr una cultura que promueva una organización de alta fiabilidad, basada en confiar, informar y mejorar (Chassin & Loeb, 2013).

Este trabajo muestra que los planes de seguridad deben ser específicos para cada unidad, considerando sus fortalezas y debilidades específicas. En la práctica futura de la gestión, la planificación para el desarrollo de programas de seguridad del paciente ya no será la misma en todo el hospital, deberá centrarse en cada unidad de forma específica, identificando áreas de mejora e iniciativas concretas en seguridad del paciente,



orientadas también a las poblaciones de enfermería, considerando adaptaciones según la antigüedad, experiencia, turnos y puestos de trabajo. Esto contribuirá como enfoque fractal a la CSP de toda la organización.

8.3. PROPUESTAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

La cultura de seguridad está poco estudiada en relación con las subculturas que se crean en la misma organización (Granel Giménez, 2018). Sin embargo, el cambio de CSP no es una tarea fácil para las instituciones. La realización de estudios que demuestren el estado de la CSP de las organizaciones es un primer paso hacia este cambio y el establecimiento de mejoras. La variación entre las distintas unidades o servicios confirma que la CSP es un fenómeno local específico y que puede ser mejor centrarse en mejorar la cultura local de cada unidad. El impacto crucial de la cultura organizativa en la SP reconoce la importancia de aplicar intervenciones de cambio y enfoques de SP tanto a nivel sistémico como organizativo, con el fin de promover el desarrollo de la CSP de toda la organización (Arora, 2021).

En este estudio se han identificado los factores que las enfermeras del HM relacionan con la SP y con la notificación de EA. Investigaciones futuras deberían analizar el grado de impacto de dichos factores en la SP y en el reporte de incidentes.

Este estudio ha mostrado algunos aspectos relevantes para la CSP que no están incluidos en los instrumentos existentes en la actualidad para medirla. Se debe investigar la integración de estos factores en las herramientas de valoración de la CSP, tales como la participación del paciente, el flujo de pacientes o la infraestructura del servicio, así como estudiar su impacto en la SP.

Es probable que los efectos de COVID-19 en las enfermeras y otros trabajadores de la salud persistan durante largo tiempo. Instamos a los responsables de la formulación de políticas a garantizar que las voces y perspectivas de las enfermeras se integren en la toma de decisiones tanto local como global para minimizar las injusticias estructurales que muchas enfermeras han enfrentado hasta la fecha y solventar el déficit de enfermeras en el sistema. Con todo lo aprendido en esta crisis sanitaria mundial, es urgente remediar la falta de profesionales y de recursos para brindar una atención segura y de calidad a largo plazo. ¿Debemos preguntarnos si la mortalidad por COVID-19 hubiera sido inferior si el sistema contara con el número de enfermeras profesionales adecuado y sin la sobrecarga asistencial ni emocional a la que se han visto sometidas las enfermeras? Se necesitan más estudios de investigación en diferentes contextos para mejorar la comprensión de este problema a nivel internacional, ya que tanto la brusca irrupción de la pandemia, como la falta de enfermeras, aquejan a nivel mundial.



9. CONCLUSIONES

“El conjunto de la ciencia no es más que la depuración del pensamiento cotidiano”

Albert Einstein, 1936



9. CONCLUSIONES

En base a los objetivos planteados, se exponen las siguientes conclusiones:

- 9.1. Este estudio ha permitido evaluar y comprender la percepción de las enfermeras del HM sobre la CSP mediante la integración y fusión de datos cuantitativos y cualitativos (del objetivo general de este trabajo: analizar el significado de la CSP para las enfermeras del HM).
- 9.2. La CSP no es calificada suficientemente por las enfermeras del hospital, aunque se identificaron algunos puntos fuertes -como el trabajo el equipo, el respeto y la colaboración entre colegas- y puntos débiles -como la dotación de personal- (del objetivo general de la fase I: Valorar la CSP de las enfermeras del HM).
- 9.3. Los resultados obtenidos en la primera fase de este estudio no difieren de los datos obtenidos en estudios cuantitativos realizados en otros centros, sin embargo, ponen de manifiesto la necesidad de realizar un estudio en profundidad de los significados que las enfermeras dan a sus vivencias en relación con la CSP y conocer a que atribuyen esta percepción de la CSP (del objetivo general de la fase I: Valorar la CSP de las enfermeras del HM).
- 9.4. Las discrepancias entre las diferentes unidades asistenciales confirman que la CSP es un fenómeno local específico (del objetivo específico 1 de la fase I: Determinar la CSP de las enfermeras en las diferentes áreas asistenciales del HM).
- 9.5. Este trabajo muestra diferencias en la población enfermera respecto a la CSP considerando la antigüedad, el turno de trabajo, la posición laboral y el tipo de jornada (del objetivo específico 2 de la fase I: Comparar la CSP de las enfermeras del HM según la antigüedad en el centro, el tipo de jornada, la posición laboral, el turno de trabajo y el sexo).
- 9.6. La percepción de las enfermeras ante un EA es que éste afecta tanto al paciente (primera víctima) como al profesional (segunda víctima) y que se debe informar al paciente y/o a sus familiares de la naturaleza del EA (del objetivo específico 1 de la fase II: Explorar las percepciones de las enfermeras ante la aparición de EA).
- 9.7. La afectación en las enfermeras cuando se ha producido un incidente de SP la identifican en síntomas emocionales, psicológicos y profesionales, por lo que se debería establecer un plan de atención a las segundas víctimas (del objetivo específico 1 de la fase II: Explorar las percepciones de las enfermeras ante la aparición de EA).



- 9.8. Las enfermeras consideran factores que favorecen a la SP: la organización en el trabajo, disponer de protocolos, la relación terapéutica y el cuidado enfermero (del objetivo específico 2 de la fase II: Identificar los factores que las enfermeras consideran que inciden en la SP).
- 9.9. Son considerados factores que no favorecen la SP: el alto número de pacientes a cargo, la sobrecarga de trabajo, las distracciones o interrupciones, la falta de trabajo en equipo, una infraestructura inadecuada, la falta de información y la falta de formación en SP (del objetivo específico 2 de la fase II: Identificar los factores que las enfermeras consideran que inciden en la SP).
- 9.10. La experiencia profesional y el uso de tecnología son factores considerados de forma ambivalente por las enfermeras en su afectación a la SP (del objetivo específico 2 de la fase II: Identificar los factores que las enfermeras consideran que inciden en la SP).
- 9.11. Las enfermeras no han nombrado el exceso de horas de trabajo como un factor para tener en cuenta en detrimento de la SP (del objetivo específico 2 de la fase II: Identificar los factores que las enfermeras consideran que inciden en la SP).
- 9.12. Los elementos que las enfermeras relacionan con la notificación de incidentes conciernen a las características del incidente, al sistema de notificación y a la motivación del profesional para notificar (del objetivo específico 3 de la fase II: Conocer los elementos que las enfermeras relacionan con la notificación de incidentes).
- 9.13. La gravedad y el tipo de incidentes influyen en la notificación de EA (del objetivo específico 3 de la fase II: Conocer los elementos que las enfermeras relacionan con la notificación de incidentes).
- 9.14. Conocer el sistema de reporte, que este sea ágil y accesible son aspectos que favorecen la notificación de incidentes (del objetivo específico 3 de la fase II: Conocer los elementos que las enfermeras relacionan con la notificación de incidentes).
- 9.15. Que el error lo haya cometido otro profesional y el miedo a posibles represalias no motivan la notificación de incidentes. En cambio, que la notificación sea anónima y que sirva para buscar ayuda y posibles soluciones, son elementos motivadores para la notificación de incidentes (del objetivo específico 3 de la fase II: Conocer los elementos que las enfermeras relacionan con la notificación de incidentes).
- 9.16. La percepción de las enfermeras sobre la influencia de la pandemia en la SP es ambivalente, identificando algunos aspectos favorecedores y otros, en cambio,



que aumentan el riesgo para los pacientes. Sin embargo, son múltiples los factores experimentados por las enfermeras, tanto en el inicio de la pandemia como un año después, que influyen negativamente en la SP (del objetivo específico 4 de la fase II: Estudiar la percepción de las enfermeras en relación con la SP durante la pandemia COVID-19).

- 9.17. Un año después, la falta de personal, de recursos materiales/técnicos y estructurales siguen poniendo en riesgo la seguridad del paciente y las enfermeras perciben que la situación es, si cabe, más desfavorable a la que había cuando irrumpió la pandemia (del objetivo específico 4 de la fase II: Estudiar la percepción de las enfermeras en relación con la SP durante la pandemia COVID-19).
- 9.18. Los resultados cuantitativos fueron congruentes con los cualitativos. Si bien el análisis cuantitativo reveló que existen deficiencias importantes en las diferentes dimensiones de la CSP, los resultados cualitativos aportaron información detallada sobre los factores que inciden en estas deficiencias y permitió profundizar en aspectos relacionados con la CSP (del objetivo de la fase final del estudio: Identificar los factores que según las enfermeras contextualizan e inciden en la CSP).
- 9.19. Este estudio de método mixto ha permitido explorar los procesos por los que factores relacionados con la SP pueden incidir en la CSP de las enfermeras (del objetivo de la fase final del estudio: Identificar los factores que según las enfermeras contextualizan e inciden en la CSP).
- 9.20. Múltiples estudios pretenden evaluar la CSP a partir de los instrumentos existentes. La elaboración de este estudio ha permitido vislumbrar algunos aspectos relevantes para la CSP de las enfermeras que no están incluidos en dichos instrumentos, tales como la participación del paciente, el flujo de pacientes, las características o la infraestructura propias del servicio (del objetivo de la fase final del estudio: Identificar los factores que según las enfermeras contextualizan e inciden en la CSP).



