

**Universidad de Granada | Facultad de Farmacia**

**Programa de Doctorado en Farmacia Social**



**UNIVERSIDAD  
DE GRANADA**

**Calidad asistencial y seguridad del  
paciente en un hospital de media-  
larga estancia**

Tesis Doctoral | María José Merino Plaza

2018



Universidad de Granada  
Programa de doctorado en Farmacia Social  
Hospital Doctor Moliner. Unidad de Calidad

**TESIS DOCTORAL**

**Calidad asistencial y seguridad del paciente  
en un hospital de media-larga estancia**

Memoria presentada por Dña. María José Merino Plaza para optar al grado de Doctor. Esta Tesis Doctoral ha sido realizada bajo la dirección de la Dra. Dña. Narjis Fikri Benbrahim y el Dr D. Francisco Javier Carrera Hueso.

*María José Merino Plaza*

*Licenciada en Farmacia*

*Aspirante al grado de Doctor*

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales  
Autor: María José Merino Plaza  
ISBN: 978-84-9163-983-1  
URI: <http://hdl.handle.net/10481/53595>





# AGRADECIMIENTOS

Esta tesis ha sido un proyecto largo y no exento de dificultades, pero gracias a la ayuda recibida, he conseguido finalizarla, con gran satisfacción por mi parte.

Quisiera agradecer en primer lugar el empuje y apoyo recibido por parte de Javier Carrera, mi director de tesis, sin cuyas sugerencias iniciales, nunca me habría animado a iniciar este camino. Gracias por haberme enseñado tanto de la mejor manera posible, por las correcciones realizadas, por el apoyo metodológico y el rigor científico inculcado, y por el soporte en los momentos difíciles y el ánimo en la recta final. Sin ti, este proyecto, nunca habría visto la luz...

Gracias también a Narjis Fikri, mi directora de tesis, sin cuyo voto de confianza, tampoco habría podido materializar este proyecto. Gracias también por tu tiempo y dedicación, por tus enseñanzas, sugerencias y correcciones. Con sencillas palabras, has sido capaz de cambiar aspectos y de reconducir situaciones que a veces parecían bloqueadas.

Y a Ana Moreno, por estar siempre ahí para resolver mis dudas burocráticas y para echar un cable. Sin tus sugerencias, desde luego, no habría llegado a superar los escollos del primer año, pero ahí estabas tú, ayudando para que llegase a tiempo... y así, año tras año, resolviendo matrículas y dudas. Gracias por tu paciencia...

A Lola Gil, por haberme “fichado”, allá en el año 2010 para esto de la Calidad. Un mundo nuevo para mí, por aquel entonces, cuando tenía más buena voluntad que conocimiento, pero que me ha enganchado y que ha convertido esto de la mejora continua en una meta para todos los ámbitos de mi vida. Gracias por pensar en mí y darme esta oportunidad. Sin ti, tampoco habría llegado nunca a plantearme esta aventura.

Y a M<sup>a</sup> Ángeles y “las Juanas”, por haberme animado a realizar este estudio y a buscar áreas de mejora en éste, nuestro hospital, que en ocasiones han requerido de un gran esfuerzo de imaginación e incluso, de alguna que otra obra de ingeniería, que siempre estuvieron dispuestas a escuchar y a materializar, en la medida de lo posible...

A los miembros de la Comisión de Calidad, por estar siempre ahí, buscando nuevos caminos y nuevas formas de hacer. Por vuestras ideas y sugerencias, por vuestro trabajo y apoyo incondicional. Por vuestras risas en los buenos momentos y vuestra fuerza en los no tan buenos. Por dar sentido al trabajo y empuje al proyecto. Sin vosotros, tampoco habría llegado al final.

ÍNDICE DE TABLAS.....	15
ÍNDICE DE FIGURAS.....	18
ABREVIATURAS .....	21
1. RESUMEN.....	25
2. INTRODUCCIÓN .....	37
2.1. Antecedentes y estado actual del tema .....	37
2.1.1. Calidad Asistencial .....	39
2.1.1.1 Calidad Asistencial en la Consellería de Sanitat.....	41
2.1.1.1.1. Objetivos de Calidad y Seguridad del Paciente de la Dirección General de Investigación, Innovación, Tecnología y calidad de la Consellería de Sanitat .....	43
2.1.1.1.2. Evaluación de la satisfacción del paciente desde la Consellería de Sanitat..	46
2.1.1.1.3. Evaluación de los Acuerdos de Gestión.....	49
2.1.1.2. Calidad Asistencial en el Hospital Doctor Moliner .....	49
2.1.1.2.1 Antecedentes y Estructura actual de la Comisión de Calidad del hospital doctor moliner .....	50
2.1.1.2.2 Plan de Calidad y Seguridad del Paciente del Hospital Doctor Moliner.....	51
2.1.2. Profesionales orientados a la Calidad Asistencial: Gestión de personas.....	52
2.1.2.1 Burnout .....	53
2.1.2.2. Riesgos Psicosociales y su relación con el Burnout.....	58
2.1.2.3 Satisfacción Laboral.....	60
2.1.3. Seguridad del Paciente .....	61
2.1.3.1. Cultura de Seguridad.....	62

2.1.3.2. Relación entre la Satisfacción Laboral y la Cultura de Seguridad del Paciente .....	65
2.1.3.3. Evaluación de los Riesgos Asistenciales.....	65
2.1.3.3.1. Mapa de Riesgos .....	66
2.1.3.3.2. Sistema de Notificación Voluntaria de Eventos Adversos .....	67
2.1.4. Adopción de Buenas Prácticas Asistenciales.....	68
2.1.4.1. Cribado del estado nutricional del paciente.....	69
2.1.4.2. Vigilancia y Control de la Infección Nosocomial .....	71
2.1.4.2.1. Adhesión del Personal al Protocolo de Higiene de Manos.....	72
2.1.4.3. Satisfacción de los profesionales con el programa de prescripción electrónica asistida .....	73
2.2. Hipótesis.....	75
2.3. Justificación del estudio .....	75
<b>3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....</b>	<b>79</b>
3.1. Objetivo General .....	79
3.2. Objetivos Específicos .....	79
<b>4. METODOLOGÍA.....</b>	<b>83</b>
4.1. Diseño del estudio.....	83
4.2. Población estudiada .....	85
4.2.1. Criterios de inclusión y exclusión .....	85
4.2.2. Periodo del estudio .....	86
4.3. Herramientas de evaluación y variables del estudio.....	87
4.3.1. Gestión de Personas.....	87
4.3.1.1. Evolución de la prevalencia de Burnout e importancia de los puntos de corte utilizados para su evaluación .....	87
4.3.1.2. Evaluación de Riesgos Psicosociales y su relación con el Burnout.....	88

4.3.1.3. Evaluación de la Satisfacción Laboral.....	89
4.3.1.4. Elaboración de un Programa de Gestión de Personas.....	91
4.3.2. Seguridad del Paciente .....	93
4.3.2.1. Evaluación de la Cultura de Seguridad del Paciente.....	93
4.3.2.2. Relación entre la Satisfacción Laboral y la Cultura de Seguridad del Paciente .....	94
4.3.2.3. Evaluación de Riesgos Asistenciales .....	95
4.3.2.3.1. Mapa de Riesgos.....	95
4.3.2.3.2. Sistema de Notificación de Eventos Adversos.....	97
4.3.2.3.3. Elaboración de un Programa de Gestión de Riesgos asistenciales .....	97
4.3.3 Adopción de Buenas Prácticas Asistenciales .....	98
4.3.3.1. Cribado del estado nutricional del paciente.....	98
4.3.3.2. Vigilancia y Control de la Infección Nosocomial.....	100
4.3.3.2.1. Adhesión del Personal al Protocolo de Higiene de Manos .....	100
4.3.3.3. Satisfacción de los profesionales con el Programa de Prescripción Electrónica Asistida .....	102
4.3.4 Calidad asistencial.....	103
4.3.4.1. Relación entre el Burnout, la Satisfacción Laboral y la Satisfacción del Paciente.....	103
4.3.4.2. Relación entre el Burnout, la Satisfacción Laboral y los Indicadores de Seguimiento de los Acuerdos de Gestión .....	104
4.4. Muestreo y recogida de datos .....	104
4.4.1. Gestión de Personas .....	104
4.4.1.1. Evolución de la prevalencia de Burnout e importancia de los puntos de corte utilizados para su evaluación.....	104
4.4.1.2. Evaluación de Riesgos Psicosociales y su relación con el grado de Burnout.....	105
4.4.1.3. Evaluación de la Satisfacción Laboral .....	105

4.4.1.4. Elaboración del Programa de Gestión de Personas y Gestión de Riesgos asistenciales.....	106
4.4.2. Seguridad del Paciente.....	106
4.4.2.1. Cultura de Seguridad del Paciente.....	106
4.4.2.2. Relación entre la Satisfacción Laboral y la Cultura de Seguridad del Paciente....	106
4.4.2.3. Evaluación de Riesgos Asistenciales.....	106
4.4.2.3.1. Mapa de Riesgos.....	106
4.4.2.3.2. Sistema de Notificación de Eventos Adversos.....	107
4.4.3. Adopción de Buenas Prácticas Asistenciales.....	107
4.4.3.1. Cribado del estado nutricional del paciente.....	107
4.4.3.2. Vigilancia y Control de la Infección Nosocomial.....	108
4.4.3.2.1. Adhesión del Personal al Protocolo de Higiene de Manos.....	108
4.4.3.3. Satisfacción de los profesionales con el Programa de Prescripción Electrónica Asistida.....	109
4.4.4. Calidad asistencial.....	109
4.4.4.1. Evaluación de la Satisfacción del Paciente.....	109
4.4.4.2. Seguimiento de los Indicadores de los Acuerdos de Gestión.....	109
4.5. Análisis de los datos.....	109
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>113</b>
5.1. Profesionales orientados a la Calidad Asistencial.....	113
5.1.1. Evolución de la prevalencia de Burnout del personal e importancia de los puntos de corte utilizados para su evaluación.....	113
5.1.2. Evaluación de Riesgos Psicosociales.....	118
5.1.3. Evaluación de la relación entre los Riesgos Psicosociales y el Burnout.....	122
5.1.4. Evaluación de la Satisfacción Laboral.....	125

5.1.5. Elaboración de un Programa de Gestión de Personas .....	129
5.2. Seguridad del Paciente .....	134
5.2.1. Evaluación de la Cultura de Seguridad del paciente.....	134
5.2.2. Relación entre la Satisfacción Laboral y la Cultura de Seguridad.....	139
5.2.3. Evaluación de Riesgos Asistenciales .....	145
5.2.3.1. Catálogo de riesgos.....	145
5.2.3.2. Mapa de Riesgos .....	146
5.2.3.3. Sistema de Notificación de Eventos Adversos.....	149
5.2.3.4. Elaboración de un Programa de Gestión de Riesgos Asistenciales .....	152
5.3. Adopción de Buenas Prácticas Asistenciales .....	161
5.3.1. Cribado del Estado Nutricional del Paciente .....	161
5.3.2. Vigilancia y Control de la Infección Nosocomial.....	164
5.3.2.1. Adhesión del Personal al Protocolo de Higiene de Manos .....	166
5.3.3. Satisfacción de los profesionales con el Programa de Prescripción Electrónica Asistida .....	171
5.4. Calidad Asistencial .....	176
5.4.1. Relación entre Burnout, Satisfacción Laboral y Satisfacción del Paciente .....	176
5.4.2. Relación entre el Burnout, la Satisfacción Laboral y el cumplimiento de los Acuerdos de Gestión.....	181
6. DISCUSIÓN .....	185
6.1. Prevalencia de Burnout e importancia de los puntos de corte utilizados para su evaluación.....	185
6.2. Riesgos Psicosociales y Burnout.....	188
6.3. Satisfacción Laboral .....	193
6.4. Gestión de Personas .....	196

6.5. Cultura de Seguridad del Paciente .....	198
6.6. Relación entre la Satisfacción Laboral y la Cultura de Seguridad del Paciente.....	202
6.7. Gestión de Riesgos Asistenciales.....	205
6.8. Adopción de buenas prácticas asistenciales .....	207
6.9. Bienestar Laboral y Satisfacción del Paciente .....	214
6.10. Limitaciones del Estudio.....	215
6. CONCLUSIONES .....	219
8. BIBLIOGRAFÍA .....	223
9. PROPUESTAS, RECOMENDACIONES Y PROYECTOS DE FUTURO .....	255
10.PUBLICACIONES Y COMUNICACIONES .....	259
11. ANEXOS.....	265
ANEXO I: Formulario empleado para la realización del test MBI-HSS .....	265
ANEXO II: Formulario empleado para la evaluación conjunta de los riesgos psicosociales y el grado de burnout de los profesionales .....	269
ANEXO III: Formulario empleado para la evaluación conjunta de la cultura de seguridad y la satisfacción laboral de los profesionales.....	277
ANEXO IV: Encuesta realizada a los profesionales para identificar los principales riesgos relacionados con la seguridad del paciente .....	280
ANEXO V. Modelo final propuesto para medir la satisfacción de los profesionales sanitarios con la prescripción electrónica asistida *.....	281

Tabla 1. Tabla de baremación de las dimensiones para el cálculo del índice de prioridad de riesgo (IPR).....	96
Tabla 2. Índice CONUT para valorar el riesgo de desnutrición .....	98
Tabla 3. Parámetros utilizados para la evaluación del estado nutricional del paciente .....	99
Tabla 4. Características sociodemográficas y variables moduladoras del burnout (2012-2014) .	113
Tabla 5. Puntuaciones medias de las subescalas y percentiles 33 y 66 obtenidos en el estudio.	114
Tabla 6. Prevalencia de burnout y grado de afectación de las subescalas (MBI-HSS) obtenidas en el estudio según los puntos de corte propuestos por diferentes autores. ....	115
Tabla 7. Diferencias en la interpretación de los resultados de “alto grado de afectación de las subescalas” y prevalencia de burnout según los criterios normativos considerados .....	116
Tabla 8. Características sociodemográficas y factores moduladores evaluados en el estudio (2016).....	119
Tabla 9. Perfil de riesgo psicosocial de los profesionales y fiabilidad de las escalas.....	120
Tabla 10. Asociación de las variables sociodemográficas y moduladoras con los factores de riesgo psicosocial.....	121
Tabla 11. Puntuaciones medias y grado de afectación de las subescalas de burnout .....	122
Tabla 12. Asociación de las variables sociodemográficas y moduladoras con las subescalas de burnout .....	123
Tabla 13. Asociación de los riesgos psicosociales con las subescalas de burnout .....	124
Tabla 14. Variables sociodemográficas. Estadística descriptiva de la satisfacción laboral (2013-2015).....	125
Tabla 15. Influencia de las dimensiones consideradas sobre la satisfacción laboral percibida ...	128
Tabla 16. Plan de acciones para la prevención del burnout.....	130

Tabla 17. Programa para la prevención del burnout .....	131
Tabla 18. Plan de acciones para la mejora de la satisfacción laboral y la gestión de personas....	132
Tabla 19. Programa para la mejora de la satisfacción laboral y la gestión de personas.....	133
Tabla 20. Características de la población a estudio (2013-2015).....	135
Tabla 21. Seguridad percibida estratificada por las variables sociodemográficas de la población a estudio.....	135
Tabla 22. Asociación entre las variables sociodemográficas y la seguridad percibida .....	136
Tabla 23. Asociación entre las dimensiones consideradas y la seguridad percibida .....	137
Tabla 24. Descriptivos de la satisfacción laboral y la seguridad percibida (2013-2015).....	140
Tabla 25. Asociación de las variables sociodemográficas con la satisfacción laboral y la seguridad percibida.....	141
Tabla 26. Asociación de las dimensiones que definen la satisfacción laboral con las variables resultado .....	142
Tabla 27. Asociación de las dimensiones que definen la cultura de seguridad y las variables resultado .....	143
Tabla 28. Catálogo de riesgos identificados en la encuesta.....	146
Tabla 29. Mapa de riesgos operativo para las caídas.....	146
Tabla 30. Índice de Prioridad Riesgo inicial y final de los modos de fallo evaluados.....	148
Tabla 31. Plan de acciones para la prevención de los errores de medicación.....	155
Tabla 32. Programa para la prevención de los errores de medicación.....	156
Tabla 33. Plan de acciones para la mejora de la comunicación durante el proceso asistencial...	157
Tabla 34. Programa para la mejora de la comunicación durante el proceso asistencial.....	158
Tabla 35. Plan de acciones para la prevención de los eventos adversos relacionados con las caídas .....	159
Tabla 36. Programa para la prevención del riesgo de caídas.....	160

Tabla 37. Características sociodemográficas de los pacientes evaluados (2014-2015) .....	161
Tabla 38. Parámetros antropométricos y nutricionales de los pacientes al ingreso y al alta (2014) .....	162
Tabla 39. Situación nutricional y estancia hospitalaria (2015) .....	162
Tabla 40. Patrón nutricional según las patologías más prevalentes (2015) .....	163
Tabla 41. Características sociodemográficas de la plantilla en los distintos momentos del estudio (2010-2015) .....	167
Tabla 42. Resultados de los estudios de colonización de las manos del personal (2010-2012) ..	168
Tabla 43. Resultados de la valoración de los conocimientos de la técnica de higiene de manos (2015).....	170
Tabla 44. Resultados de la evaluación por observación directa del grado de cumplimiento de las recomendaciones sobre higiene de manos en las Unidades de Hospitalización (2015-2016).....	171
Tabla 45. Características sociodemográficas de los participantes en el estudio (2017) .....	172
Tabla 46- Resultados para el personal facultativo en la escala original* .....	172
Tabla 47. Resultados para el personal de enfermería de la escala original* .....	173
Tabla 48. Resultados de la fiabilidad y validez de las distintas escalas obtenidas en el proceso de depuración de items .....	174
Tabla 49. Comunalidades obtenidas en el análisis factorial de las escalas originales* .....	174
Tabla 50. Resultados de los acuerdos de gestión del hospital en el periodo 2009-2016.....	181

Figura 1. Estructura de la Comisión de Calidad.....	51
Figura 2. Plantilla del formato de realización de QFD's .....	92
Figura 3. Plantilla diseñada en 2014 para la declaración voluntaria de eventos adversos.....	97
Figura 4. Algoritmo de activación de la alarma nutricional en función del valor del filtro CONUT 99	
Figura 5 Muestreo y recogida de datos (2012-2014) .....	105
Figura 6: Esquema de la interacción entre servicios para la detección precoz de la desnutrición .....	108
Figura 7. Grado de afectación del cansancio emocional (MBI-HSS) en 2012 y 2014, según los puntos de corte de diferentes autores .....	117
Figura 8. Grado de afectación de la despersonalización (MBI-HSS) en 2012 y 2014, según los puntos de corte de diferentes autores .....	117
Figura 9. Grado de afectación de la realización personal (MBI-HSS) en 2012 y 2014, según los puntos de corte de diferentes autores .....	117
Figura 10. Prevalencia de burnout (2012-2014) según los puntos de corte de diferentes autores .....	118
Figura 11. Perfil de riesgo psicosocial de los profesionales evaluados.....	121
Figura 12: Evolución de la satisfacción percibida respecto a las dimensiones consideradas .....	126
Figura 13: Evolución del porcentaje de profesionales satisfechos respecto a cada una de dimensiones consideradas .....	127
Figura 14. Priorización de las acciones propuestas para la prevención del burnout.....	131
Figura 15. Priorización de las acciones propuestas para la mejora de la satisfacción laboral y la gestión de personas .....	133
Figura 16. Evolución de la seguridad percibida respecto a las dimensiones consideradas .....	138

Figura 17. Evolución del porcentaje de profesionales satisfechos respecto a cada una de las dimensiones consideradas.....	139
Figura 18. Influencia del grado de satisfacción respecto a cada una de las dimensiones consideradas sobre la alta percepción de satisfacción laboral y de seguridad del paciente .....	144
Figura 19. Estructura del AMFE realizado.....	147
Figura 20. Priorización de los modos de fallo en función de su IPR .....	149
Figura 21. Eventos adversos declarados anualmente desde 2011.....	149
Figura 22. Gravedad de los eventos adversos declarados en el periodo 2014-17 .....	150
Figura 23. Tipo de eventos adversos declarados en el periodo 2014-17 .....	151
Figura 24. Tipo de caídas declaradas en el periodo 2014-17 .....	151
Figura 25. Tipo de IN declaradas durante el periodo considerado.....	151
Figura 26. Priorización de las acciones propuestas para la prevención de los errores relacionados con la medicación .....	156
Figura 27. Priorización de las acciones propuestas para la mejora de la comunicación durante el proceso asistencial.....	158
Figura 28. Priorización de las acciones propuestas para la prevención del riesgo de caídas.....	160
Figura 29. Diagrama de flujo para la evaluación del estado nutricional del paciente.....	163
Figura 30. Evolución de la prevalencia de la IN desde 2007.....	164
Figura 31. Análisis Causa-Efecto de las elevadas tasas de IN en nuestro centro .....	165
Figura 32. Monitorización de la adhesión al protocolo de higiene de manos aplicando el Marco OMS de Autoevaluación de la HM.....	169
Figura 33. Evolución del consumo de solución hidroalcohólica (Litros/1000 estancias) .....	169
Figura 34. Distribución de las respuestas a cada uno de los ítems de la escala final.....	175
Figura 35. Relación entre el burnout, la media de sus subescalas y la satisfacción del paciente	176
Figura 36. Relación entre el burnout y la satisfacción del paciente .....	177

Figura 37. Relación entre la realización personal y la satisfacción del paciente.....177

Figura 38. Relación entre la despersonalización y la satisfacción del paciente .....178

Figura 39. Relación entre el porcentaje de profesionales con alta afectación de las subescalas de burnout y la satisfacción del paciente.....178

Figura 40. Relación entre la alta afectación de la realización personal y la satisfacción del paciente .....179

Figura 41. Relación entre la alta afectación de la despersonalización y la satisfacción del paciente .....179

Figura 42. Relación entre la satisfacción laboral y la satisfacción del paciente .....180

Figura 43. Relación entre la satisfacción laboral y la satisfacción del paciente .....180

Figura 44. Relación entre el burnout y los resultados de los acuerdos de gestión.....181

Figura 45. Relación entre el porcentaje de profesionales con alta afectación de las subescalas de burnout y los resultados de los acuerdos de gestión.....182

Figura 46. Relación entre la satisfacción laboral y los resultados de los acuerdos de gestión .....182

# ABREVIATURAS

---

**AHRQ:** Agency for Health Care Research and Quality

**AMFE:** Análisis Modal de Fallos y Efectos

**CE:** Cansancio Emocional

**CESQT:** Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo

**CMB:** Circunferencia muscular braquial

**CONUT:** Control Nutricional

**DE:** Desviación estándar

**DN:** Desnutrición

**DP:** Despersonalización

**EA:** Evento adverso

**EFQM:** European foundation for quality management

**ESG:** Encuesta Subjetiva Global

**HACLE:** Hospital con servicios o unidades de Asistencia a pacientes Crónicos y de Larga Estancia

**HM:** Higiene de manos

**HSOPS:** Hospital Survey on Patient Safety Culture

**IC:** Intervalo de confianza

**IMC:** Índice de masa corporal

**IN:** Infección Nosocomial

**INSHT:** Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo

**IPR:** Índice de Prioridad de Riesgo

**ISO:** International Organization for Standardization

**JCAHO:** Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations

**MBI-HSS:** Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey

**MNA:** Mini Nutritional Assessment

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**OR:** Odds Ratio

**P<sub>75</sub>:** Percentil 75

**PEA:** Programa de prescripción electrónica asistida

**PF:** Personal facultativo

**PE:** Personal de enfermería

**PTC:** Pliegue tricipital

**QFD:** Quality function Deployment

**Riesgos Psicosociales:**

**TT:** Tiempo trabajado

**AU:** Autonomía

**CT:** Carga de Trabajo

**DPs:** Demandas Psicológicas

**VC:** Variedad y Contenido

**P/S:** Participación/Supervisión

**IT/C:** Interés por el trabajador/Compensación

**DR:** Desempeño de Rol

**R/AS:** Relaciones/Apoyo social

**RP:** Realización Personal

**SAIP:** Servicio de atención e información al paciente

**SERVQUAL:** Service Quality

**SERVQHOS:** Service Quality Hospital

**SGA:** Subjetive Global Assessment

**SINEA:** Sistema Corporativo de Notificación de Eventos Adversos

**SNS:** Sistema Nacional de Salud

**SVS:** Sistema Valenciano de Salud

**VNC:** Valoración nutricional Completa

1.