10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A

- Abdi, Z., Delgoshaei, B., Ravaghi, H., Abbasi, M., & Heyrani, A. (2015). The culture of patient safety in an Iranian intensive care unit. *Journal of Nursing Management*, 23(3), 333–345. <https://doi.org/10.1111/JONM.12135>
- Adams, J., Waldo, K., Brodie, M., & Clark, T. (2022). Chemo Checker: Transforming Care and Increasing Patient Safety by Reducing Nurse Distractions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 26(1). <https://doi.org/10.1188/22.CJON.100-103>
- Adamuz, J., Juvé-Udina, M.E., González-Samartino, M., Jiménez-Martínez, E., Tapia-Pérez, M., López-Jiménez, M.M., Romero-García, M., Delgado-Hito, P. (2020). Care complexity individual factors associated with adverse events and in-hospital mortality. *PloS one*, 15(7), e0236370. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236370>
- Agency for Health Research and Quality (2019). Surveys on patient safety culture (SOPS) hospital survey. *Agency for Health Research and Quality*, 0-6. AHRQ. Recuperado de <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>
- Ahmadi, Z., & Maleki, A. (2021). The study of the intention to leave work and its relationship with job burnout among midwives: the long-lasting impacts of COVID-19. *Research Square*. <https://doi.org/https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1004663/v1>
- Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C.B., Moreno-Casbas, T., Ball, J.E., Ausserhofer, D., Sermeus, W., Heede, K., Lesaffre, E., Diya, L., Smith, H. Jones, S., Kinnunen, J., Ensio, A., Jylhä, V, Van Achterberg, T. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality and Safety*, 26(7), 559-568. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>
- Alingh, C. W., Van Wijngaarden, J. D. H., Van De Voorde, K., Paauwe, J., & Huijsman, R. (2019). Speaking up about patient safety concerns: the influence of safety management approaches and climate on nurses' willingness to speak up. *BMJ Quality & Safety*, 28(1), 39-48. <https://doi.org/10.1136/BMJQS-2017-007163>
- Almató Fontova, A. (2015). Estudio de La satisfacción de pacientes y profesionales en un servicio de urgencias hospitalario. *Universitat de Girona*, 240. Recuperado de <https://1library.co/document/dzx0r2wz-estudio-satisfaccion-pacientes-profesionales-servicio-urgencias-hospitalario.html>



- Amezcu, M. (2003). La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 13(2), 112-117. [https://doi.org/10.1016/s1130-8621\(03\)73791-7](https://doi.org/10.1016/s1130-8621(03)73791-7)
- Amezcu, M., & Gálvez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*, 76(5), 423-436.
- Anónimo (2012). Still haunted by an error. *Nursing*. Lippincott Williams and Wilkins. [Letter to the Editor] <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000412933.50878.d5>
- Añel Rodríguez, R. M., García Alfaro, I., Bravo Toledo, R., & Carballeira Rodríguez, J. D. (2021). Historia clínica y receta electrónica: riesgos y beneficios detectados desde su implantación. Diseño, despliegue y usos seguros. *Atención Primaria*, 53, 102220. <https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2021.102220>
- Aouicha, W., Tlili, M. A., Sahli, J., Mtiraoui, A., Ajmi, T., Said Latiri, H., Chelbi, S., Ben Rejeb, M., & Mallouli, M. (2022). Patient safety culture as perceived by operating room professionals: a mixed-methods study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 799. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08175-z>
- Aranaz, J. M., Mira, J. J., Guilabert, M., Herrero, J. F., Vitaller, J., Grupo de trabajo «Segundas Víctimas» (2013). Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas. *Trauma (Spain)*, 24(1), 54-60. Recuperado de <https://app.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v24n1/docs/Articulo8.pdf>
- Arora, K. S. (2021, septiembre 11). An analysis of organisational culture and its application to planned change, patient safety and medical error reduction. *British Journal of Health Care Management*. MA Healthcare London. <https://doi.org/10.12968/bjhc.2020.0125>
- Ayala Carabajo, R. (2008). La metodología fenomenológico-hermeneútica de M. Van Manen en el campo de la investigación educativa. Posibilidades y primeras experiencias. *Revista de Investigación Educativa*, 26(2), 409-430.

B

- Bae, S. H. (2021). Relationships between comprehensive characteristics of nurse work schedules and adverse patient outcomes: A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(15-16), 2202-2221. <https://doi.org/10.1111/jocn.15728>



- Balaguer Pallares, I., González Chordá, V. M., Mena Tudela, D., Cervera Gasch, Á., Salas Medina, P., & Esteve Clavero, A. (2016). Mejora de las actitudes sobre seguridad del paciente en estudiantes de grado en enfermería a través del análisis causa-raíz de efectos adversos. *Revista científica de enfermería*, (12).
<https://doi.org/10.14198/recien.2016.12.22>
- Bañeres, J., Orrego, C., Navarro, L., Casas, L., Banqué, M., & Suñol, R. (2014). Epidemiología de los eventos adversos hospitalarios en Catalunya: un primer paso para la mejora de la seguridad del paciente. *Medicina Clínica*, 143(SUPPL. 1), 3-10.
<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2014.07.005>
- Beckmann, U., Bohringer, C., Carless, R., Gillies, D. M., Runciman, W. B., Wu, A. W., & Pronovost, P. (2003). Evaluation of two methods for quality improvement in intensive care: Facilitated incident monitoring and retrospective medical chart review. *Critical Care Medicine*, 31(4), 1006-1011.
<https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000060016.21525.3C>
- Berenguera Ossó, A., Fernandez de Sanmamaed Santos, M. J., & Pons Vigué, M. (2014). *Escuchar, Observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. (1ª Edic.). Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol).
- Bergman, L., Falk, A. C., Wolf, A., & Larsson, I. M. (2021). Registered nurses' experiences of working in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic. *Nursing in Critical Care*, 26(6), 467-475. <https://doi.org/10.1111/NICC.12649>
- Bernalte-Martí, V., Orts-Cortés, M. I., & Maciá-Soler, L. (2015). Percepción de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica ¿Qué se conoce? *Enfermería Clínica*, 25(2), 64-72. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.08.002>
- Black, J. M., Salisbury, S., & Vollman, K. M. (2018). Changing the Perceptions of a Culture of Safety for the Patient and the Caregiver: Integrating Improvement Initiatives to Create Sustainable Change. *Critical Care Nursing Quarterly*, 41(3), 226-239. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000203>
- Boddy, C. R. (2016). Sample size for qualitative research. *Qualitative Market Research*, 19(4), 426-432. <https://doi.org/10.1108/QMR-06-2016-0053/FULL/XML>
- Boehme, S. (2022). Sustained barcode medication administration rates less than 2 percent in a large healthcare system. *Journal of patient safety and risk management*, 27(6), 268. article. <https://doi.org/10.1177/25160435221137145>



- Brennan, T. A., Hiatt, H. H., Leape, L. L., Hebert, L., Localio, A. R., Lawthers, A. G., Newhouse, J.P., Laird, N.M., & Weiler, P. C. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *The New England journal of medicine*, 324(6), 370-376. <https://doi.org/10.1056/NEJM199102073240604>
- Brewer, J., Newman, I., & Benz, C. R. (1999). Qualitative-Quantitative Research Methodology: Exploring the Interactive Continuum. *Contemporary Sociology*, 28(2), 245. <https://doi.org/10.2307/2654917>
- Bryman, A. (2007). Barriers to Integrating Quantitative and Qualitative Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 8-8. <https://doi.org/10.1177/1558689806290531>
- Bueno Domínguez, M. J., Briansó Florencio, M., Colomé Figuera, L., & Prats Alonso, E. (2016). Experiencia de unidad de soporte a las segundas víctimas (USVIC). *Revista de Calidad Asistencial*, 31, 49-52. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.06.002>
- Burlison, J. D., Scott, S. D., Browne, E. K., Thompson, S. G., & Hoffman, J. M. (2017). The Second Victim Experience and Support Tool: Validation of an Organizational Resource for Assessing Second Victim Effects and the Quality of Support Resources. *Journal of patient safety*, 13(2), 93-102. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000129>
- Busch, I. M., Moretti, F., Purgato, M., Barbui, C., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2020). Psychological and Psychosomatic Symptoms of Second Victims of Adverse Events: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Patient Safety*, 16(2), E61-E74. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000589>
- Bynum, W., & Varpio, L. (2018). When I say ... hermeneutic phenomenology. *Medical Education*, 52(3), 252-253. <https://doi.org/10.1111/medu.13414>

C

- Calderón Gómez, C. (2009). Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 10(2). Recuperado de <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1294/2766>
- Carrillo Pineda, M., Leyva-Moral, J. M., & Medina Moya, J. L. (2011). El análisis de los datos cualitativos: Un proceso complejo. *Index de Enfermería*, 20(1-2). <https://doi.org/10.4321/s1132-12962011000100020>



- Chang, C. W., Huang, H. C., Chiang, C. Y., Hsu, C. P., & Chang, C. C. (2012). Social capital and knowledge sharing: Effects on patient safety. *Journal of Advanced Nursing*, 68(8), 1793-1803. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05871.x>
- Chassin, M. R., & Loeb, J. M. (2013). High-Reliability Health Care: Getting There from Here. *Milbank Quarterly*, 91(3), 459-490. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12023>
- Chegini, Z., Arab-Zozani, M., Shariful Islam, S. M., Tobiano, G., & Abbasgholizadeh Rahimi, S. (2021). Barriers and facilitators to patient engagement in patient safety from patients and healthcare professionals' perspectives: A systematic review and meta-synthesis. *Nursing Forum*, 56(4), 938-949. <https://doi.org/10.1111/NUF.12635>
- Chegini, Z., & Shariful Islam, S. M. (2021). Expert perspectives on the active role of patients in their safety: Toward a framework using Delphi methodology. *Nursing Forum*, 56(3), 490-499. <https://doi.org/10.1111/NUF.12567>
- Cho, H., & Steege, L. M. (2021, diciembre 1). Nurse Fatigue and Nurse, Patient Safety, and Organizational Outcomes: A Systematic Review. *Western Journal of Nursing Research*. SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/0193945921990892>
- Clarke, A. E. (2011). *Situational analysis: Grounded theory after the postmodern turn*. (I. Sage Publications, Ed.), *Situational Analysis*. SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412985833>
- Clinical Safety Research Unit. (2022). *Systems Analysis of Clinical Incidents: The London Protocol*. London, United Kingdom.
- Col·legi Oficial Infermeres i Infermers Barcelona. (2004). Sobre la denominación del término enfermera para nombrar a profesionales de ambos sexos.
- Cooper, J., Edwards, A., Williams, H., Sheikh, A., Parry, G., Hibbert, P., Butlin, A., Donaldson, L. & Carson-Stevens, A. (2017). Nature of blame in patient safety incident reports: Mixed methods analysis of a national database. *Annals of Family Medicine*, 15(5), 455-461. <https://doi.org/10.1370/afm.2123>
- Corbin, J., & Strauss, A. (2015). Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. *Management Learning*. Thousand Oaks, CA: Sage PublicationsSage CA: Thousand Oaks, CA. <https://doi.org/10.1177/1350507600314007>
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2017). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. SAGE Publications Inc (3rd Revise). Thousand Oaks, United States: SAGE



Publications Inc. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2007.00096.x>