# *R*ESUMEN

---





# 1. RESUMEN

## **Antecedentes y justificación**

En los últimos años, cada vez se ha dado más importancia al factor humano y al clima organizacional por su influencia en la motivación de los profesionales y en la mejora del desempeño. Algunos estudios indican que la satisfacción laboral podría estar relacionada con la seguridad del paciente. Dada la escasez de estudios realizados en hospitales de media y larga estancia, con respecto al bienestar psicológico de los profesionales y su relación con la calidad asistencial y la seguridad del paciente, se ha diseñado el presente estudio, para comprobar si existe relación entre estos constructos en un HACLE (Hospital con servicios o unidades de Asistencia a pacientes Crónicos y de Larga Estancia).

## **Métodos**

### **Población estudiada**

La población estudiada para estimar la relación existente entre los riesgos psicosociales, el burnout, la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente, así como la efectividad de las buenas prácticas relacionadas con la higiene de manos y la prescripción electrónica asistida (PEA) fueron trabajadores del Hospital Doctor Moliner.

Para evaluar la efectividad de la intervención realizada tras la realización del cribado nutricional de los pacientes al ingreso, se hicieron dos estudios longitudinales en 2014 y 2015. En ellos se realizó el cribado nutricional a todos los pacientes en el momento del ingreso hospitalario y si existía riesgo de desnutrición, se realizaba una valoración nutricional completa y un seguimiento por la unidad de nutrición durante el ingreso hospitalario, valorando al alta la efectividad de las medidas adoptadas. Para evaluar la satisfacción del paciente, se utilizaron los resultados de las encuestas de satisfacción realizadas a los pacientes ingresados en el centro durante el periodo considerado.

### **Herramientas utilizadas**

#### **Burnout y riesgos psicosociales**

Para estimar la prevalencia de burnout, monitorizar su evolución tras poner en marcha un plan de mejora en el año 2013 y evidenciar la importancia de los puntos de corte utilizados para evitar sesgos en la interpretación de los resultados, se realizaron dos estudios observacionales

transversales (2012–2014). La herramienta utilizada fue la versión española del cuestionario Maslach Burnout *Inventory*. En 2016 se realizó otro estudio transversal para evaluar la relación entre los riesgos psicosociales y el burnout en nuestros profesionales. Para ello se aplicó la versión española del MBI-HSS y el cuestionario F-Psico 3.1 del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Las variables independientes fueron las características sociodemográficas, los factores desencadenantes y moduladores del síndrome y en el estudio realizado en 2016 se consideraron también los factores de riesgo psicosocial. Las variables resultado fueron la prevalencia de burnout y el grado de afectación de sus subescalas.

### Satisfacción laboral y cultura de seguridad del paciente

Para identificar las dimensiones con mayor impacto sobre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad, monitorizar su evolución en el tiempo tras poner en marcha varios planes de mejora en 2014 y seleccionar los indicadores más sensibles para detectar cambios, se realizaron dos estudios observacionales transversales (2013–2015). Las herramientas de evaluación utilizadas fueron la Encuesta de Satisfacción Corporativa de Osakidetza, basada en el Modelo de Excelencia EFQM, desarrollado y validado por el Servicio Vasco de Salud para la evaluación y mejora de la satisfacción laboral de las personas en las empresas de servicios públicos y la versión española del cuestionario “Hospital Survey on Patient Safety” (HSOPS). Para evaluar la relación existente entre la cultura de seguridad y la satisfacción laboral, evidenciar las relaciones existentes entre las dimensiones que definen ambos constructos e identificar las dimensiones con mayor impacto sobre ambas variables, se utilizaron los datos del corte realizado en 2015. Las variables independientes fueron las características sociodemográficas y la percepción excelente de las dimensiones evaluadas. Las variables resultado fueron la alta satisfacción laboral y/o la alta seguridad percibida (puntuación  $\geq$  al percentil 75).

### Gestión de riesgos asistenciales

Para comprobar la efectividad de las medidas adoptadas en 2014 para incrementar la seguridad del paciente, se aplicaron dos perspectivas. La primera se centró en establecer la magnitud del problema, promoviendo la declaración de eventos adversos para disminuir su frecuencia a partir de su análisis y del diseño de barreras. La segunda abordó la elaboración de un mapa de riesgos. Como paso previo, se realizó una encuesta a los profesionales para identificar los riesgos más frecuentes, su gravedad, sus causas y las posibles acciones preventivas. A partir de la información recogida se realizó un AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos) para clasificar la información sobre los riesgos de la organización y visualizar gráficamente la magnitud de los riesgos identificados en función de su Índice de Prioridad de Riesgo.

Para elaborar el programa de gestión de riesgos asistenciales se elaboraron diversos planes de mejora, cuyas acciones se priorizaron mediante la realización de QFD's (Quality function development) para cada uno de los planes de mejora elaborados.

#### Adopción de buenas prácticas asistenciales

Para valorar la efectividad del cribado del estado nutricional del paciente al ingreso hospitalario y de la intervención nutricional realizada, se hicieron en 2014 y 2015 dos estudios longitudinales (antes-después). Los estudios se basaban en el uso del filtro CONUT para la detección precoz de los pacientes con riesgo de desnutrición en el momento del ingreso hospitalario. A los pacientes con riesgo nutricional, se les realizó una valoración nutricional completa (clínica, antropométrica y analítica) y se les realizó seguimiento desde la unidad de nutrición del centro. En el estudio realizado en 2015 se evaluaron además los patrones nutricionales de las patologías más prevalentes en nuestro hospital.

Para monitorizar la adhesión del personal al protocolo de higiene de manos (HM), se realizaron varios estudios seriados. En primer lugar, se hicieron dos cortes transversales (2010–2012), para comprobar la efectividad de las medidas aplicadas para reducir la prevalencia de colonización de las manos del personal por microorganismos patógenos. En 2015 se realizó un estudio transversal para evaluar sus conocimientos sobre la técnica de HM y en 2015-2016 y 2017 se realizaron tres estudios observacionales descriptivos para evaluar el cumplimiento del protocolo en la práctica asistencial y la efectividad de los planes de mejora aplicados. Desde 2013 se aplicó anualmente la herramienta Marco OMS de Autoevaluación de la HM para detectar áreas de mejora y comprobar la efectividad de las medidas adoptadas. Como indicador de proceso se monitorizó el consumo de solución hidroalcohólica.

Para conocer la satisfacción de los profesionales con el programa de prescripción electrónica asistida (PEA) y proponer un único modelo de encuesta para todos los profesionales implicados en el proceso, en 2017 se realizó un estudio transversal en el que se repartieron dos cuestionarios para conocer la satisfacción con la PEA, uno para facultativos (PF) y otro para enfermería (PE). Las variables independientes consideradas fueron edad, sexo y aspectos laborales como la antigüedad y la turnicidad. La variable resultado fue la satisfacción con la PEA. Adicionalmente, se diseñó una estrategia para la selección y depuración de ítems para crear una escala única, válida para ambos colectivos profesionales.

Relación entre la satisfacción laboral, el burnout y la calidad asistencial Para evaluar las relaciones existentes entre las variables consideradas se analizaron las correlaciones existentes

entre la satisfacción laboral, el burnout y la calidad asistencial evaluada en términos de satisfacción del paciente y con los resultados de los Acuerdos de Gestión

El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS para Windows versión 19.0 (SPSS Inc, Chicago, Illinois, USA). Se consideró estadísticamente significativo un valor  $p < 0,05$ .

### **Resultados**

#### **Burnout y riesgos psicosociales**

El índice de participación pasó del 31,5% en 2012 al 39,3% en 2014, alcanzándose el 46,6% en el estudio realizado en 2016. Nuestros profesionales presentaron un nivel medio de burnout, observándose menor grado de afectación de las subescalas de despersonalización y realización personal en el corte realizado en 2014. La puntuación media de las subescalas en 2014 fue 21,5 para el cansancio emocional, 4,7 para la despersonalización y 41,7 para la realización personal, frente a los valores de cansancio emocional= 21,6, despersonalización= 6,9 y realización personal= 36,3 obtenidos en 2012. La puntuación de la escala de cansancio emocional fue ligeramente superior al valor promedio de los estudios nacionales consultados (19,9), mientras que el resto de valores fueron similares a los valores promedio de los estudios considerados. La prevalencia de burnout y la interpretación de los resultados variaron significativamente en función de los puntos de corte considerados.

En el estudio realizado en 2016 el cansancio emocional se asoció positivamente a los riesgos psicosociales vinculados a carga de trabajo, demandas psicológicas, participación/supervisión, desempeño de rol, relaciones/apoyo social y al consumo de ansiolíticos; fueron factores protectores los hijos, sentirse valorado por pacientes y compañeros, satisfacción laboral, optimismo y apoyo social. Las asociaciones halladas para la despersonalización fueron similares, pero más débiles. La baja realización personal se asoció positivamente a los riesgos psicosociales vinculados al tiempo trabajado, autonomía, variedad/contenido del trabajo, desempeño de rol y apoyo social y fue la subescala que mostró mayor número de variables sociodemográficas /moduladoras protectoras: estado civil, tener hijos, trabajar de noches, sentirse valorado por pacientes y familiares, ilusión por el trabajo, apoyo social, autoeficacia y optimismo.

#### **Satisfacción laboral y cultura de seguridad del paciente**

El índice de participación pasó del 25,8% en 2013 al 41,7% en 2015. La media de la satisfacción laboral fue de 7 en ambos estudios, siendo un indicador poco eficaz para detectar cambios. Los aspectos mejor evaluados por el personal en ambas encuestas fueron la calidad de los servicios prestados y la relación con los mandos intermedios, y los peor valorados fueron el

reconocimiento y la percepción de la dirección. En el análisis estratificado, las variables sociodemográficas mostraron poca significación, mientras que una percepción excelente en algunas de las dimensiones consideradas se asoció con alta satisfacción laboral. Los aspectos más fuertemente asociados a la alta satisfacción laboral fueron la comunicación, el ambiente de trabajo y la formación.

La seguridad percibida fue similar en ambos estudios: (7,81-7,48). Los aspectos mejor evaluados fueron: “Acciones de los supervisores” y “Trabajo en equipo en la unidad”; los peor evaluados fueron: “Dotación de personal”, “Apoyo de la dirección” y “Trabajo en equipo entre unidades”. Las variables sociodemográficas presentaron escasa significación, mientras que una percepción excelente de algunas de las dimensiones consideradas, sí que se asoció a una alta seguridad percibida. Los aspectos más fuertemente asociados fueron: “Acciones de los supervisores”, “Franqueza en la comunicación” y “Problemas en los cambios de turno”.

En la monitorización de ambos constructos (satisfacción laboral y cultura de seguridad), el indicador más sensible para detectar los cambios fue el porcentaje de profesionales con percepción adecuada de las dimensiones consideradas. La OR ajustada identificó las variables más fuertemente asociadas con el efecto y ayudó a seleccionar áreas de mejora.

En el análisis conjunto de los resultados de la satisfacción laboral y la seguridad percibida por el personal asistencial en el estudio realizado en 2015, el percentil 75 de la distribución en ambos casos fue 9. Las variables sociodemográficas presentaron escasa significación, mientras que una buena percepción de muchas de las dimensiones consideradas, sí que se asociaba a las variables resultado. En el análisis de datos se obtuvieron múltiples correlaciones significativas. Las dimensiones que definen la satisfacción laboral y la cultura de seguridad presentaron múltiples relaciones cruzadas entre sí y con las variables resultado, lo que sugiere que ambos constructos están relacionados.

#### Gestión de riesgos asistenciales

La información recogida en la encuesta realizada a los profesionales para identificar los riesgos asistenciales de nuestra organización, sirvió de base para la elaboración de un AMFE. Adicionalmente, se analizaron los eventos adversos declarados en el sistema de notificación y se elaboraron planes de mejora para los riesgos que la dirección consideró prioritario abordar, realizando 5 QFD's para priorizar la puesta en marcha de las acciones propuestas. Con todo ello, se consiguió incrementar la cultura de seguridad y la declaración de eventos adversos a través del sistema de notificación, pasándose de 34 eventos adversos declarados entre 2012 y 2013 a 189 en 2014. La concienciación de los profesionales se ha mantenido en el tiempo, habiéndose

declarado 325 eventos adversos en 2017. Los principales logros en este periodo han sido la implantación del sistema de prescripción electrónica, el cambio en el perfil de caídas de nuestros pacientes, la realización de cambios estructurales para mejorar la separación del circuito limpio-sucio en el hospital y recientemente, la implantación de la historia clínica informatizada, lo que ha mejorado la comunicación durante el proceso asistencial.

### Adopción de buenas prácticas asistenciales

Cribado del estado nutricional del paciente: en 2014, la unidad de nutrición valoró 121 pacientes con riesgo de DN. La prevalencia de DN al ingreso detectada con CONUT fue de 85,9% con 41,7% de DN leve, 32,5% de DN moderada y 11,7% de DN grave. Al alta los valores fueron de 51,9% de DN leve, 16,7% de DN moderada y 0,9% de DN grave.

Con la Valoración Nutricional Completa (VNC) realizada a estos pacientes, la prevalencia de DN al ingreso fue del 81,0% con 25,6% de DN leve y 29% de DN moderada y 26,4% de DN severa (5% de DN calórica, 17,4% de DN mixta y 58,7% de DN proteica). Los valores al alta fueron de 17,4% de DN leve, 14% de DN moderada y 17,4% de DN severa (5% DN calórica, 36,4% DN proteica y 7,7% DN mixta).

En el estudio realizado en 2015 se valoró a 155 pacientes con riesgo de DN y se comprobó nuevamente que la situación nutricional al alta mejoraba sustancialmente a expensas de corregir la DN proteica y que existen diferencias en los patrones nutricionales entre las patologías más prevalentes en nuestro hospital, observándose un mayor número de categorías diagnósticas entre los pacientes desnutridos frente a los pacientes normonutridos.

Adhesión del personal al protocolo de higiene de manos: La prevalencia de colonización de las manos del personal pasó del 28,3% en 2010 al 21,2% en 2012. El cumplimiento de la HM pasó del 39,5% en 2015 al 72% en 2016 y se mantuvo en el 75% en 2017. Aplicando el Marco OMS de Autoevaluación de la HM se pasó de un nivel intermedio con 287,5 puntos en 2013 a un nivel avanzado con 432,5 puntos en 2016 que se mantuvo en 445 puntos en 2017. El consumo de solución hidroalcohólica pasó de 3,9 a 19,3 litros/1000 estancias.

Satisfacción de los profesionales con la PEA: La tasa de participación fue del 63,6%. El 72,2% PF y el 40% PE estuvieron satisfechos con la PEA. La puntuación total fue similar en ambos grupos de profesionales: 37,33 para PF y 37,30 para PE. La mediana de cada pregunta fue de 4, excepto para las del PE referentes al proceso más rápido y a mejorar la coordinación, que fueron de 3 y 3,5 respectivamente. Se depuraron los ítems que pesaban más en el segundo componente y se fusionaron las preguntas. Al finalizar el proceso obtuvimos un modelo definitivo de encuesta con seis ítems y un solo componente, con una alta fiabilidad ( $\alpha$  Cronbach = 0,896) que explicaba un

67% del total de la varianza. El grado de satisfacción con la PEA en nuestro hospital fue alto, menor en el PE que en el PF.

#### Relación entre la satisfacción laboral, el burnout y la calidad asistencial

Según nuestros datos, la satisfacción laboral y la realización personal correlacionan con la satisfacción del paciente, mientras que el grado de burnout y la afectación de las escalas de despersonalización y realización personal correlacionan negativamente con la satisfacción del paciente. Por otra parte, la satisfacción laboral, correlaciona con el grado de cumplimiento de los acuerdos de gestión,

### **Discusión**

Nuestra prevalencia de burnout fue similar a la de otros estudios consultados, aunque el componente emocional fue más marcado en nuestro medio. La interpretación de los resultados varió significativamente en función de los puntos de corte aplicados, debido a las diferencias transculturales.

Según nuestros resultados, existe asociación entre los riesgos psicosociales y el burnout. Los individuos con mayor satisfacción laboral, autoeficacia y optimismo, afrontan mejor el estrés y son menos vulnerables a los riesgos psicosociales y al burnout.

Las encuestas de satisfacción laboral son una herramienta útil para evaluar la percepción de los profesionales y detectar áreas de mejora. La elección de indicadores apropiados optimiza la información obtenida a través de estas encuestas. De acuerdo con nuestros resultados, la representación gráfica del porcentaje de profesionales satisfechos para cada una de las dimensiones analizadas es el mejor indicador para detectar cambios y detectar diferencias que no fueron evidentes con en el resto de indicadores utilizados.

La evaluación periódica de la cultura de seguridad permite conocer el estado y la evolución de las percepciones de los profesionales. La elección de indicadores apropiados optimiza la información obtenida a través de estas encuestas.

Si se crea un clima adecuado y aumenta la satisfacción laboral, el personal sanitario mejora su desempeño y se incrementa la seguridad del paciente.

La participación de los profesionales implicados en los procesos en la elaboración del mapa de riesgos asistenciales aportó un mayor conocimiento de los mismos y ayudó a aumentar su concienciación y a difundir la cultura sobre seguridad del paciente, consiguiendo un mayor nivel de responsabilidad y colaboración. Con su realización se promovió el trabajo en equipo, permitiendo profundizar en el conocimiento y mejora de la calidad de los procesos. Además, la

información recogida permitió establecer estrategias para el manejo de los riesgos asistenciales identificados. Estas acciones nos han permitido orientar con eficiencia las acciones, al definir prioridades y disponer de propuestas sobre medidas para minimizar los riesgos.

El filtro CONUT mostró una buena sensibilidad para detectar los pacientes con riesgo de DN y la intervención nutricional redujo significativamente el porcentaje de DN, especialmente en los pacientes con DN proteica. La valoración nutricional al ingreso disminuye los riesgos de morbimortalidad secundarios a la desnutrición preexistente en nuestros pacientes, ya que se tratan de forma precoz situaciones de riesgo. Los perfiles nutricionales son una forma costo-efectiva adecuada para apoyar los cuidados nutricionales del paciente hospitalizado. El filtro CONUT, tiene una sensibilidad diagnóstica similar a la VNC para el diagnóstico de la existencia de desnutrición, pero requiere menos recursos y experiencia para su aplicación. La intervención nutricional sugerida por el filtro CONUT mostró resultados favorables en la reducción del porcentaje total de DN, especialmente en el grupo de DN grave.

La adhesión al protocolo ha aumentado, habiendo mejorado significativamente el cumplimiento de las recomendaciones, el consumo de solución hidroalcohólica y el nivel de HM asignado al hospital. Las medidas más eficaces para mejorar los resultados han sido la elaboración de planes de mejora específicos, habiendo sido decisivos el uso de la observación directa como método habitual de trabajo, la retroalimentación de resultados y la formación continuada.

La obtención de una encuesta única para todos los profesionales implicados puede facilitar el proceso de evaluación de la satisfacción de los profesionales con la PEA.

Según nuestros resultados, existe relación entre la satisfacción laboral, la satisfacción del paciente y los resultados de los acuerdos de gestión. En la medida que los profesionales están satisfechos y se identifican con los objetivos de la organización, se implican más y se consiguen mejores resultados.

### **Conclusiones**

- 1.** Los profesionales presentan un nivel medio de desgaste profesional. La prevalencia de burnout varió significativamente en función de los puntos de corte aplicados, lo que confirma la importancia de utilizar valores normativos acordes a las características de la población estudiada para evitar sesgos transculturales en la interpretación de los resultados.
- 2.** Según los resultados del presente estudio, existe asociación entre los factores de riesgo psicosocial y el burnout. Los individuos con mayor satisfacción laboral, autoeficacia y

optimismo, afrontan mejor el estrés y son menos vulnerables a los riesgos psicosociales y al burnout.

3. La evaluación periódica de la satisfacción laboral y de la cultura de seguridad del paciente, permite monitorizar el estado y la evolución de las percepciones del trabajador y ayuda a identificar áreas de mejora. Según resultados obtenidos, la representación gráfica del porcentaje de profesionales con una evaluación positiva de cada una de las dimensiones consideradas es el indicador más sensible para detectar cambios.
4. Las dimensiones que definen la satisfacción laboral y la cultura de la seguridad presentan relaciones cruzadas entre sí y con las variables resultado, lo que indica que ambos constructos están relacionados. Los resultados del presente estudio indican que si se crea un clima adecuado y aumenta la satisfacción laboral, el personal sanitario mejora su desempeño y se incrementa la seguridad del paciente.
5. La elaboración del mapa de riesgos y de los planes de gestión de personas y de gestión de riesgos permiten un mejor conocimiento de la situación y una mejor gestión de los recursos, pero para que surtan los efectos deseados, es imprescindible la implicación de la dirección para su puesta en marcha.
6. A lo largo del periodo de estudio, ha mejorado el desempeño y el cumplimiento de las buenas prácticas asistenciales evaluadas, habiendo aumentado la implicación de los profesionales en la realización del cribado nutricional al ingreso hospitalario y su adhesión al protocolo de higiene de manos, lo que se ha reflejado en una mejora del estado nutricional del paciente al alta y una mejora de los indicadores de adhesión al protocolo de higiene de manos.
7. Existe relación entre la satisfacción laboral, la satisfacción del paciente y los resultados de los acuerdos de gestión.



# 2. **I**NTRODUCCIÓN





## 2. INTRODUCCIÓN

### 2.1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La atención sanitaria implica curar la enfermedad en base al conocimiento científico y cuidar al paciente en base a la humanización del sistema. Tradicionalmente, el sistema se centraba más en las enfermedades que en los enfermos, dejando relegado a un segundo plano aspectos como la información al paciente, su participación en la toma de decisiones, la asistencia integral, la continuidad asistencial y la calidad en el trato. Sin embargo, puede resultar contradictorio que en un escenario de grandes avances científicos y con tecnología puntera aplicada a la salud, la persona con enfermedad se sienta ansiosa y desprotegida ante las personas e instituciones responsables del cuidado de su enfermedad (Correa Zambrano, 2016) .

En los últimos años, cada vez ha cobrado mayor importancia la evaluación de la satisfacción del paciente como medida de resultado de la calidad asistencial. El concepto de humanización de la sanidad y cuidados centrados en el paciente ha hecho que los sistemas sanitarios cada vez reconozcan más el papel activo de los pacientes en la toma de decisiones y que las decisiones clínicas incluyan su perspectiva (José Joaquín Mira & Aranaz, 2000) (Tous et al., 2011). Según este modelo, los procesos asistenciales deberían orientarse a satisfacer no solo las necesidades del paciente, sino también sus expectativas. Pero para conseguirlo, deben aplicarse nuevos paradigmas que superen la tradicional división compartimentada de la asistencia sanitaria y situar al paciente en el foco de atención, redefiniendo y actualizando los roles tradicionales. La humanización de la sanidad supone una confrontación entre dos culturas distintas. Por una parte, una cultura orientada al valor de la eficacia basada en los resultados de la tecnología y la gestión y, por otra, la cultura que da la primacía al respeto por la persona, por su autonomía y la defensa de sus derechos. “Humanizar” es algo más que una palabra. Es una meta a alcanzar y entre todos debemos recuperar los aspectos afectivos de la relación con nuestros pacientes, tratando de ofrecer una asistencia que responda a las dimensiones psicológica, biológica, social y espiritual (Román Maestre, 2013).

La atención en salud es un proceso dinámico y participativo, que debe identificar y priorizar las necesidades del paciente. Y para conseguirlo, es importante promover el bienestar de los profesionales, ya que es difícil prestar una atención de calidad cuando el propio profesional está necesitando ayuda (Albaladejo et al., 2004). Curar, cuidar y humanizar, son las tres grandes actuaciones que deben guiar el quehacer diario quienes trabajan en las organizaciones sanitarias.

La calidad asistencial debe estar ligada a la calidez y debe contemplar la visión de los pacientes, que reclaman su paso de espectador a actor (Jovell, Rubio, Dolors, Fernández Maldonado, & Blancafort, 2006). La opinión del paciente debe escucharse para conocer sus necesidades y expectativas. Y contar con los profesionales sanitarios para que conozcan, entiendan y asuman el punto de vista del paciente. La actitud, implicación y comportamiento de los profesionales es fundamental para que el modelo funcione (Wong, Cummings, & Ducharme, 2013). Los profesionales no solo deben dispensar cuidados, sino que también deben formar y dar soporte y confianza al paciente (Molina Escribano, Castaño Moreno, & Massó Orozco, 2008) (García Lizana, 2013). Y el paciente debe responsabilizarse de su enfermedad. El trato humano es crítico para afrontar estos nuevos retos y la comunicación adquiere un papel fundamental. Una buena comunicación permite conocer las necesidades de información del paciente, sus preocupaciones y su nivel de comprensión de su proceso (Jovell, 1999).