D

- De la Cuesta, C. (2010). La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento en enfermería. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 19(4), 762-766.
- De la Cuesta, C. (2015). La calidad de la investigación cualitativa: De evaluarla a lograrla. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(3), 883-890.
- De Souza Minayo, M. C., Ferreira Deslandes, S., Cruz Neto, O., & Gomes, R. (2007). *Investigación Social. Teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Department of Health, Education, and Welfare. (1979) The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Washington, USA. Recuperado de <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>
- Diya, L., Van den Heede, K., Sermeus, W., & Lesaffre, E. (2012). The relationship between in-hospital mortality, readmission into the intensive care nursing unit and/or operating theatre and nurse staffing levels. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5), 1073-1081. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05812.x>
- Donabedian, A. (1984). *La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Donalek, J. G. (2004). Phenomenology as a qualitative research method. *Urologic nursing : official journal of the American Urological Association Allied*, 24(6), 516-517.
- Dovey, S. M., & Wallis, K. A. (2011, diciembre 1). Incident reporting in primary care: Epidemiology or culture change? *BMJ Quality and Safety*. BMJ Publishing Group Ltd. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000465>
- Drury, A., Payne, S., & Brady, A.-M. (2022). Adapting the Pillar Integration Process for Theory Development: The Theoretical Model of Healthcare Factors Influencing Quality of Life in Cancer Survivorship. *Journal of Mixed Methods Research*. <https://doi.org/10.1177/15586898221134730>
- Duhn, L., & Medves, J. (2018). A 5-facet framework to describe patient engagement in patient safety. *Health Expectations*, 21(6), 1122-1133. <https://doi.org/10.1111/hex.12815>



E

- Elsevier Australia (2018). How reducing variability in healthcare improves care. Recuperado 12 de noviembre de 2022, de <https://www.elsevier.com/en-au/connect/reducing-variability-in-healthcare-improves-quality-of-care,-heres-how>.
- Enrique, J., & Ewertz, E. (2019). Importancia de las habilidades no técnicas en la práctica quirúrgica actual. *Cirugía Española*, 97(4), 190-195.
- Escalante, E. G. (2011). *Aproximación al análisis de datos cualitativos. Aplicación en la práctica investigativa. Editorial de la Universidad del Aconcagua*. Recuperado de http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/177/aproximacion-al-analisis-de-datos-cualitativos-t1-y-2.pdf
- Escobar, J., Francy, Y., & Bonilla-Jimenez, I. (2011). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 9(1), 51-67. Recuperado de https://palenque-de-egoya.webnode.es/_files/200000286-47b1249946/Grupo_focal.pdf
- European Foundation for Quality Management (2019). EFQM.es: Modelo de excelencia y calidad EFQM. Recuperado 14 de abril de 2018, de <http://www.efqm.es/>
- Evans, S. M., Berry, J. G., Smith, B. J., Esterman, A., Selim, P., O'Shaughnessy, J., & DeWit, M. (2006). Attitudes and barriers to incident reporting: A collaborative hospital study. *Quality and Safety in Health Care*, 15(1), 39-43. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.012559>

F

- Feng, X., Bobay, K., & Weiss, M. (2008). Patient safety culture in nursing: A dimensional concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63(3), 310-319. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04728.x>
- Fetters, M. D., Curry, L. A., & Creswell, J. W. (2013). Achieving Integration in Mixed Methods Designs—Principles and Practices. *Health Services Research*, 48(6 Pt 2), 2134. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>
- Forbes, T. H., Wynn, J., Anderson, T., & Melvin Swanson. (2020). Understanding the peer, manager, influence on and system patient safety. *Nursing Management*, 51(12), 36-42. <https://doi.org/10.1097/01>
- Freitas de Mello J, F. B. S. (2013). Cultura De Segurança Do Paciente Em Terapia



Intensiva: Recomendações Da Enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*, 22(4), 1124-1133. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/31.pdf>

Fundació Sanitària de Mollet (2021). La Fundació Sanitària Mollet obté l'acreditació de la Joint Commission International. Recuperado 29 de diciembre de 2021, de <http://www.hospitalmollet.cat/web/>

Fundación por la Investigación, Docencia e Innovación por la Seguridad del Paciente (2020). Seguridad del paciente y de los sanitarios durante la pandemia COVID-19. Recuperado 11 de julio de 2020, de <https://fidisp.org/seguridad-paciente-sanitarios-covid-19/>

Fundación por la Investigación, Docencia e Innovación por la Seguridad del Paciente (2021). ¿Comunicar los errores médicos a los pacientes? El ejemplo CARE. Madrid. Recuperado de <https://fidisp.org/comunicar-errores-medicos-pacientes-care/>

G

Gao, X., Jiang, L., Hu, Y., Li, L., & Hou, L. (2020). Nurses' experiences regarding shift patterns in isolation wards during the COVID-19 pandemic in China: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(21-22), 4270-4280. <https://doi.org/10.1111/jocn.15464>

Garcia, C. D. L., De Abreu, L. C., Ramos, J. L. S., De Castro, C. F. D., Smiderle, F. R. N., Dos Santos, J. A., & Bezerra, I. M. P. (2019). Influence of burnout on patient safety: systematic review and meta-analysis. *Medicina (Lithuania)*, 55(9). <https://doi.org/10.3390/medicina55090553>

Garrouste-Orgeas, M., Perrin, M., Soufir, L., Vesin, A., Blot, F., Maxime, V., Beuret, P., Troché, G., Klouche, K., Argaud, L. Azoulay, E.m & Timsit, J. F. (2015). The latroref study: medical errors are associated with symptoms of depression in ICU staff but not burnout or safety culture. *Intensive Care Medicine*, 41(2), 273-284. <https://doi.org/10.1007/s00134-014-3601-4>

Gascón Cánovas, J., Saturno Hernández, P., & Grupo de Trabajo del Proyecto sobre Cultura de Seguridad del paciente. (2005). Cuestionario Sobre Seguridad De Los Pacientes, 17. Recuperado de <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2007/CuestionarioSeguridadPacientes.pdf>

Generalitat de Catalunya (s. f.). Projectes de seguretat dels pacients. Recuperado de http://seguretatdelspacients.gencat.cat/ca/professionals/projectes_de_seguretat_dels_pacients/



Generalitat de Catalunya (2015). L'estratègia del Departament de Salut. Seguretat dels Pacients. Recuperado 1 de enero de 2018, de http://seguretatdelspacients.gencat.cat/ca/que_es_la_seguretat_de_pacients/l_e_strategia_del_departament_de_salut/

Generalitat de Catalunya (2016). Pla de Salut de Catalunya 2016-2020. *Un sistema centrat en la persona: públic, universal i just*. Direcció General de Planificació en Salut. Recuperado de http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/Pla_salut/pla_salut_2016_2020/Documents/Pla_salut_Catalunya_2016_2020.pdf

Generalitat de Catalunya (2021a). SNiSP Cat. Sistema de Notificació d'Incidents de Seguretat dels Pacients de Catalunya. Recuperado 10 de agosto de 2022, de <https://snisp.salut.gencat.cat>

Generalitat de Catalunya (2021b). El Departament de Salut posa en marxa el nou Sistema de Notificació d'Incidents relacionats amb la Seguretat dels Pacients de Catalunya. Recuperado 29 de diciembre de 2021, de <http://seguretatdelspacients.gencat.cat/ca/detalls/noticia/El-Departament-de-Salut-posa-en-marxa-el-nou-Sistema-de-Notificacio-dIncidents-relacionats-amb-la-Seguretat-dels-Pacients-de-Catalunya-SNiSP-Cat-el-14-de-desembre-de-2021>

Giorgi, A. (2000). Concerning the Application of Phenomenology to Caring Research. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14(1), 11-15. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2000.tb00555.x>

Glaser, B., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing Company. Recuperado de https://faculty.babson.edu/krollag/org_site/craft_articles/glaser_strauss.html

Godinho Rigobello, M. C., Fontenele Lima de Carvalho, R. E., De Bortoli Cassiani, S. H., Galon, T., Carneiro Capucho, H., & Nogueira de Deus, N. (2012). Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm.*, 25(5), 728-735. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680620i>

Gomes de Oliveira, N. P., Branco Tavares, J. M. A., Silva Fassarella, C., Alfradique de Souza, P., & de Sá Basílio Lins, S. M. (2022). Safety culture in a nephrology service at a university hospital: A mixed method study. *Enfermeria Clinica*, 32(1), 33-44. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.07.036>

Gómez Ramírez, O. J., Soto Gámez, A., Arenas Gutiérrez, A., Garzón Salamanca, J., González Vega, A., & Mateus Galeano, E. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Av. enferm*, 29(2), 363-374. Recuperado de



<http://web.b.ebscohost.com/sire.ub.edu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=47029886-62f0-4718-9998-5639266e7c6f%40sessionmgr101>

- González Gil, T., & Cano Arana, A. (2010). Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: tipos de análisis y proceso de codificación (II). *Nure Investigación*, (II), 1-10. Recuperado de <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/485/474>
- Google imágenes. (2022). Diagrama queso suizo - Cerca de Google. Recuperado 19 de marzo de 2022, de https://www.google.es/search?q=Diagrama+queso+suizo&tbm=isch&ved=2ahUKEwjZmcWan9L2AhXMwYUKHUZwCVIQ2-cCegQIABAA&oq=Diagrama+queso+suizo&gs_lcp=CgNpbWcQAzIECAAQEzIICAAQCBAAEBNQAfGAYI8MaABwAHgAgAFQqAFQkgEBMZgBAKoBC2d3cy13aXotaW1nwAEB&sclient=img&ei=ptU1YtmuN
- Granel Giménez, N. (2018). *Cultura de seguretat del pacient en la pràctica infermera a Europa*. [Tesis doctoral]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). UAB.
- Granel, N., Manresa-Domínguez, J. M., Watson, C. E., Gómez-Ibáñez, R., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2020). Nurses' perceptions of patient safety culture: A mixed-methods study. *BMC Health Services Research*, 20(1).
- Grissinger, M. (2014). Too Many Abandon the "Second Victims" Of Medical Errors. *Pharmacy and Therapeutics*, 39(9), 591-592.
- Guba, E., & Lincoln, Y. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*, 5-18. Recuperado de http://sgpwe.izt.uam.mx/pages/egt/Cursos/MetodoLicIII/7_Guba_Lincoln_Paradigmas.pdf
- Guetterman, T. C., Fetter, M. D., & Creswell, J. W. (2015). Integrating quantitative and qualitative results in health science mixed methods research through joint displays. *Annals of Family Medicine*, 13(6), 554–561. <https://doi.org/10.1370/afm.1865>
- Guetterman, T. C., Molina-Azorin, J. F., & Fetter, M. D. (2020). Virtual Special Issue on "Integration in Mixed Methods Research." *Journal of Mixed Methods Research*, 14(4), 430–435. <https://doi.org/10.1177/1558689820956401>
- Guttman, O., Keebler, J. R., Lazzara, E. H., Daniel, W., & Reed, G. (2019). Rethinking high reliability in healthcare: The role of error management theory towards



advancing high reliability organizing. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, 24(3), 127-133. <https://doi.org/10.1177/2516043518819952>