Para conseguir estos objetivos, un factor clave es la gestión de personas y de equipos. Es importante movilizar y potenciar el talento de los profesionales y retroalimentarlos para mejorar sus comportamientos y actitudes, permitiendo así su desarrollo profesional (Weberg, 2010). El sistema debería dejar de ser estático y cerrado para ser un órgano integrado y eficaz, capaz de aprovechar el potencial de sus profesionales y de conseguir la implicación y el compromiso de los pacientes. El primer paso sería pasar de la tradicional organización vertical de las instituciones sanitarias a una organización horizontal, gestionada por procesos organizados en torno al paciente, como eje central de toda la organización (López Pueyo, 1998) (Aranaz Andrés, Mira Solves, & Beltrán Llera, 2003), consiguiendo estructuras más flexibles y menos burocratizadas, orientadas hacia la innovación y el cambio. En entornos en los que se da protagonismo a los profesionales y se pasa a formas de gestión más participativa, el profesional comprende mejor los objetivos de su trabajo, y al sentirse parte del proyecto, incrementa su compromiso y disminuyen los índices de rotación del personal (Stordeur & D'Hoore, 2007), mejorando también la calidad asistencial (Aiken, Clarke, & Sloane, 2002) (Aiken et al., 2012). Aplicando la psicología positiva y creando un entorno saludable, capaz de influir en los pensamientos, emociones y conductas de los profesionales, es más fácil acercarse con otra óptica a los pacientes (Salanova Soria & Schaufeli, 2004) (Salanova Soria, 2008). Este aspecto es especialmente importante en hospitales de perfil HACLE (Hospital con servicios o unidades de Asistencia a pacientes Crónicos y de Larga Estancia), como es el centro sanitario en el que se ha realizado esta investigación, donde, debido a la gran vulnerabilidad de sus pacientes, la capacidad de conectar con el paciente y practicar una atención personalizada, cobra especial importancia.

Con el nuevo protagonismo adquirido por el paciente, los gestores han adoptado nuevas técnicas, para abordar nuevos escenarios. Una herramienta importante es la reingeniería de procesos, para optimizar los flujos de trabajo y la actividad de la organización. Así, en algunas instituciones sanitarias se han implantado los sistemas “Just In Time”, la gestión por competencias, la gestión del conocimiento, los sistemas Kaizen y el Benchmarking, entre otros. Por otra parte, desde hace unos años, las tecnologías de información y comunicación permiten disponer y compartir, en todos los niveles de la organización y con todos los profesionales, la información relativa a los pacientes a través de la historia clínica electrónica. Este cambio debería hacer madurar a los profesionales y adquirir nuevos hábitos de trabajo: no se trata de hacer más, sino de hacer lo necesario, haciendo sólo aquello que aporte valor al paciente y al sistema (Ruiz Téllez & Alonso López, 2001). Pero sin olvidar, que la mejor herramienta disponible, sigue siendo la comunicación médico-paciente (Jovell, 1999). La sanidad del futuro debería ser una organización abierta al cambio, al servicio de pacientes más exigentes, comprometida y capaz de proporcionar servicios seguros, coordinados, accesibles y eficientes (Lorenzo, 2008).

### 2.1.1. CALIDAD ASISTENCIAL

El concepto actual de Calidad ha evolucionado hasta convertirse en una forma de gestión que introduce el concepto de mejora continua en cualquier organización y a todos los niveles de la misma y que afecta a todas las personas y a todos los procesos (Mira Solves, Lorenzo Martínez, Buil, & Rodríguez Marín, 1999). La atención médica debe prestarse de forma que no solo se contemple la calidad científico-técnica, sino que los cuidados prestados, sean compatibles con las preferencias y expectativas del paciente. La calidad asistencial, desde el punto de vista del paciente, podría definirse como la expectativa de recibir una atención eficaz, que solucione sus problemas de salud, de una manera respetuosa y humana. Éste debería ser uno de los objetivos prioritarios del sistema sanitario y de los profesionales que trabajan en él (Donabedian, 1966), siendo un elemento estratégico para la transformación y mejora de los sistemas sanitarios. De este modo, gestión y calidad deberían ser, un binomio inseparable para conseguir organizaciones sanitarias más eficientes, seguras y coste-efectivas para mejorar el estado de salud y la calidad de vida de los usuarios (Soto Álvarez, 2007). Sin embargo, para lograr este objetivo, es necesario un gran desarrollo en conocimientos, técnicas y actitudes por parte de los gestores y de los profesionales sanitarios, ya que la calidad “es cosa de todos” (Moss & Garside, 1995).

Las principales dimensiones de la calidad asistencial, son la calidad científico técnica, eficacia, eficiencia, accesibilidad, satisfacción, aceptabilidad, adecuación, continuidad y seguridad (Soto Álvarez, 2007). El movimiento de mejora de la calidad asistencial tiene gran tradición en el mundo sanitario, comenzando por avances pioneros como el Semmelweis en su lucha contra la

infección puerperal mediante la higiene de manos (Persson, 2009), o la reforma de la profesión enfermera realizada por Florence Nightingale en el siglo XIX (Lopera & Eugenia, 2008). Durante el siglo XX, se produjeron importantes avances científico-técnicos para mejorar el diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad. Posteriormente, los estudios de variabilidad de la práctica asistencial iniciados en los años 60 por Wennberg en los EE.UU, demostraron que la principal causa de las diferencias en los resultados de los procedimientos médicos eran los distintos estilos de práctica profesional (Wennberg, Barnes, & Zubkoff, 1982) (Berenguer, Esteve, & Verdaguer, 2004) y para evitarlo, surgió el movimiento de la medicina basada en la evidencia (Bonfill, Gabriel, & Cabello, 1997). La calidad en este ámbito se asocia a la reducción de la variabilidad innecesaria en los procesos de diagnóstico, tratamiento y cuidados, evitando en lo posible la variabilidad clínica y el grado de incertidumbre (Peiro & Meneu, 1998) (Berenguer et al., 2004) (Antoñanzas Villar & Pinillos García, 2006) (Etxeberría Aguirre & Rotaeché del Campo, 2006).

La segunda gran línea de trabajo que ha ido configurando la calidad asistencial es el reconocimiento progresivo del papel de los pacientes y usuarios en el sistema sanitario. Se reconoció el derecho de los pacientes a conocer los aspectos más relevantes de su enfermedad, alternativas terapéuticas y pronóstico, plasmando todo ello en los documentos de consentimiento informado. Después, se añadió su participación en el proceso, asumiendo derechos y responsabilidades en la evolución de su enfermedad (Meneu, 2005). Y finalmente, se ha considerado la evaluación de su satisfacción como una medida de resultado de la calidad asistencial (José Joaquín Mira & Aranaz, 2000) (Caminal, 2001).

El tercer motor de avance de la Calidad asistencial durante el siglo XX fue el de la Seguridad del Paciente, como una dimensión transversal de la Calidad asistencial. Tras la publicación en EE.UU. del informe "To Err is Human" (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 2000), ha aumentado enormemente la preocupación por los eventos adversos relacionados con la atención sanitaria (Peter J. Pronovost, Berenholtz, & Needham, 2007). La Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004 lanzó su iniciativa "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente", que en 2007 propuso 9 soluciones para la seguridad del paciente para salvar vidas y evitar daños. Las 9 propuestas realizadas fueron: poner barreras para evitar errores con medicamentos de aspecto o nombre parecidos; identificación correcta de los pacientes; comunicación durante el traspaso de pacientes; realización del procedimiento correcto en el lugar correcto; control de las soluciones concentradas de electrolitos; asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales; evitar los errores de conexión de catéteres y tubos; usar una sola vez los dispositivos de inyección y, mejorar la higiene de las manos para prevenir

las infecciones asociadas a la atención de salud. Básicamente, estas soluciones tienen por objeto evitar eventos adversos relacionados con la atención sanitaria y enlazan con los movimientos que promueven la participación del paciente en su propia atención y en la mejora de la seguridad (Patient's for patient safety) (Lyons, 2007) (J. M. Aranaz Andrés, Vitaller Burillo, & Escuela Valenciana de Estudios de la Salud, 2004).

Pero el verdadero sentido de la evaluación de la calidad, es conseguir la mejora continua. Los modelos de gestión de la calidad han aportado una visión particular de lo que es calidad asistencial. Una de las formas de evaluar la calidad asistencial en los hospitales es a través de la obtención de una acreditación por medio de agencias como la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), aplicando el modelo de excelencia de la European foundation for quality management (EFQM) o mediante una certificación de los sistemas de gestión de la calidad (ISO) (J. M. Aranaz, Leutscher, Gea, & Vitaller, 2003). Pero evaluar la calidad, supone también incorporar el punto de vista de los pacientes y profesionales, evaluando su satisfacción. (Izura, Urdánoz, Ortega, & Calatayud, 2011). En este sentido, como ya se ha apuntado en el apartado anterior, la evaluación de la satisfacción del paciente se considera uno de los resultados que se derivan de la atención sanitaria y un indicador válido de la calidad de los cuidados sanitarios que se prestan (José Joaquín Mira & Aranaz, 2000), siendo útiles los resultados obtenidos para detectar áreas clave de mejora. El primer paso en un ciclo de mejora es la identificación de las oportunidades de mejora. Después se diseña una intervención. El último paso, es comparar si se ha tenido éxito con la intervención aplicada. Las mejoras conseguidas permiten decidir hacia dónde dirigir futuras intervenciones en el proceso, iniciando un nuevo proyecto de mejora (Berwick, 1989).

### **2.1.1.1 CALIDAD ASISTENCIAL EN LA CONSELLERÍA DE SANITAT**

Desde el año 2000 se han elaborado diversos Planes y Estrategias, alienados con los principios y objetivos de las iniciativas internacionales y nacionales, para establecer y consolidar sistemas que permitan mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria, siendo los más relevantes los reseñados a continuación:

**Plan de Humanización de la Atención Sanitaria en la Comunitat Valenciana (2000):** Responde a la necesidad de satisfacer las demandas ciudadanas, incrementando la confianza de los pacientes y facilitando la labor de los profesionales, para aumentar la calidad asistencial.

**Plan de Calidad Total de la Asistencia Sanitaria en la Comunitat Valenciana (2004).** Establece los principios sobre los que se asienta la política de calidad total de la Conselleria de Sanitat. El

objetivo es garantizar la gestión de las distintas unidades que conforman el dispositivo asistencial valenciano, con un modelo basado en los sistemas de la calidad total.

**Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente 2005.** Los objetivos de la estrategia se orientaron a promover y mejorar la cultura de la seguridad en las organizaciones sanitarias; incorporar la gestión del riesgo sanitario; formar a los profesionales y a los pacientes en aspectos básicos de seguridad del paciente; implementar prácticas seguras e implicar a pacientes y ciudadanos. En dicha estrategia se subrayaba la importancia de los sistemas de notificación en la mejora de la calidad y seguridad de la atención sanitaria.

**Plan de Excelencia de la Sanidad Valenciana (2005).** La base fundamental del Plan es la mejora continua como estrategia general, articulada alrededor de las necesidades y preferencias de los pacientes y fundamentado en la implicación de los profesionales, agentes últimos de la calidad de la asistencia sanitaria.

**Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (2006-2010).** Impulsa una atención sanitaria de excelencia centrada en los pacientes y sus necesidades.

**Plan de Gestión de la Seguridad del Paciente de la Comunitat Valenciana – 2009-2013.** Recoge las principales inquietudes de los colectivos que participan en las decisiones relacionadas con la seguridad del paciente en el ámbito de la asistencia sanitaria.

**Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2010-2013.** Tiene presente que el concepto de calidad de un Sistema de Salud incorpora atributos como la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la garantía de que la atención sanitaria se preste en el momento oportuno y también la garantía de que los pacientes tengan una participación informada en las decisiones relacionadas con la salud.

**Ley 10/2014, de la Generalitat Valenciana.** Define el marco que asegura una asistencia sanitaria de calidad, segura, efectiva, eficiente, integral, integrada y orientada al paciente y a la sociedad, refundiendo y actualizando normas previas

**Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana.** 2014. El envejecimiento progresivo de la población requiere que el sistema sanitario se adapte a las nuevas situaciones de cronicidad, comorbilidades y dependencia para poder ofrecer una solución integral a las necesidades de los ciudadanos.