H

- Halligan, M., & Zecevic, A. (2011). Safety culture in healthcare: A review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Quality and Safety*, 20(4), 338-343. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.040964>
- Harrison, R. L., Reilly, T. M., & Creswell, J. W. (2020). Methodological Rigor in Mixed Methods: An Application in Management Studies. *Journal of Mixed Methods Research*, 14(4), 473-495. <https://doi.org/10.1177/1558689819900585>
- Heidegger, M. (1995). *Ser y tiempo*. (Titivillus, Ed.). Recuperado de <https://www.scribd.com/doc/313684539/Martin-Heidegger-SER-Y-TIEMPO-pdf>
- Hernández-Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2014). *Metodología de la Investigación (Sexta Edición)*. McGraw Hill.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2010). *Metodología de la investigación* (Quinta Edición). México: Mc Graw Hill.
- Herrero Cuenca, J. (2017). *Los Profesionales Afectados por el daño de los Pacientes. Las "Segundas Víctimas"*. [Tesis Doctoral]. Universidad Miguel Hernández. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=146657&info=resumen&idioma=SPA>
- Hogan, H., Healey, F., Neale, G., Thomson, R., Vincent, C., & Black, N. (2014). Relationship between preventable hospital deaths and other measures of safety: An exploratory study. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(3), 298-307. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu049>
- Hopkins, B. C. (1993). Husserl's Phenomenological Method, 17-31. https://doi.org/10.1007/978-94-015-8145-5_2
- Hospital Sant Joan de Déu. (2022). Sant Joan de Déu crea la figura del asistente clínico. Recuperado 1 de noviembre de 2022, de <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/noticias/sant-joan-deu-crea-figura-del-asistente-clinico-mejorar-atencion-asistencial>
- Howell, A. M., Burns, E. M., Bouras, G., Donaldson, L. J., Athanasiou, T., & Darzi, A. (2015). Can patient safety incident reports be used to compare hospital safety? Results from a quantitative analysis of the english national reporting and learning



system data. *PLoS ONE*, 10(12), e0144107.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144107>

Husserl, E., & Schumann, K. (1976). *Ideen zu Einer Reinen Phänomenologie und Phänomenologischen Philosophie* (1.^a ed.). The Hague, Netherlands: Springer Dordrecht.

Hussey, T. (2001). Perspectives on Philosophy of Science in Nursing: an Historical and Contemporary Anthology. *Nursing Philosophy*, 2(3), 274-275.
<https://doi.org/10.1046/j.1466-769x.2000.0072a.x>

Hyrkäs, K., & Parker, S. (2006). Safety in health care today: More than just freedom from errors and accidents? *Journal of Advanced Nursing*, 56(3), 220-222.
https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04068_2.x

I

Icart Isern, M. T., Pulpón Segura, A. M., Garrido Aguilar, E. M., & Delgado-Hito, P. (2012). *Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis*. Barcelona: Universitat de Barcelona, Publicacions i Edicions.

International Council Of Nurses. (2012). *Seguridad de los pacientes*. Recuperado de www.hifa2015.org

Ivankova, N. V. (2014). Implementing Quality Criteria in Designing and Conducting a Sequential QUAN → QUAL Mixed Methods Study of Student Engagement With Learning Applied Research Methods Online. *Journal of Mixed Methods Research*, 8(1), 25-51. <https://doi.org/10.1177/1558689813487945>

J

Jackson, D., Bradbury-Jones, C., Baptiste, D., Gelling, L., Morin, K., Neville, S., & Smith, G. D. (2020). Life in the pandemic: Some reflections on nursing in the context of COVID-19. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13-14), 2041-2043.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15257>

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (s. f.). *Framework for root cause analysis and corrective actions* (Vol. 1).

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2019a). Joint Commission National Patient Safety Goals. Recuperado 29 de diciembre de 2021,



de <https://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safety-goals/>

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2019b). Patient Safety Systems (PS). En *Comprehensive Accreditation Manual* (Vol. 1, pp. PS1-PS48).

Recuperado de https://www.jointcommission.org/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/tjc/system-folders/topics-library/psc_for_webpdf.pdf?db=web&hash=1D79BF046A319BE99A20BE459982387F

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2020a). Root Cause Analysis in Health Care: A Joint Commission Guide to Analysis and Corrective Action of Sentinel and Adverse Events. *The PSNet Collection, Agency for Healthcare Research and Quality*. Recuperado de https://www.jcrinc.com/root-cause-analysis-in-health-care-a-joint-commission-guide-to-analysis-and-corrective-action-of-sentinel-and-adverse-events-7th-edition/?_ga=2.80558480.647594454.1572909112-1200671604.1571700088

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2020b). *Root cause analysis in healthcare: tools and techniques*. (Joint Commission Resources, Ed.) (Sixth). Oak Brook, IL. Recuperado de <https://psnet.ahrq.gov/issue/root-cause-analysis-health-care-joint-commission-guide-analysis-and-corrective-action>

Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher*, 33(7), 14-26. <https://doi.org/10.3102/0013189X033007014>

Johnson, R. E., Grove, A. L., & Clarke, A. (2017). Pillar Integration Process: A Joint Display Technique to Integrate Data in Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 13(3), 301–320. <https://doi.org/10.1177/1558689817743108>

K

Kable, A. K., & Spigelman, A. D. (2018). Why clinicians involved with adverse events need much better support. *International Journal of Health Governance*, 23(4), 312-315. <https://doi.org/10.1108/IJHG-09-2018-0049>

Kachalia, A., Kaufman, S. R., Boothman, R., Anderson, S., Welch, K., Saint, S., & Rogers, M. A. (2010). Liability claims and costs before and after implementation of a medical error disclosure program. *Annals of Internal Medicine*, 153(4), 213-221. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-153-4-201008170-00002>

Kareny da Silva, J., de Lima Alves, T., de Santana Vilasboas Dantas, G., Moreira Kelmer, L., Andrade Rios, M. (2016). Nursing Perception of Safety Culture: Integrative



Review: EBSCOhost. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE (REV ENFERMAGEM UFPE)*.

<https://doi.org/http://dx.doi.org.sire.ub.edu/10.5205/reuol.9667-87805-1-ED1010201622>

- Kellogg, K. M., Puthumana, J. S., Fong, A., Adams, K. T., & Ratwani, R. M. (2021). Understanding the types and effects of clinical interruptions and distractions recorded in a multihospital patient safety reporting system. *Journal of Patient Safety*, 17(8), E1394-E1400. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000513>
- Kim, G. H., & Lee, H. J. (2022). Factors Influencing Clinical Nurses' Medication Safety Competence. *Journal of the Korean Academy of Fundamentals of Nursing*, 29(2), 223-247. <https://doi.org/10.7739/jkafn.2022.29.2.237>
- Klm, S.-A., Kim, E.-M., & Lee, J.-R. (2022). Causes of Nurses' Second Victim Distress: An Objective Analysis. *Quality management in health care.*, 31(3), 122-129. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000330>
- Klassen, A. C., Creswell, J., Plano Clark, V. L., Smith, K. C., & Meissner, H. I. (2012). Best practices in mixed methods for quality of life research. *Quality of Life Research*, 21(3), 377-380. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0122-x>
- Kohn, L., & Corrigan J. (1999). *To err is human: Building a Safer Health System*. (I. of Medicine, Ed.). Washington DC: National Academy Press.
- Koyle, M. A., Chua, M. E., Kherani, T., Pereira, N., & Heiss, K. (2021). The second victim requires more than Medice Cura Te Ipsum. *Canadian Urological Association Journal*, 15(6 S1), S40-S42. <https://doi.org/10.5489/CUAJ.7229>
- Kritsotakis, G., Gkorezis, P., Andreadaki, E., Theodoropoulou, M., Grigoriou, G., Alvizou, A., Kostagiolas, P., & Ratsika, N. (2022). Nursing practice environment and employee silence about patient safety: The mediating role of professional discrimination experienced by nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 78(2), 434-445. <https://doi.org/10.1111/JAN.14994>
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). *Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Inc.

L

La mitad de los enfermeros españoles se ha planteado dejar su profesión. (2022). *Redacción Médica, Febrero*. Recuperado de <https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/la-mitad-de-los->



enfermeros-espanoles-se-han-planteado-dejar-su-profesion-1845

- Lee, N. J., Ahn, S., & Lee, M. (2022). The effects of a mobile application for patient participation to improve patient safety. *Health Expectations*, 25(4), 1601-1618. <https://doi.org/10.1111/hex.13503>
- Lee, T. W., Kim, P. J., Lee, H. Y., Shin, H. K., Lee, H. S., & Choi, Y. (2021). Factors affecting patient safety culture of clinical nurses: Focusing on authentic leadership and team effectiveness. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 27(1), 34-42. <https://doi.org/10.1111/JKANA.2021.27.1.34>
- León Rivera, J. S. (2015). La investigación cualitativa y el desarrollo profesional de enfermería. *Cuid salud*, 2(2), 220-234. Recuperado de <http://eeplt.edu.pe/revista/index.php/Salud/article/view/49>
- Levine, K. J., Carmody, M., & Silk, K. J. (2020). The influence of organizational culture, climate and commitment on speaking up about medical errors. *Journal of Nursing Management*, 28(1), 130-138. <https://doi.org/10.1111/JONM.12906>
- Lewis-Beck, M., Bryman, A., & Liao, T. (2004). *The SAGE Encyclopedia of Social Science Research Methods*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412950589> NV - 3
- Lewis, E. J., Baernholdt, M. B., Yan, G., & Guterbock, T. G. (2015). Relationship of adverse events and support to RN burnout. *Journal of nursing care quality*, 30(2), 144-152. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000084>
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín oficial del estado*, 294 de 6 de diciembre de 2018. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/con>
- Li, C., Xu, X., He, L., Zhang, M., Li, J., & Jiang, Y. (2022). Questionnaires measuring patient participation in patient safety—A systematic review. *Journal of Nursing Management*, (June 2021), 1-15. <https://doi.org/10.1111/jonm.13690>
- Li, H., Kong, X., Sun, L., Zhu, Y., & Li, B. (2021). Major educational factors associated with nursing adverse events by nursing students undergoing clinical practice: A descriptive study, 98, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104738>
- López-Aranguren Quiñones, E. (2016). El análisis de contenido tradicional. En M. García Ferrando, F. R. Alvira Martín, L. E. Alonso Benito, & M. Escobar Mercado (Eds.), *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación* (4ª, pp. 594-616). Madrid: Alianza. Recuperado de <http://www.redalyc.org/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=15309604>



Lumley, C., Ellis, A., Ritchings, S., Venes, T., & Ede, J. (2020). Using the Systems Engineering Initiative for Patient Safety (SEIPS) model to describe critical care nursing during the SARS-CoV-2 pandemic (2020). *Nursing in Critical Care*, 25(4), 203-205. <https://doi.org/10.1111/nicc.12514>

M

Maben, J., & Bridges, J. (2020). Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15-16), 2742-2750. <https://doi.org/10.1111/jocn.15307>

Macrae, C. (2008). Learning from patient safety incidents: Creating participative risk regulation in healthcare. *Health, Risk & Society*, 10(1), 53-67. <https://doi.org/10.1080/13698570701782452>

Magnaye, B., Munoz, M. S. L., Munoz, M. A. F., Munoz, R. G. V., & Muro, J. H. M. (2011). The Role , Preparedness and Management of Nurses During Disasters. *E-International Scientific Research Journal*, III(4), 269-294. Recuperado de <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.685.2569&rep=rep1&type=pdf>

Makary, M. A., & Daniel, M. (2016). Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ (Online)*, 353. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>

Malinowska-Lipień, I., Wadas, T., Gabryś, T., Kózka, M., Gniadek, A., Brzostek, T., & Squires, A. (2021). Evaluating Polish nurses' working conditions and patient safety during the COVID-19 pandemic. *International Nursing Review*. <https://doi.org/10.1111/inr.12724>

Malone, B. (2004). Pursuing patient safety. *Quality and Safety in Health Care*. BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/qshc.2003.009498>

Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. (2009). Recuperado de http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

Mardon, R. E., Khanna, K., Sorra, J., Dyer, N., & Famolaro, T. (2010). Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. *Journal of Patient Safety*, 6(4), 226-232. <https://doi.org/10.1097/PTS.0B013E3181FD1A00>

Massachusetts Alliance for Communication and Resolution following Medical Injury. (2022). About CARE. Recuperado 30 de octubre de 2022, de <https://www.macrmi.info/about-macrmi/about-care#sthash.gP9QA3wH.dpbs>



- Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E., & Petsios, K. (2014). Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 28(6), 526-533. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.934338>
- Mawuena, E. K., & Mannion, R. (2022). Implications of resource constraints and high workload on speaking up about threats to patient safety: a qualitative study of surgical teams in Ghana. *BMJ Quality & Safety*, 31(9), 662-669. <https://doi.org/10.1136/BMJQS-2021-014287>
- Maxwell, J. A. (2016). Expanding the History and Range of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 10(1), 12-27. <https://doi.org/10.1177/1558689815571132>
- Mayoh, J., & Onwuegbuzie, A. J. (2015). Toward a Conceptualization of Mixed Methods Phenomenological Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 9(1), 91-107. <https://doi.org/10.1177/1558689813505358>
- McNamara, C., Markey, K., O'Donnell, C., Murphy, J., & O'Brien, B. (2022). Factors that enhance compliance with the Surgical Safety Checklist. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 31(21), 1080-1086. <https://doi.org/10.12968/bjon.2022.31.21.1080>
- Medina Moya, J. L. (2006). *Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermería*. (P. i E. de la U. de Barcelona, Ed.), *Publicaciones de la Universidad de Barcelona*. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona. Recuperado de <http://www.publicacions.ub.edu/ficha.aspx?cod=06531>
- Meissner, H., Creswell, J., Klassen, A. C., Plano, V., & Smith, K. C. (2011). Best Practices for Mixed Methods Research in the Health Sciences. *Methods*, 29, 1-39. <https://doi.org/10.1002/cdq.12009>
- Mella Laborde, M., Gea Velázquez, M. T., Aranaz Andrés, J. M., Ramos Forner, G., & Compañ Rosique, A. F. (2018). Analysis of the patient safety culture in a university hospital. *Gaceta Sanitaria*, 34(5), 500-513. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.10.004>
- Mella, O. (2000). *Grupos Focales ("Focus Groups")*. *Técnica de Investigación Cualitativa* (No. 3). Santiago de Chile. Recuperado de <http://files.palenque-de-egoya.webnode.es/200000285-01b8502a79/Grupos Focales de Investigación.pdf>
- Miguel Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (Síntesis conceptual). *Revista de investigación en psicología*, 9(1), 123-146.



- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005). Cuestionario Sobre Seguridad De Los Pacientes, 17. Recuperado de <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Secretaría General Técnica*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección general de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. <https://doi.org/10.4321/s1988-348x2015000200003>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008a). *Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud*. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo, E. (2008b). Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. *MSC*, 183. Recuperado de <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español [Internet]. Madrid: *Medicina Clínica*, 131(Supl 3), 18-25. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf
- Mir Abellán, R. (2019). *Impacto de la implementación de una estrategia de calidad sobre la cultura de seguridad del paciente*. [Tesis doctoral]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). Universitat de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/127326#.XdVtYsScwvk.mendeley>
- Mira, J. J., Lorenzo, S., Carrillo, I., Ferrús, L., Pérez-Pérez, P., Iglesias, F., Silvestre, C. , Olivera, G., Zavala, E., Nuño-Solinís, R., Maderuelo-Fernández, J. A., Vitaller, J., & Astier, P. (2015). Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC Health Services Research*, 15(1), 341. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0994-x>
- Mira, J. J., Lorenzo, S., & Navarro, I. (2014). Hospital reputation and perceptions of patient safety. *Medical principles and practice : international journal of the Kuwait University, Health Science Centre*, 23(1), 92-94. <https://doi.org/10.1159/000353152>



- Moon, S., & Lee, J. (2017). Correlates of patient safety performance among nurses from hospitals with less than 200 beds. *Korean Journal of Adult Nursing*, 29(4), 393-405. <https://doi.org/10.7475/kjan.2017.29.4.393>
- Morgan, D. L. (2007). Paradigms Lost and Pragmatism Regained: Methodological Implications of Combining Qualitative and Quantitative Methods. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 48-76. <https://doi.org/10.1177/2345678906292462>
- Morley, G., Grady, C., McCarthy, J., & Ulrich, C. M. (2020, mayo 1). Covid-19: Ethical Challenges for Nurses. *Hastings Center Report*. John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/hast.1110>
- Morse, J. M., & Niehaus, L. (2009). *Mixed method design: Principles and procedures* (Vol. 12). Walnut Creek, CA, USA: Left Coast Press Inc. <https://doi.org/10.17169/fqs-12.1.1523>
- Muliyadi, Keliat, B. A., Mustikasari, & Hariyati, T. S. (2019). Learning culture of nurse about patient safety in hospital: A qualitative study. *Enfermeria Clinica*, 29(Supplement 2), 488-494. Recuperado de <http://10.0.3.248/j.enfcli.2019.04.073>
- Munhall, P. L. (2007). *Nursing research: A Qualitative Perspective* (4th ed.). Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers. Recuperado de <https://pdfdrive.com/download/4430103-nursing-research-a-qualitative-perspective>

N

- Neft, M. W., Sekula, K., Zoucha, R., Smith Glasgow, M. E., Van Pelt, M., & Mitchell, A. M. (2022). Support Methods for Healthcare Professionals Who Are Second Victims: An Integrative Review. *AANA Journal*, 9(3), 189-196. Recuperado de <https://web-s-ebshost-com.sire.ub.edu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=f1ebfff3-157d-49bf-bb15-0668327a1b17%40redis>
- Newman, B., Joseph, K., Chauhan, A., Seale, H., Li, J., Manias, E., Walton, M., Mears, S., Jones, B., & Harrison, R. (2021). Do patient engagement interventions work for all patients? A systematic review and realist synthesis of interventions to enhance patient safety. *Health Expectations*, 24(6), 1905-1923. <https://doi.org/10.1111/hex.13343>
- Nightingale, F. (1859). *Notes on nursing: what it is, and what it is not*. London: Harrison, 59, Pall Mall, bookseller to the Queen.
- Nydoo, P., Pillay, B. J., Naicker, T., & Moodley, J. (2020). The second victim phenomenon in health care: A literature review. *Scandinavian Journal of Public*



Health, 48(6), 629-637. <https://doi.org/10.1177/1403494819855506>

O

- O’Cathain, A. (2015). Assessing the Quality of Mixed Methods Research: Toward a Comprehensive Framework. *SAGE Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research*, 531-556. <https://doi.org/10.4135/9781506335193.N21>
- Onwuegbuzie, A. J., & Johnson, R. B. (2006). The Validity Issue in Mixed Research. *Research In The Schools Mid-South Educational Research Association*, 13(1), 48-63.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *109ª reunión del Consejo Ejecutivo. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría*.
- Organización Mundial de la Salud (2017). Seguridad del paciente. Recuperado 29 de diciembre de 2017, de http://www.who.int/topics/patient_safety/es/

P

- Palacios-Ceña, D., & Corral Liria, I. (2010). Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enfermería Intensiva*, 21(2), 68-73. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2009.11.003>
- Park, M., & Giap, T. T. T. (2020). Patient and family engagement as a potential approach for improving patient safety: A systematic review. *Journal of advanced nursing*, 76(1), 62-80. <https://doi.org/10.1111/JAN.14227>
- Payton, J. (2022). Assuring the Quality of Care: Understanding Common Deficiencies in Outpatient Dialysis Facilities. *Nephrology nursing journal : journal of the American Nephrology Nurses’ Association*, 49(2), 153-156. <https://doi.org/10.37526/1526-744x.2022.49.2.153>
- Pérez-Castro Vázquez, J. A., Jaramillo-Esparza, C. M., Olvera-Martínez, L. D., Burgos-Martínez, L. A., Pastrana-Gómez, A. A., González-Olvera, A. I., Delgado-Bernal, M., Márquez-Villarreal, H. G., & Real-Tovar, F. (2014). Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social. *Revista CONAMED*, 19(2), 52-58. Recuperado de <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/4/58>
- Pittet, D., Panesar, S. S., Wilson, K., Longtin, Y., Morris, T., Allan, V., Storr, J., Cleary, K., & Donaldson, L. (2011). Involving the patient to ask about hospital hand hygiene: A National Patient Safety Agency feasibility study. *Journal of Hospital Infection*, 77(4), 299-303. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2010.10.013>