**Estrategia Nacional Seguridad del Paciente 2015-2020.** (Ministerio Sanidad, 2015) Tras diez años de desarrollo de la estrategia planteada en 2005, la nueva estrategia plantea una actualización, planteando una visión general de lo realizado previamente y facilitando la reflexión

y la toma de decisiones consensuadas en torno a la Seguridad del Paciente en el SNS para este nuevo periodo

**Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2016-2020.** El IV Plan de Salud se configura en torno a cinco grandes líneas estratégicas, la innovación y reorientación del sistema sanitario, su orientación hacia la cronicidad, la necesidad de reducir las desigualdades en salud y el cuidado de la salud en todas las etapas y en todos los entornos de la vida, ofreciendo unas prestaciones de calidad y con los máximos niveles de eficiencia y efectividad, bajo los principios de universalidad, transparencia, solidaridad, participación, sostenibilidad, excelencia e innovación.

***2.1.1.1.1. OBJETIVOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN, TECNOLOGÍA Y CALIDAD DE LA CONSELLERÍA DE SANITAT***

Desde la Dirección General de Investigación, Innovación, Tecnología y Calidad de la Conselleria de Sanitat Universal y Salud Pública se plantean una serie de acciones dirigidas a mejorar, bajo criterios de calidad y seguridad asistencial, la atención centrada en el paciente.

El 30 de enero de 2017 la Consellería de Sanitat publicó la Instrucción 3/2017 para la normalización de las funciones de las unidades de calidad asistencial y seguridad del paciente de los departamentos de la Consellería de Sanitat.

Los objetivos planteados y las líneas de acción puestas en marcha en los últimos años, para potenciar la calidad asistencial y la seguridad del paciente, con las que se relaciona el trabajo realizado en la presente Tesis Doctoral, han sido las siguientes:

**LÍNEA 1: POTENCIAR LA CALIDAD ASISTENCIAL**

**Objetivo específico 1:** Fomentar la mejora continua de la calidad.

Líneas de actuación:

- Potenciar la certificación de los centros sanitarios respecto a un sistema establecido por norma reconocida (ISO/EFQM/...).
- Crear y mantener un Registro de Certificación en Calidad de centros, servicios y establecimientos sanitarios, públicos y privados.
- Impulsar la elaboración e implantación de planes de calidad y seguridad del paciente en los centros sanitarios.
- Revisión y actualización de protocolos y procedimientos de la práctica clínica.
- Promoción de buenas prácticas que disminuyan la variabilidad asistencial.

- Participar en mecanismos de evaluación de encuestas de clima laboral

**Objetivo específico 2:** Impulsar la consolidación de las unidades de calidad y/o seguridad.

Líneas de actuación:

- Definir las funciones de los referentes de calidad y/o seguridad del paciente.

**Objetivo específico 3:** Promover la formación en calidad de los profesionales.

Líneas de actuación:

- Divulgar la realización de actividades relacionadas con calidad sanitaria.
- Establecer y desarrollar actividades docentes dirigidas al desarrollo e implantación de planes de calidad, modelos de calidad, auditoría, planificación y herramientas de evaluación en centros sanitarios.

**Objetivo específico 4:** Impulsar la cultura de calidad entre los profesionales.

Líneas de actuación:

- Coordinar la difusión de las iniciativas de los profesionales en materia de calidad asistencial.

### **LÍNEA 2: PROMOVER LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**OBJETIVO GENERAL 1:** Consolidar la adopción de buenas prácticas asistenciales entre los profesionales sanitarios.

**Objetivo específico 1:** Coordinar la creación y el funcionamiento de la Comisión de Seguridad.

Líneas de actuación:

- Definir y difundir las funciones de la Comisión de Seguridad del Paciente.
- Impulsar la puesta en marcha de la comisión de seguridad/unidad de seguridad del paciente en todos los departamentos de salud/HACLEs.
- Impulsar el funcionamiento de las comisiones/unidades de seguridad del paciente.

**Objetivo específico 2:** Fomentar la notificación de eventos adversos como herramienta de mejora continua.

Líneas de actuación:

- Impulsar la notificación de eventos adversos mediante el sistema de notificación de incidentes y eventos adversos (SINEA).

- Analizar la información obtenida a partir de la notificación de eventos adversos.
- Establecer y evaluar en su caso las medidas de mejora en la seguridad del paciente.

**Objetivo específico 3:** Consolidar la mejora continua en prácticas seguras.

Líneas de actuación:

- Consolidar los programas de Higiene de Manos, Bacteriemia Zero, Neumonía Zero, INCATIV, Identificación Inequívoca de Pacientes, Prevención de Úlceras por Presión y Cirugía segura.
- Consolidar el uso seguro del medicamento.
- Fomentar la evaluación de riesgos como práctica habitual al ingreso del paciente.
- Impulsar el desarrollo de nuevos programas de intervención: Resistencia Zero en UCI, Infecciones de orina Zero, Infecciones de herida quirúrgica Zero, Flebitis Zero, etc.
- Implantar procedimientos de comunicación normalizada entre los profesionales durante la transición asistencial de los pacientes para garantizar una atención continuada y segura.
- Garantizar la existencia de un programa de vigilancia y control de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.
- Garantizar el mantenimiento y mejora del programa de higiene de manos.
- Velar por el cumplimiento del protocolo de seguridad en el uso seguro del medicamento.

**Objetivo específico 4:** Consolidar los sistemas de información relacionados con la seguridad paciente como herramienta de conocimiento y análisis.

Líneas de actuación:

- Difundir entre los profesionales los resultados obtenidos del análisis de datos mediante los sistemas de información relacionados con la mejora de la calidad asistencial y/o seguridad del paciente.
- Establecer y fomentar el desarrollo de las actuaciones de mejora derivadas del análisis de los sistemas de información.
- Evaluar las actuaciones de mejora establecidas.

**OBJETIVO GENERAL 2:** Potenciar la cultura de seguridad del paciente.

**Objetivo específico 1:** Fomentar acciones que mejoren la cultura de seguridad del paciente.

Líneas de actuación:

- Evaluar la cultura de seguridad en los profesionales del Sistema Valenciano de Salud.
- Sensibilizar a los profesionales de la necesidad de la adopción de prácticas seguras.
- Proponer actividades formativas en materia de seguridad del paciente.
- Impulsar la implantación de planes de seguridad en los centros sanitarios del Sistema Valenciano de Salud.
- Coordinar y difundir las iniciativas en seguridad del paciente desarrolladas en los distintos departamentos de salud.
- Proponer indicadores para la seguridad del paciente e incorporarlos en los acuerdos de gestión de los departamentos de salud.

### **LÍNEA 3: CONSOLIDAR LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE**

#### **OBJETIVO GENERAL 1: Adaptar la atención sanitaria a las nuevas necesidades de los pacientes.**

##### **Objetivo específico 1: Conocer la calidad percibida por los pacientes del SVS.**

###### **Líneas de actuación:**

- Pulsar y considerar en las decisiones la opinión de los ciudadanos y pacientes, a través de la realización de encuestas.
- Analizar las quejas, sugerencias y agradecimientos interpuestos por los pacientes.

##### **Objetivo específico 2: Establecer y evaluar las actuaciones de mejora para dar respuesta a las necesidades de los pacientes.**

###### **Líneas de actuación:**

- Implementar acciones de mejora en función del análisis de la opinión de los pacientes.
- Implementar acciones de mejora derivadas del análisis de quejas, sugerencias y agradecimientos.
- Potenciar la participación del paciente en la mejora de la calidad y de la seguridad de la atención recibida.

#### ***2.1.1.1.2. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE DESDE LA CONSELLERÍA DE SANITAT***

Tradicionalmente, la satisfacción del paciente se abordaba desde la perspectiva de los profesionales que, con su experiencia y conocimientos, determinaban lo que era mejor para el paciente (Paternalismo). Sin embargo, en la actualidad, a raíz del concepto de la atención centrada en el paciente, se ha pasado a otra forma de entender su satisfacción, en la que los

profesionales deben centrarse en las necesidades y expectativas de ese paciente, incorporando su punto de vista a la toma de decisiones (Autonomía) (González Mestre, 2014). Este nuevo enfoque, que viene denominándose en la literatura como “cuidados centrados o focalizados en el paciente”, supone un cambio en la cultura de las organizaciones sanitarias, de modo que el profesional sanitario debe conocer, entender y asumir el punto de vista del paciente para incrementar la calidad de la asistencia sanitaria. En los últimos años, las expectativas de los ciudadanos con respecto a los servicios sanitarios han crecido. Existe más preocupación social por la salud y mayor cobertura por parte de los medios de comunicación. Además, los ciudadanos son más conscientes de sus derechos. La aparición de este tipo de pacientes informados y expertos se produce simultáneamente a un cambio en el patrón epidemiológico de ciertas patologías, con una prevalencia cada vez más elevada de trastornos crónicos. Cada vez con más frecuencia, nos encontramos ante un paciente con acceso a información sanitaria, que utiliza para afrontar eficazmente sus procesos de enfermedad (March Cerdà, 2015). Un paciente responsable, que ejerciendo y haciendo uso de su autonomía, se implica en las decisiones clínicas y mantiene una relación respetuosa hacia la experiencia y conocimientos clínicos de los profesionales sanitarios (González Mestre, 2014). Pero para que este nuevo papel se desarrolle adecuadamente, debe garantizarse la calidad de la información a la que se accede y las actitudes y aptitudes de profesionales sanitarios. Con respecto a la información, es necesario que se cumplan ciertos requisitos relativos a su elaboración, facilidad de acceso, fiabilidad (actualizada, contrastada y basada en evidencias), comprensión e inteligibilidad, para que pueda ser útil a este nuevo perfil de paciente, comprometido y responsable, que juzgará la calidad del servicio en función del grado de cumplimiento de sus expectativas (Domínguez-Nogueira, Expósito-Hernández, & García-Wiedemann, 2005).

Desde el punto de vista del paciente, la calidad es la diferencia entre sus expectativas y sus percepciones (Zeithaml V, Parasuram, & Berry, 1992). La calidad percibida en la prestación de servicios asistenciales es un elemento determinante en el resultado de la atención sanitaria y su evaluación es fundamental para establecer estrategias de mejora (José Joaquín Mira & Aranz, 2000) (Tous et al., 2011) (Katusiime, Corlett, Reeve, & Krska, 2016). El punto de partida es, por tanto, conocer las necesidades y expectativas del paciente para convertirlas en requisitos y en objetivos de calidad de la asistencia sanitaria, reorientando los procesos asistenciales para que incorporen el punto de vista del paciente y mejorando la efectividad y la eficiencia de las organizaciones (Jovell et al., 2006).

La satisfacción del paciente es un concepto multidimensional que incluye: la empatía de los profesionales en su trato con los pacientes, tipo y cantidad de información proporcionada a

pacientes y familiares, competencia técnica del personal sanitario, confort de las instalaciones, facilidades de acceso, complejidad burocrática del sistema, continuidad de los cuidados y resultado percibido de la asistencia (Mira Solves et al., 1999). Según algunos autores, los aspectos que más valoran los pacientes en el momento de dar una valoración global de su satisfacción, son la competencia profesional, la información recibida sobre su enfermedad y la amabilidad del personal sanitario, mientras que la calidad de la comida y el estado de las instalaciones, aunque manifiesten abiertamente su descontento con estos aspectos, parecen no tener un peso muy importante en el momento de dar valoración global del servicio recibido (Chow, Mayer, Darzi, & Athanasiou, 2009) (Dierssen-Sotos et al., 2009) (Tous et al., 2011), lo que apunta a que, aunque los aspectos relacionados con la hostelería pueden en un momento dado no satisfacer las expectativas del paciente, lo que realmente le importa cuando valora su grado de satisfacción con la atención recibida, es la adecuación de los tratamientos recibidos y la calidad del trato humano durante su interacción con los profesionales.