- Pope, R. (2018). Organizational Silence in the NHS: 'Hear no, See no, Speak no'. *Journal of Change Management*, 19(1), 45-66.
<https://doi.org/10.1080/14697017.2018.1513055>
- Potgieter, N., Banda, N. T., Becker, P. J., & Traore-Hoffman, A. N. (2021). WASH infrastructure and practices in primary health care clinics in the rural Vhembe District municipality in South Africa. *BMC Family Practice*, 22(1).
<https://doi.org/10.1186/s12875-020-01346-z>
- Pronovost, P., & Sexton, B. (2005, agosto 1). Assessing safety culture: Guidelines and recommendations. *Quality and Safety in Health Care*. BMJ Publishing Group Ltd.
<https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015180>
- Prudenzi, A., D. Graham, C., Flaxman, P. E., & O'Connor, D. B. (2022). Wellbeing, burnout, and safe practice among healthcare professionals: predictive influences of mindfulness, values, and self-compassion. *Psychology, Health and Medicine*, 27(5), 1130-1143. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1898651>
- Pumar-Méndez, M. J., Attree, M., & Wakefield, A. (2014). Methodological aspects in the assessment of safety culture in the hospital setting: A review of the literature. *Nurse Education Today*, 34(2), 162–170.
<https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2013.08.008>

R

- Rangachari, P., & Woods, J. L. (2020). Preserving organizational resilience, patient safety, and staff retention during covid-19 requires a holistic consideration of the psychological safety of healthcare workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124267>
- Rao, A. D., Kumar, A., & McHugh, M. (2017). Better Nurse Autonomy Decreases the Odds of 30-Day Mortality and Failure to Rescue. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(1), 73-79. <https://doi.org/10.1111/JNU.12267>
- Raskind, I. G., Shelton, R. C., Comeau, D. L., Cooper, H. L. F., Griffith, D. M., & Kegler, M. C. (2019). A Review of Qualitative Data Analysis Practices in Health Education and Health Behavior Research. *Health Education and Behavior*, 46(1), 32-39.
<https://doi.org/10.1177/1090198118795019>
- Rea, D., & Griffiths, S. (2016). Patient safety in primary care: incident reporting and significant event reviews in British general practice. *Health and Social Care in the Community*, 24(4), 411-419. <https://doi.org/10.1111/hsc.12221>



Real Academia de la lengua Española (2010). organización | Definición | Diccionario de la lengua española. En RAE. Recuperado de <https://dle.rae.es/organización>

Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ (Clinical research ed.)*, 320(7237), 768-770. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10720363>

Reason, J., & Hobbs, A. (2003). *Managing Maintenance Errors: A Practical Guide. Journal of Quality in Maintenance Engineering*. Burlington, Vermont: Ashgate Publishing Company.

Reyes Ramos M. J., Ferrer Tarrés, J. M. (2016). Pla Seguretat de la FSM. Mollet del Vallès.

Rivera-Romero, R. L., Curiel-Balsera, E., Torres-Campos, M., & Quesada-García, G. (2012). Percepción de la cultura de seguridad por las enfermeras en una unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Clínica*, 22(6), 313-314. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.11.001>

Rodríguez-García, M. C. (2019). Nursing Degree students' perception about their clinical practice environment: A phenomenological study. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 29(5), 264-270. <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2018.10.007>

Ryder, M., Gallagher, P., Coughlan, B., Halligan, P., Guerin, S., & Connolly, M. (2021). Nursing and midwifery workforce readiness during a global pandemic: A survey of the experience of one hospital group in the Republic of Ireland. <https://doi.org/10.1111/jonm.13461>

S

Salyers, M. P., Bonfils, K. A., Luther, L., Firmin, R. L., White, D. A., Adams, E. L., & Rollins, A. L. (2017). The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 32(4), 475-482. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3886-9>

Sant, A. (2021). Avances en gestión clínica: El asistente clínico, un nuevo paso hacia una atención más centrada en el paciente. Recuperado 1 de noviembre de 2022, de <https://gestionclinicavarela.blogspot.com/2021/01/el-asistente-clinico-un-nuevo-paso.html>

Sartre, J. P. (2011). Lebasí, J. (Trad). *El ser y la nada*. Losada. Buenos Aires.

Schiess, C., Schwappach, D., Schwendimann, R., Vanhaecht, K., Burgstaller, M., & Senn,



- B. (2018). A Transactional “Second-Victim” Model—Experiences of Affected Healthcare Professionals in Acute-Somatic Inpatient Settings. *Journal of Patient Safety*, 00(00), 1. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000461>
- Schifferdecker, K. E., & Reed, V. A. (2009). Using mixed methods research in medical education: Basic guidelines for researchers. *Medical Education*, 43(7), 637-644. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2923.2009.03386.X>
- Schmutz, J. B., Meier, L. L., & Manser, T. (2019). How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9(9), 1-16. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028280>
- Schroers, G., Ross, J. G., & Moriarty, H. (2021). Nurses’ Perceived Causes of Medication Administration Errors: A Qualitative Systematic Review. *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety*, 47(1), 38-53. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2020.09.010>
- Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandt, J., & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *BMJ Quality & Safety*, 18(5), 325-330. <https://doi.org/10.1136/QSHC.2009.032870>
- Serrano-Ripoll, M., Fiol-deRoque, J., Valderas, J., Zamanillo-Campos, R., Llobera, J., Olry de Labry Lima, A., Pastor-Moreno, G., & Ricci-Cabello, I. (2022). Feasibility of the SINERGIAPS («Sinergias entre profesionales y pacientes para una Atención Primaria Segura») intervention for improving patient safety in primary care. *Family Practice*, 39(5), 843-851. Recuperado de <https://doi.org/10.1093/fampra/cmac015>
- Serre, N., Espin, S., Indar, A., Bookey-Bassett, S., & Legrow, K. (2022). Long-Term Care Nurses’ Experiences with Patient Safety Incident Management: A Qualitative Study. *Journal of Nursing Care Quality*, 37(2), 188-194. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000583>
- Setyowati, I. F. (2019). Factors that influence the implementation of patient’s safety culture by ward nurses in district general hospital. *Enfermeria Clinica*, 29(Supplement 2), 300-303. Recuperado de <http://10.0.3.248/j.enfcli.2019.04.038>
- Seul Ryu, I., & Shim, J. (2021). The influence of burnout on patient safety management activities of shift nurses: The mediating effect of compassion satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22). <https://doi.org/10.3390/ijerph182212210>



- Seys, D., Wu, A. W., Gerven, E. V., Vleugels, A., Euwema, M., Panella, M., Scott, S. D., Conway, J., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2013). Health Care Professionals as Second Victims after Adverse Events. *Evaluation & the Health Professions*, 36(2), 135-162. <https://doi.org/10.1177/0163278712458918>
- Shaikh, U. (2022). Strategies and Approaches for Prevention. Recuperado 6 de noviembre de 2022, de <https://psnet.ahrq.gov/primer/strategies-and-approaches-investigating-patient-safety-events>
- Shannon-Baker, P. (2016). Making Paradigms Meaningful in Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 10(4), 319-334. <https://doi.org/10.1177/1558689815575861>
- Shojania, K. G. (2008). The frustrating case of incident-reporting systems. *Quality and Safety in Health Care*, 17(6), 400-402. <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.029496>
- Silver, C., & Lewins, A. (2007). *Using Software in Qualitative Research: A Step-by-Step Guide*. undefined. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781473906907>
- Singer, S., Lin, S., Falwell, A., Gaba, D., & Baker, L. (2009). Relationship of Safety Climate and Safety Performance in Hospitals. *Health Services Research*, 44(2p1), 399-421. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00918.x>
- Solano Ruiz, C. (2006). Fenomenología-herméneutica y enfermería. *Cultura de los cuidados. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante*, 5(19), 5-6. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/961/1/culturacuidados_19_01.pdf
- Stevenson, J. E., & Nilsson, G. (2012). Nurses' perceptions of an electronic patient record from a patient safety perspective: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 667-676. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05786.x>
- Stovall, M., Hansen, L., & van Ryn, M. (2020). A Critical Review: Moral Injury in Nurses in the Aftermath of a Patient Safety Incident. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(3), 320-328. <https://doi.org/10.1111/JNU.12551>
- Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (2022). STROBE. Recuperado 14 de enero de 2022, de <https://www.strobe-statement.org/>
- Stucky, C. H., Wymer, J. A., & House, S. (2022). Nurse Leaders: Transforming Interprofessional Relationships to Bridge Healthcare Quality and Safety. *Nurse Leader*, 20(4), 375-380. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2021.12.003>



T

- Tamburri, L. M. (2017). Creating Healthy Work Environments for Second Victims of Adverse Events, *28*(4), 366-374.
- Tashakkori, A., & Creswell, J. W. (2007). Editorial: The New Era of Mixed Methods. *Journal of Mixed Methods Research*, *1*(1), 3-7.
<https://doi.org/10.1177/2345678906293042>
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2010). *Mixed Methods in Social & Behavioral Research*. (A. Tashakkori & C. Teddlie, Eds.) (2.^a ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Inc.
- Thofehrn, M. B., Montesinos, M. J. L., Porto, A. R., Amestoy, S. C., Arrieira, I. C. de O., & Mikla, M. (2013). Grupo focal: Una técnica de recogida de datos en investigaciones cualitativas. *Index de Enfermeria*, *22*(1-2), 2-5. <https://doi.org/10.4321/s1132-12962013000100016>
- Tingle, J. (2020a). Patient safety and litigation in the NHS post-COVID-19. *British Journal of Nursing*, *29*(7), 444-445. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.7.444>
- Tingle, J. (2020b). Patient safety reports analysis: post COVID-19. *British Journal of Nursing*, *29*(15), 906-907. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.15.906>
- Tingle, J. (2020c). Patient safety reports round-up during the COVID-19 pandemic | British Journal of Nursing. *British Journal of Nursing*, *29*(10), 582-583. Recuperado de <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2020.29.10.582>
- Todd, Z., Nerlich, B., McKeown, S., & Clarke, D. D. (2004). *Mixing methods in psychology: The integration of qualitative and quantitative methods in theory and practice. Mixing Methods in Psychology: The Integration of Qualitative and Quantitative Methods in Theory and Practice*. Hove, UK: Psychology Press.
<https://doi.org/10.4324/9780203645727>
- Tomas Vecina, S., Martín Delgado, M., Minguez Sebastián, Y., Fuz, F., Gómez Felipe, E., & Benet, J. (2020). *Seguridad del paciente y del profesional durante la epidemia SARS-COV-2 (COVID-19) en España. Proyecto SEGCOVID* (Vol. 2). Recuperado de <http://seguretatdelpacients.gencat.cat/es/detalls/noticia/Seguretat-del-pacient-i-del-professional-durant-lepidemia-de-COVID-19>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, *19*(6), 349-357.
<https://doi.org/10.1093/INTQHC/MZM042>



Tourangeau, A. E., Doran, D. M., Hall, L. M. G., O'Brien Pallas, L., Pringle, D., Tu, J. V., & Cranley, L. A. (2007). Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), 32-44.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04084.x>

Tubic, B., Finizia, C., Zainal, A., Pernilla, K., & Engström, M. (2022). Patients' experience of patient safety information and participation in care during a hospital stay. *Nursing Open*, (October), 1-9. <https://doi.org/10.1002/nop2.1423>

U

Ullström, S., Sachs, M. A., Hansson, J., Øvretveit, J., & Brommels, M. (2014). Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ quality & safety*, 23(4), 325-331. <https://doi.org/10.1136/BMJQS-2013-002035>

Upadhyay, S., Opoku-Agyeman, W., Choi, S., & Cochran, R. A. (2022). Do Patient Engagement IT Functionalities Influence Patient Safety Outcomes? A Study of US Hospitals. *Journal of Public Health Management and Practice*, 28(5), 505-512.
<https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001562>

Urbano Gómez, P. A. (2016). Análisis De Datos Cualitativos. *Revista Fedumar. Pedagogía y Educación*, 3(1), 113-126. Recuperado de <http://editorial.umariana.edu.co/revistas/index.php/fedumar/article/view/1122>

UXalliance. (2020). Conducting remote online focus groups in times of COVID-19. Recuperado 6 de noviembre de 2021, de <https://uxalliance.medium.com/conducting-remote-online-focus-groups-in-times-of-covid-19-ee1c66644fdb>

V

Van Dijk, T. A. (2000). *El discurso como estructura y proceso* (1ª). Barcelona: Gedisa.