La aplicación de técnicas de investigación cualitativa resulta especialmente útil para analizar el punto de vista de los pacientes. El usuario juzga si la calidad de los servicios es satisfactoria y si sus necesidades y expectativas se han cumplido. En el ámbito hospitalario, se han utilizado diversas técnicas para su medición, pero el método más utilizado son las encuestas de satisfacción, ya que tienen en cuenta las expectativas del paciente y el grado en que la atención recibida ha cubierto dichas expectativas (Dierssen-Sotos et al., 2009). SERVQUAL es uno de los cuestionarios más utilizados para medir la calidad percibida por los clientes de empresas de servicios desde el denominado paradigma de la desconfirmación (diferencia entre expectativa y percepción del servicio) (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988), aunque según algunos autores, su estructura no es adecuada en el medio hospitalario. Del análisis de la escala original aplicada al medio hospitalario, se comprobó que la escala de las percepciones tenía mayor capacidad predictiva que la puntuación SERVQUAL, calculada a partir de la diferencia entre expectativas y percepciones. Para superar estas limitaciones, los propios autores del cuestionario original, lo rediseñaron, creando un cuestionario alternativo cuyas respuestas combinaban expectativas y percepciones en una misma escala (Parasuraman, Berry, & Zeithaml, 1991). En 1995 JJ Mira et al realizaron una adaptación de SERVQUAL para aplicarla a hospitales públicos de habla hispana (SERVQHOS) (J. J. Mira, JA Buil, Rodriguez, & Aranaz, 1997). Según sus resultados, no se trataba de una escala multidimensional como proponían los autores de SERVQUAL (Parasuraman et al., 1988), sino de una escala unidimensional que evaluaba la calidad global percibida. SERVQHOS es un cuestionario validado para medir la calidad percibida de la atención hospitalaria que, basado en SERVQUAL, adopta el nuevo formato de respuesta sugerido por Parasuraman, Zeithaml y

Berry, para superar las dificultades metodológicas del cuestionario original (Parasuraman et al., 1991). El cuestionario se construyó específicamente para ser utilizado como encuesta de posthospitalización, que combina expectativas y percepciones y permite monitorizar el nivel de calidad percibida por los pacientes y detectar posibles áreas de mejora (José Joaquín Mira et al., 1998). Desde la Consellería de Sanitat se evalúa anualmente la calidad percibida por los pacientes, mediante la aplicación de un cuestionario basado en SERVQHOS. El cuestionario se aplica a través de una subcontrata adjudicada por concurso público, mediante entrevista telefónica asistida por ordenador.

#### **2.1.1.1.3. EVALUACIÓN DE LOS ACUERDOS DE GESTIÓN**

A mediados del siglo XX Drucker definió el concepto de la Dirección por objetivos, que en España se aplicó a la gestión de las organizaciones sanitarias en los años 90, aunque en los hospitales de la Comunidad Valenciana, no empezaron a aplicarse hasta el año 2008. El marco normativo viene definido por el Decreto 38/2007, por el que se regula el complemento de Productividad Variable del personal al servicio de las instituciones sanitarias de la Conselleria de Sanidad.

Los acuerdos de gestión establecen los compromisos de objetivos comunes de mejora para el conjunto del sistema sanitario y sirven de instrumento para alinear las actuaciones estratégicas de la Consellería de Sanitat con las líneas de actuación, expresadas en objetivos concretos y medurables, de los departamentos de salud y otros centros o servicios supra departamentales. Otro de sus objetivos es incentivar a los profesionales, mediante una diferenciación retributiva, a cumplir los objetivos de calidad y eficiencia pactados (productividad variable y sistema de carrera profesional). Se trata de un sistema de gestión mediante la cual los directivos, pactan con los profesionales qué resultados han de alcanzarse, en el ámbito de responsabilidad que le corresponda a cada uno, a cambio de unos incentivos establecidos. Es la metodología del “contrato de gestión”, que permite medir la eficacia en la prestación de servicios y el control de los recursos utilizados. Sin embargo, este sistema de gestión tiene ciertas limitaciones, como son la escasa capacidad de los incentivos aplicados para estimular el cambio pretendido. Además, en muchas ocasiones, los objetivos de los contratos programa tienen escaso sustento en bases epidemiológicas o en objetivos de salud (Meneu, Bernal-Delgado, Pradas, Peiro, & Ridao, 1999).

#### **2.1.1.2. CALIDAD ASISTENCIAL EN EL HOSPITAL DOCTOR MOLINER**

Desde el punto de vista sanitario, la calidad es uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios. El Hospital Doctor Moliner, es un Hospital de perfil HACLE, que cuenta con 183 camas. Depende de la Consellería de Sanidad y atiende mayoritariamente a pacientes ancianos, crónicos y de larga estancia, con gran

dependencia y discapacidad y en muchos casos, en situaciones clínicas de enfermedad avanzada y/o terminal. Estos grupos de pacientes presentan características similares: alta dependencia, dificultades para integrarse en la comunidad, pérdida de autonomía, deterioro cognitivo, problemas para desenvolverse socialmente e importante sobrecarga familiar, por lo que se puede producir mayor implicación emocional del personal que en otro tipo de instituciones sanitarias. Su ubicación, el perfil de los pacientes que atiende, así como sus recursos humanos y estructurales configuran la idiosincrasia propia de este centro sanitario.

El objetivo fundamental del Hospital (**Misión**) es proporcionar una **Atención Sanitaria Integral** y lograr el bienestar del paciente y el de sus allegados, disminuyendo el impacto de la enfermedad y aumentando su autonomía, mediante un servicio de calidad, humano, profesional y ético.

Su **Visión** es llegar a ser un hospital **excelente e innovador**, reconocido por pacientes, familiares y profesionales como uno de los mejores de su categoría.

Sus **Valores** fundamentales son:

- las personas,
- la humanización en la asistencia,
- el respeto y la escucha activa de todos aquellos que la necesiten,
- la investigación y la formación continua como pilar básico para conseguir la mejora,
- la búsqueda de la superación día a día, tanto en la calidad del servicio como en la seguridad del paciente,
- el compromiso y la ética profesional e institucional,
- la Medicina basada en la Evidencia,
- el trabajo en equipo multidisciplinar,
- el entorno natural del centro como hecho diferencial y,
- el compromiso social y medioambiental.

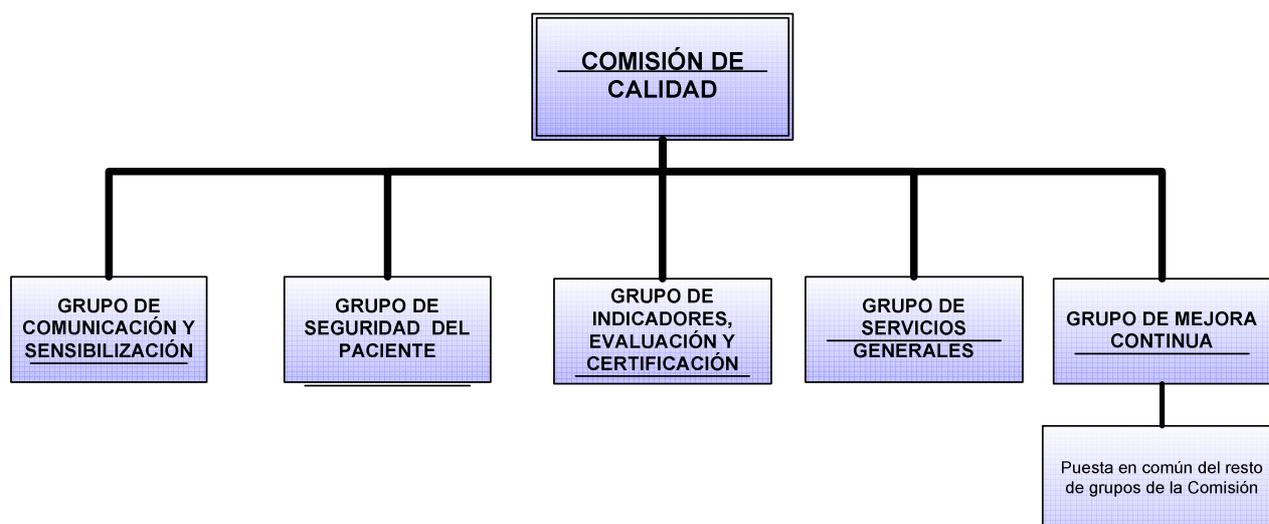
### ***2.1.1.2.1 ANTECEDENTES Y ESTRUCTURA ACTUAL DE LA COMISIÓN DE CALIDAD DEL HOSPITAL DOCTOR MOLINER***

Planificar actividades, conocer necesidades y consensuar instrumentos de medida son herramientas de inestimable valor como piedra angular de la Gestión de la Calidad y búsqueda de la Excelencia. Desde el año 1990 se tiene constancia de la existencia de la Comisión de Calidad en el Hospital Doctor Moliner. En ese año se crearon los denominados Círculos de Calidad, como primer paso para conseguir una mejora en la calidad asistencial. Esta Comisión ha funcionado de forma ininterrumpida a lo largo de estos años, con mayor o menor número de reuniones y por lo tanto de resultados. En el año 2004 y a instancias de la Dirección del Hospital, se solicitó al Área de Modernización, Gestión de Calidad e Inspección de Servicios de la Consellería de Justicia y

Administraciones Públicas, la realización de una autoevaluación del hospital siguiendo el modelo EFQM, con el fin de conocer la situación de partida. En este diagnóstico se resumían los puntos fuertes y áreas de mejora, extraídos de una revisión sistemática de sus pautas de funcionamiento, aplicando los criterios del Modelo EFQM y sirvió de base para la elaboración de la primera edición del Plan de Calidad del Hospital en el año 2007.

Desde 2010, la Comisión de Calidad cuenta con 35-40 miembros y se estructura en 5 grupos de trabajo para cumplir con sus objetivos (**Figura 1**).

**Figura 1.** Estructura de la Comisión de Calidad



El cronograma de reuniones para los cuatro primeros grupos de trabajo es una reunión semanal de una hora de duración, de modo que cada uno de ellos se reúne una vez al mes. Existe la posibilidad de convocar a participantes externos según las necesidades.

Adicionalmente, se realiza una reunión mensual de puesta en común de todos los grupos de trabajo en el grupo de Mejora Continua; aquí se reúnen todos los miembros de la Comisión y además de informar de las acciones realizadas por cada uno ellos, se abordan los temas relacionados con la Mejora Continua. En esta reunión se registran los avances realizados por cada grupo y se fijan los objetivos a corto plazo y las acciones a realizar para corregir las desviaciones observadas.

El 23 de abril de 2018, en cumplimiento de la instrucción 3/2017, se constituyó la Unidad Funcional de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente, encargada de coordinar, liderar e impulsar la calidad y seguridad del paciente en la institución.

#### **2.1.1.2.2 PLAN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL DOCTOR MOLINER**

El desarrollo de un Programa de Mejora de la Calidad en un Hospital es un proceso lento que supone un cambio cultural. Para conseguirlo, se ha de involucrar a todos los profesionales impulsando el espíritu de equipo y compartiendo metas comunes. La primera edición del Plan de Calidad del hospital data del año 2007 y surgió como una iniciativa de la Comisión de Calidad, para aportar a la organización un instrumento que contribuyera a mejorar la atención a los pacientes, sin olvidar a los propios profesionales y al resto de personas y organizaciones que participan en las diferentes tareas que constituyen la actividad del hospital. En el documento se recogían de forma estructurada, diversas líneas de trabajo, basadas en el modelo EFQM (Fernández & A, 2002), propuestas en forma de líneas estratégicas, objetivos e indicadores, que, tras un periodo de implantación y seguimiento deberían evaluarse. Para la elaboración del documento, se partió de un análisis de las características propias del centro, desarrollando los planes de acción necesarios para iniciar el camino de la mejora continua. Tras esta primera edición, en 2011 se elaboró la edición 2012-2015 y finalmente, se desarrolló el Plan de Calidad 2016-2019, como una continuación de las ediciones previas, en la que se evalúa el grado de cumplimiento de sus objetivos y se continúa trabajando en la misma línea.

Respecto a la Seguridad del Paciente, en 2014, a partir de los datos obtenidos en una encuesta realizada a los profesionales para identificar los principales riesgos relacionados con la seguridad del paciente, sus causas y posibles barreras para disminuir su frecuencia y gravedad, se elaboró un mapa de riesgos para priorizarlos y establecer estrategias adecuadas para su manejo. En 2018 se ha repetido la encuesta, para actualizar dicho mapa de riesgos. Adicionalmente, se analizan los eventos adversos declarados por los profesionales en el sistema de notificación voluntaria y periódicamente se renuevan los planes de mejora propuestos para su prevención.

Desde abril de 2018, a partir de la creación de la Unidad Funcional de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente, y siguiendo las directrices de Consellería, el hospital se adhirió al Plan de Calidad y Seguridad del Paciente definido por la Dirección General de Investigación, Innovación, Tecnología y Calidad de la Consellería de Sanitat.

### **2.1.2. PROFESIONALES ORIENTADOS A LA CALIDAD ASISTENCIAL: GESTIÓN DE PERSONAS**

La gestión por competencias, se planteó por primera vez en 1973 por David McClellan. Es un modelo de gestión de recursos humanos que se hace cada vez más vigente y que se ha convertido en una forma útil y eficiente de obtener un alto rendimiento y desempeño en las organizaciones (McClelland, 1973). Su aplicación permite incrementar el rendimiento laboral y la motivación y proporciona a los responsables y directivos una visión de su personal como eje fundamental de la organización.

El Modelo de Gestión por Competencias, pretende atraer, desarrollar, reconocer y mantener el talento, mediante su aplicación a la gestión de los recursos humanos y en concordancia con la misión, visión y valores de la organización. En el sector sanitario, el Modelo de Gestión por Competencias, puede dar respuesta a la necesidad de garantizar una asistencia de calidad y eficiente a los ciudadanos, a la vez que nos permite explorar nuevos sistemas de gestión de los recursos humanos que mejoren la calidad de la atención, la eficiencia en la gestión y permitan el desarrollo profesional. Además, las instituciones sanitarias, representan un “banco de conocimientos” cuyo capital intelectual debe gestionarse adecuadamente. Mediante la gestión de las competencias se facilita la movilización del conocimiento y se impulsa la capacidad de aprender de la organización, de forma que se beneficien de ello todos sus componentes (Vivas-López & Fernández-Guerrero, 2011).

Las organizaciones sanitarias eficientes, deberían aspirar a la máxima autonomía de sus profesionales en el desempeño de su trabajo. En este contexto, el modelo de gestión por competencias, facilita una gestión de los recursos humanos mediante objetivos comunes, permitiendo la gestión del talento humano en el mundo laboral y el desarrollo continuado de los profesionales como factor esencial para contribuir a garantizar la calidad y el cumplimiento de los fines de las organizaciones sanitarias (Villa Andrada et al., 2004).

Sin embargo, este modelo en la sanidad pública no siempre se aplica, ya que en ocasiones, los gestores están más interesados por los resultados a corto plazo que por las mejoras estructurales y la gestión de los recursos humanos (Férrnandez Férrnandez & Vaquera Mosquero, 2012), lo que conduce a situaciones de insatisfacción laboral, burnout y absentismo laboral y repercute de forma importante en la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

### **2.1.2.1 BURNOUT**

El burnout o síndrome de quemarse en el trabajo se produce por una respuesta inadecuada a estresores laborales crónicos de carácter interpersonal, con consecuencias negativas a nivel personal, laboral y organizacional (C. Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Afecta principalmente a profesionales que prestan sus servicios en contacto directo con el receptor de sus cuidados, como personal sanitario, maestros o policías. Su origen es ocupacional, pero su etiología es multifactorial y depende de factores individuales, sociales y organizacionales.

El burnout aparece por la utilización de estrategias inadecuadas de afrontamiento del estrés laboral, que conducen a una disminución del rendimiento y a una sensación de baja autoestima (Christina Maslach & Jackson, 1981b) (C. Maslach et al., 2001) (Schaufeli, Bakker, Hoogduin, Schaap, & Kladler, 2001). Cuanto mayor sea el desequilibrio entre las demandas del

puesto de trabajo y las capacidades del individuo para hacerles frente, mayor será la experiencia de estrés percibido (Jamal, 2005) (S. L. G. Salanova Soria, 2008)

El CE (cansancio emocional), es la manifestación primaria del síndrome. Se describe como una incapacidad para ser empático, establecer contacto emocional con otras personas y comunicarse afectivamente; se sufre apatía emocional, pero solamente en la vida laboral. Se produce por haber ejercido la empatía durante un tiempo y estar agotado para continuarla. Al principio suele confundirse con cansancio, pero no se recupera con el descanso. Se trata de un agotamiento físico y emocional producido por la actividad laboral (Christina Maslach & Jackson, 1981b) (C. Maslach et al., 2001) (Gil-Monte, 2005). La DP (despersonalización) consiste en una frialdad en el trato interpersonal con la persona que recibe el servicio; se establece una relación impersonal con distanciamiento afectivo. Cuando aparece se desarrollan actitudes y sentimientos negativos hacia las personas destinatarias del trabajo, ya que las demandas de los pacientes son más fáciles de gestionar cuando se les considera objetos impersonales. Los profesionales los ven de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva que les culpen de sus problemas (Christina Maslach & Jackson, 1981b) (C. Maslach et al., 2001) (Gil-Monte, 2005). La baja RP (realización personal) aparece por una falta de realización en el trabajo. Implica sentimientos de incompetencia y fracaso en el ejercicio de la profesión y va acompañada de sensación de ineffectividad. El trabajador que la sufre, no está satisfecho con su imagen como profesional, se considera menos competente que el resto de compañeros y, en muchas ocasiones, se aísla profesionalmente, lo que agudiza el sentimiento de frustración (Christina Maslach & Jackson, 1981b) (C. Maslach et al., 2001) (Gil-Monte, 2005). Esta situación tiene consecuencias para la persona (disfunciones conductuales, psicológicas y fisiológicas), para su desempeño del trabajo (insatisfacción laboral, falta de compromiso organizacional e intención de abandonar la organización) y para la organización (incremento de la tasa de absentismo y bajas laborales, disminución del desempeño del trabajo y falta de calidad del servicio) (Leiter & Maslach, 1988).

En la aparición del burnout existen factores desencadenantes y factores protectores. Son factores protectores el apoyo social, el feed-back, la autonomía, ciertas variables personales, como la autoeficacia, las buenas relaciones interpersonales, el compromiso con el trabajo y la disponibilidad de recursos. Son factores desencadenantes la ambigüedad de rol, los conflictos, la sobrecarga laboral y la cultura despersonalizadora de la organización (Grau Alberola, 2008). Algunos de estos factores antecedentes y/o moduladores del síndrome, son

debidos a las características personales del trabajador (falta de autoestima, personalidad pasiva y rígida, con dificultades de adaptación o altas expectativas de desarrollo que no se ven realizadas con el tiempo), mientras que otros se deben a las características del trabajo o del entorno (carga excesiva de trabajo, exceso de responsabilidad, privación del sueño, desempeño no gratificante de la labor realizada, falta de información, falta de apoyo, falta de reconocimiento, falta de autonomía para la toma de decisiones, percepción de inequidad...)

Existen múltiples modelos explicativos del mecanismo de aparición del burnout, que agrupan una serie de variables, consideradas como antecedentes y otras como consecuentes del síndrome (Grau Alberola, 2008). Uno de los más aceptados por la comunidad científica es el desarrollado por Leiter y Maslach (Leiter & Maslach, 2005). Se trata de un modelo multidimensional que recoge sus experiencias y estudios de los últimos veinte años. Este modelo plantea que la aparición del burnout se produce por un desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales. Esto provocaría CE en el trabajador, para luego experimentar la DP como una estrategia de afrontamiento. El resultado del proceso sería la aparición de la baja RP por el manejo ineficaz de los estresores laborales (Leiter & Maslach, 2005) (Christina Maslach & Leiter, 2008).

El entorno sanitario conlleva, múltiples características que son factores de riesgo para la aparición de burnout, entre otros: un gran esfuerzo mental y físico, continuas interrupciones y reorganización de tareas, que incrementan la carga y esfuerzo mental y el trato con el paciente en circunstancias complejas de ansiedad y dolor. Además, el sistema sanitario es cada vez más complejo y sujeto a cambios organizacionales y tecnológicos que hacen que los profesionales deban adaptarse continuamente, incrementándose el estrés laboral percibido y el riesgo de aparición del síndrome. Dada la elevada prevalencia de burnout entre el personal sanitario y sus repercusiones tanto a nivel individual como colectivo, el síndrome afecta negativamente al Sistema Sanitario. Por ello, es importante estudiar los niveles de burnout existentes, como paso previo a su prevención para evitar las consecuencias del estrés laboral. Además, el estudio de las variables asociadas permite comprenderlo mejor e intervenir de manera más eficaz.

Para la evaluación del burnout se han utilizado distintos procedimientos, aunque el Maslach Burnout Inventory (MBI) en sus diferentes versiones (Maslach y Jackson, 1981, 1986, 1996), es el instrumento más utilizado para la evaluación psicométrica y para el diagnóstico del burnout, con independencia de las características ocupacionales de la muestra y de su origen. Con dicha herramienta se han realizado múltiples estudios, que han contribuido a entender el fenómeno del burnout (Leiter & Maslach, 2005)(Posig & Kickul, 2003) (Gil-Monte

& Peiró, 1999). Las tres versiones del test MBI, se diferencian en pequeños matices, en función del colectivo profesional al que van dirigidos. La primera versión se diseñó para aplicarlo a profesionales que trabajaban en el área de servicios humanos. Se trata del Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) (Christina Maslach & Jackson, 1981a). La segunda edición del manual (MBI-HSS) se editó en 1986 (Maslach C & Jackson SE, 1986). El instrumento fue traducido al castellano por Nicolás Seisdedos (Seisdedos-Cubero N, 1997). En esta segunda edición del manual del MBI, se incluye además una adaptación del cuestionario para los profesionales de la educación, realizada por Schwab, y conocida como Maslach Burnout Inventory-Educators Survey (MBI-ES). Posteriormente, Maslach y Jackson colaboraron con Leiter y Schaufeli y en 1996 publicaron la tercera versión del MBI, el Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS), de carácter más universal, dirigido a profesionales de cualquier colectivo (Christina Maslach, Jackson, & Leiter, 1996). Existen otras muchas escalas también utilizadas en los estudios empíricos sobre el burnout como el Burnout Measure (Pines & Aronson, 1989), o el CESQT (Gil-Monte, 2011) aunque con mucha menos implantación que el MBI.

En origen, el síndrome se conceptualizó en base al uso del MBI. Sus subescalas no se identificaron desde un modelo teórico basado en la observación clínica, sino que se dedujeron a partir de estudios exploratorios realizados para confirmar la validez factorial de la herramienta (Shirom & Melamed, 2006) (Taris, Le Blanc, Schaufeli, & Schreurs, 2005) (J. M. G. García, Remuzgo, & Fuentes, 2007). Existe cierta disparidad en los resultados obtenidos en diferentes estudios sobre su estructura factorial y propiedades psicométricas. Christina Maslach considera el burnout un síndrome tridimensional, aunque algunos autores proponen una estructura bidimensional y otros plantean una estructura factorial de cuatro o más dimensiones (Loera, Converso, & Viotti, 2014). La disparidad en los resultados sobre la estructura factorial y propiedades psicométricas del MBI se debe a la heterogeneidad de las muestras utilizadas en los diferentes estudios. Las diferencias observadas pueden deberse a que el instrumento se desarrolló en el contexto norteamericano, y existe heterogeneidad lingüística y cultural entre las muestras en las que se ha utilizado la herramienta, debido a que las preguntas pueden asumir diferentes significados dependiendo del contexto en el que se presenten (Kim & Juye Ji, 2009). Sin embargo, todos los autores están de acuerdo en que el MBI reúne los suficientes requisitos de validez factorial y consistencia interna para emplearlo en la evaluación del burnout y existe acuerdo en considerar el cansancio emocional como el núcleo

principal del síndrome y el componente más estable y predictivo de sus consecuencias (C. Maslach et al., 2001) (R. T. Lee, Seo, Hladkyj, Lovell, & Schwartzmann, 2013).

No existe un criterio unánime sobre los valores normativos a utilizar para diagnosticar el síndrome ni para calcular su prevalencia. Para evaluar el grado de burnout en función de las subescalas que lo definen, las autoras del MBI proponen utilizar puntos de corte según un criterio de percentiles, dividiendo la muestra en tres grupos (percentiles 33 y 66) para cada una de las subescalas (Christina Maslach & Jackson, 1981b). Sin embargo, la equivalencia en percentiles de los puntos de corte, ha sido evaluada en múltiples estudios y los resultados parecen indicar que los valores normativos son diferentes según el tipo de población estudiada, es decir, que no existen