Van Manen, M. (2020). Phenomenology of Practice. En *Phenomenology of Practice* (pp. 15-25). Walnut Creek, EEUU. <https://doi.org/10.4324/9781315422657-7>

Verbakel, N. J., De Bont, A. A., Verheij, T. J. M., Wagner, C., & Zwart, D. L. M. (2015). Improving patient safety culture in general practice: An interview study. *British Journal of General Practice*, 65(641), e822-e828.
<https://doi.org/10.3399/bjgp15X687865>

Vincent, C., & Amalberti, R. (2016). *Safer Healthcare*. Heidelberg: Springer Open.



Vlayen, A., Hellings, J., Claes, N., Peleman, H., & Schrooten, W. (2012). A nationwide hospital survey on patient safety culture in Belgian hospitals: Setting priorities at the launch of a 5-year patient safety plan. *BMJ Quality and Safety*, 21(9), 760-767. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-051607>

W

Wakefield, J. G., McLaws, M. L., Whitby, M., & Patton, L. (2010). Patient safety culture: Factors that influence clinician involvement in patient safety behaviours. *Quality and Safety in Health Care*, 19(6), 585-591. <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.030700>

Wami, S. D., Demssie, A. F., Wassie, M. M., & Ahmed, A. N. (2016). Patient safety culture and associated factors: A quantitative and qualitative study of healthcare workers' view in Jimma zone Hospitals, Southwest Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/S12913-016-1757-Z/TABLES/5>

Waterson, P., Carman, E. M., Manser, T., & Hammer, A. (2019). Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC): A systematic review of the psychometric properties of 62 international studies. *BMJ Open*, 9(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026896>

World Health Organization (2002). Quality of care: patient safety Report by the Secretariat. Ginebra. Recuperado de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5513.pdf

World Health Organization (2009). *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico - 2009*. Recuperado de <http://www.who.int/about/copyright/es/index.html>

World Health Organization (2019a). Seguridad del paciente. Recuperado 29 de diciembre de 2021, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

World Health Organization (2019b). Patient safety. *Who*. Recuperado de <https://www.who.int/patientsafety/en/>

World Health Organization (2020a). 2019-nCoV outbreak is an emergency of international concern. Recuperado de <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/international-health-regulations/news/news/2020/2/2019-ncov-outbreak-is-an-emergency-of-international-concern>

World Health Organization (2020b). *State of the world's nursing 2020: investing in*



education, jobs and leadership. Ginebra. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332164/9789240004948-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Health Organization (2021a). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization. Geneve.

World Health Organization (2021b). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Recuperado 26 de diciembre de 2021, de <https://covid19.who.int/>

World Medical Association (2015). Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Recuperado de <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Wu, A. (2000). Medical error: the second victim. *The Western journal of medicine*, 172(6), 358-359. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10854367>

Wu, A. W. (2020). COVID-19: Will there be a silver lining for patient safety and public health? *Journal of Patient Safety and Risk Management*, 25(2), 47-48. <https://doi.org/10.1177/2516043520916943>

X

Xie, J., Ding, S., Zhong, Z., Zeng, S., Qin, C., Yi, Q., Gong, L., & Zhou, J. da. (2017). A safety culture training program enhanced the perceptions of patient safety culture of nurse managers. *Nurse Education in Practice*, 27, 128-133. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.08.003>

Y

Ying, L., Fitzpatrick, J. M., Philippou, J., Huang, W., & Rafferty, A. M. (2020). The organisational context of nursing practice in hospitals in China and its relationship with quality of care, and patient and nurse outcomes: A mixed-methods review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(1-2), 3-27. <https://doi.org/10.1111/jocn.15486>

Young, P., de Smith, V. H., Chambi, M. C., & Finn, B. C. (2011). Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. *Revista Medica de Chile*, 139(6), 807-813. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000600017>

Yun, J., & Son, H. (2019). Mediating effects of burnout between time pressure and safety care activities of nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing*



Administration, 25(3), 248-257. <https://doi.org/10.1111/jkana.2019.25.3.248>

Z

Zaheer, S., Ginsburg, L., Wong, H. J., Thomson, K., Bain, L., & Wulffhart, Z. (2021). Acute care nurses' perceptions of leadership, teamwork, turnover intention and patient safety - a mixed methods study. *BMC Nursing*, 20(134), 1-14. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12912-021-00652-w>



11. ANEXOS



11. ANEXOS

11.1. Anexo I. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes

Su opinión es muy importante para todos

Esta es una adaptación fruto del convenio entre la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia.



Universidad de Murcia Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad Proyecto CUSEP

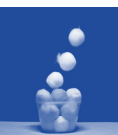
Agency for Healthcare Research and Quality –AHRQ- (versión original)

*Adaptación al español: Juan J. Gascón Cánovas, Pedro J. Saturno Hernández y
Grupo de Trabajo del Proyecto sobre Cultura de Seguridad del Paciente –
CUSEP- (Pedro Pérez Fernández, Inmaculada Vicente López, Arantza González
Vicente, José Martínez Mas y M^a del Mar Saura)*

Le pedimos su opinión sobre cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y posibles incidentes. Contestarla, apenas, le llevará unos 15 minutos.

- Un incidente es cualquier tipo de error, equivocación, accidente o desviación de las normas/procedimientos, produzca o no daño en el paciente.
- La seguridad del paciente son las actividades dirigidas a prevenir las posibles lesiones o los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria.

Este cuestionario es estrictamente confidencial; todos los datos se gestionarán respetando de manera rigurosa el secreto estadístico.



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.	☐ 1 Muy en desacuerdo	☐ 2 En desacuerdo	☐ 3 Indiferente	☐ 4 De acuerdo	☐ 5 Muy de acuerdo
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	☐ 1 Muy en desacuerdo	☐ 2 En desacuerdo	☐ 3 Indiferente	☐ 4 De acuerdo	☐ 5 Muy de acuerdo
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	☐ 1 Muy en desacuerdo	☐ 2 En desacuerdo	☐ 3 Indiferente	☐ 4 De acuerdo	☐ 5 Muy de acuerdo
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	☐ 1 Muy en desacuerdo	☐ 2 En desacuerdo	☐ 3 Indiferente	☐ 4 De acuerdo	☐ 5 Muy de acuerdo
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	☐ 1 Muy en desacuerdo	☐ 2 En desacuerdo	☐ 3 Indiferente	☐ 4 De acuerdo	☐ 5 Muy de acuerdo
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	☐ 1 Muy en desacuerdo	☐ 2 En desacuerdo	☐ 3 Indiferente	☐ 4 De acuerdo	☐ 5 Muy de acuerdo
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	☐ 1 Muy en desacuerdo	☐ 2 En desacuerdo	☐ 3 Indiferente	☐ 4 De acuerdo	☐ 5 Muy de acuerdo
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	☐ 1 Muy en desacuerdo	☐ 2 En desacuerdo	☐ 3 Indiferente	☐ 4 De acuerdo	☐ 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.	☐ 1 Muy en desacuerdo	☐ 2 En desacuerdo	☐ 3 Indiferente	☐ 4 De acuerdo	☐ 5 Muy de acuerdo
10. No se producen más fallos por casualidad.	☐ 1 Muy en desacuerdo	☐ 2 En desacuerdo	☐ 3 Indiferente	☐ 4 De acuerdo	☐ 5 Muy de acuerdo
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	☐ 1 Muy en desacuerdo	☐ 2 En desacuerdo	☐ 3 Indiferente	☐ 4 De acuerdo	☐ 5 Muy de acuerdo
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".	☐ 1 Muy en desacuerdo	☐ 2 En desacuerdo	☐ 3 Indiferente	☐ 4 De acuerdo	☐ 5 Muy de acuerdo
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	☐ 1 Muy en desacuerdo	☐ 2 En desacuerdo	☐ 3 Indiferente	☐ 4 De acuerdo	☐ 5 Muy de acuerdo
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	☐ 1 Muy en desacuerdo	☐ 2 En desacuerdo	☐ 3 Indiferente	☐ 4 De acuerdo	☐ 5 Muy de acuerdo
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	☐ 1 Muy en desacuerdo	☐ 2 En desacuerdo	☐ 3 Indiferente	☐ 4 De acuerdo	☐ 5 Muy de acuerdo
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	☐ 1 Muy en desacuerdo	☐ 2 En desacuerdo	☐ 3 Indiferente	☐ 4 De acuerdo	☐ 5 Muy de acuerdo
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

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



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.

MINIMA SEGURIDAD 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 MÁXIMA SEGURIDAD

44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad? En el año ...

45. ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital? En el año....

46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio? En el año....

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

48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?incidentes

49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes? 1 ☐ SI 2 ☐ NO

50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? Marque una sola respuesta.

☐ a. Hospitalización ☐ e. Urgencias ☐ h. Área materno-Infantil

☐ b. Atención nefrológica ☐ f. Semicríticos ☐ i. Diagnóstico por la imagen

☐ c. CCEE y/o gabinetes de exploración ☐ g. Área quirúrgica ☐ j. Salud Mental y Adicciones

☐ d. Hospital de Día

51. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad . Marque una sola respuesta.

☐ a. Enfermera a jornada total ☐ c. Enfermera suplente ☐ e. Enfermera Gestora

☐ b. Enfermera a jornada parcial ☐ d. Enfermera polivalente

51.b. Sexo:

☐ a. Hombre ☐ b. Mujer

52. ¿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?



11.2. Anexo II. Documento informativo para las participantes en el estudio

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

TÍTULO DEL ESTUDIO: La Cultura entorno a la Seguridad del Paciente de las enfermeras del Hospital de Mollet

INVESTIGADOR PRINCIPAL: M^a José Reyes

CENTRO: Hospital de Mollet- Fundació Sanitària Mollet

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica de este centro.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello, lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación (ante cualquier duda puede contactar con nosotros en gestioconeixement@fsm.cat). Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con el centro ni se produzca perjuicio alguno en su relación laboral con el mismo.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El estudio que se plantea pretende valorar la cultura entorno a la Seguridad del Paciente de las enfermeras del Hospital de Mollet, así como describir la experiencia de éstas ante la aparición de eventos adversos.

Este estudio se realizará en dos fases:

1. Durante la Fase I se solicitará a las enfermeras participantes responder a un cuestionario en la Intranet del Hospital de manera individual.
2. En la Fase II, se realizarán diversos grupos de enfermeras de las diferentes áreas del Hospital para participar en sesiones de 90 a 120 minutos de duración, que se llevarán a cabo en el mismo centro. Las sesiones de estos grupos focales pueden ser grabadas en formato de audio o video con fines de investigación y mejora de la explotación de los datos obtenidos durante las mismas.



Si usted acepta participar en el estudio, se le pedirá la cumplimentación del cuestionario durante la primera fase del estudio y podrá ser convocado para participar en una sesión de grupo en la segunda fase del mismo.

RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

En ningún caso su participación en el estudio supone un riesgo para usted ni para su relación laboral con el Hospital de Mollet.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley 3/2018, de 5 de diciembre de protección de datos de carácter personal y garantía de los derechos digitales.

Los datos se recogerán en un fichero de investigación de centro y se tratarán única y exclusivamente en el marco de su participación en este estudio.

De acuerdo a lo que establece la legislación de protección de datos, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo el investigador principal del estudio y sus colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna.

El acceso a su información personal quedará restringido al investigador principal del estudio y colaboradores, al Comité de Ética para la Investigación Científica y al personal autorizado por el promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

Sólo se transmitirán a terceros y a otros países los datos recogidos para el estudio que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad.

COMPENSACIÓN ECONÓMICA

El estudio no dispone de ninguna compensación económica.

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto.



11.3. Anexo III. Consideraciones para el análisis de los ítems del cuestionario

Ítems formulados negativamente en el cuestionario:

Dimensión	Ítems
Frecuencia de eventos notificados	Ninguno
Percepción global de seguridad	10, 17
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	21, 22
Aprendizaje organizacional/mejora continua	Ninguno
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	Ninguno
Franqueza en la comunicación	39
Feed-back y comunicación sobre errores	Ninguno
Respuesta no punitiva a los errores	8, 12, 16
Dotación de personal	5, 7, 14
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	31
Trabajo en equipo entre unidades	24, 28
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	25, 27, 29, 33

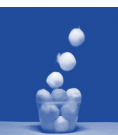
De forma general las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema:

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

Con esta codificación se calculan las frecuencias relativas de cada categoría, tanto para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión.

Los indicadores compuestos para cada una de las dimensiones de la escala se calculan aplicando la siguiente fórmula:

$$\frac{\sum \text{número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión}}{\text{Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$



Para clasificar un ítem ó una dimensión como **fortaleza** se emplean los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 75\%$ de respuestas positivas ("de acuerdo/muy de acuerdo" ó "casi siempre/siempre") a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 75\%$ de respuestas negativas ("en desacuerdo/muy en desacuerdo" ó "nunca/raramente") a preguntas formuladas en negativo.

Para clasificar un ítem o una dimensión como **oportunidad de mejora** se emplean los siguientes criterios alternativos:

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

Calificación del clima de seguridad

La pregunta 43 presenta en una escala de cero a diez, la calificación global del clima de seguridad. Además de este ítem, el número de eventos notificados (pregunta 48) y las dimensiones "Frecuencia de eventos notificados" y "Percepción de seguridad", son consideradas medidas de resultado del clima de seguridad.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Más información sobre el cuestionario original de la AHRQ y su metodología de desarrollo y análisis se puede encontrar en la siguiente dirección web (último acceso 7 de noviembre de 2008): <http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/#toolkit>

Los resultados de la aplicación del cuestionario a una muestra de hospitales del sistema nacional de salud puede encontrarse entre los documentos que sobre Seguridad del Paciente publica la Agencia de Calidad, con el título "Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del sistema nacional de salud español":

<http://www.msc.es/seguridaddelpaciente.es>



11.4. Anexo IV. Fiabilidad de las dimensiones contenidas en el cuestionario

La consistencia interna de cada una de las dimensiones en la versión en español es de aceptable a excelente, dado que el α de Cronbach oscila del 0,64 al 0,88.

Dimensión	Alfa de Cronbach*
Notificación de eventos relacionados con la seguridad	0.88
Percepción global de seguridad	0.65
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	0.84
Aprendizaje organizacional/mejora continua	0.68
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	0.82
Franqueza en la comunicación	0.66
Feed-back y comunicación sobre errores	0.73
Respuesta no punitiva a los errores	0.65
Dotación de personal	0.64
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	0.81
Trabajo en equipo entre unidades	0.73
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	0.74

(*): > 0.6 : aceptable; >0,7:buena ;> 0.8: excelente
(de Sanidad y Consumo, 2005)

Fuente: Cuestionario sobre SP (Ministerio



11.5. Anexo V. Correo electrónico individualizado enviado a cada una de las participantes de la segunda fase del estudio

Este es un ejemplo del correo electrónico enviado a cada una de las participantes de los grupos focales, en este caso, a las enfermeras del área quirúrgica.

Querida compañera,

En seguimiento de mi proyecto de tesis y dando continuidad al estudio relacionado con la seguridad del paciente en el que participaste el año pasado respondiendo a una encuesta en la intranet, te propongo participar en una sesión de grupo exclusiva para vosotras, las enfermeras del área quirúrgica, que tendrá una duración de hora y media. Será el próximo **jueves día 10 de junio de 8 a 9:30h vía zoom**.

Estará dirigida por profesionales externos a la FSM y recibirás un certificado por tu participación. Adjunto en este correo la información y el consentimiento informado de participación.

Este es el enlace de conexión:

Tema: Grupo focal área quirúrgica

Hora: 10 jun. 2021 08:00 a. m. París

Unirse a la reunión Zoom

<https://tecnocampus-cat.zoom.us/j/86154606003?pwd=R3N3cjB6SG1oZHdIV3NyTk5OK3BWQT09>

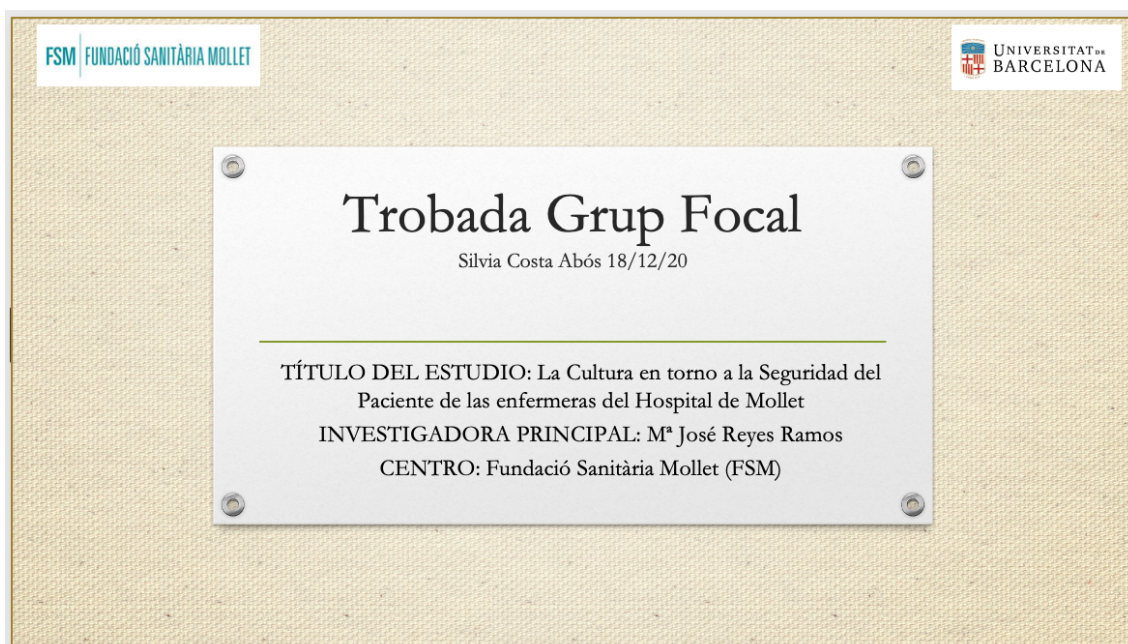
ID de reunión: 861 5460 6003

Código de acceso: 511831

Muchas gracias!!!



11.6. Anexo VI. Presentación utilizada al inicio de cada grupo focal



Grupo Focal (Enfermeras de Urgencias)

- La vivencia ante un EA (sea propio o de otra persona)
- Soporte o ayuda recibida
- Porqué algunos se notifican y otros no
- Factores que mejoran la CSP y lo contrario
- Vivencia durante la pandemia r/c la SP



11.7. Anexo VII. Consentimiento informado

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepta mediante la firma de este consentimiento informado el uso de sus datos para esta investigación.

Yo, Sr/Sra. _____ con D.N.I. _____, teléfono de contacto _____, dirección de correo electrónico _____ y con fecha de inclusión en el estudio a día ____ de _____ de _____, acepto participar en el estudio de investigación “La Cultura en torno a la Seguridad del Paciente de las enfermeras del Hospital de Mollet”, realizado por la Fundació Sanitària Mollet, donde se lleva a cabo este estudio.

De modo que afirmo que:

- He leído la hoja de información que se me ha entregado y he podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - Cuando quiera.
 - Sin tener que dar explicaciones.
 - Sin que esto repercuta en mi relación laboral con el centro.
- De conformidad con lo que establece la Ley 3/2018, de 5 de diciembre de protección de datos de carácter personal y garantía de los derechos digitales, declaro haber sido informado de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y para que mi participación en las sesiones de grupo pueda ser grabada en formato de audio y/o video.

Firma del participante

Firma del investigador

Fecha:

Fecha:

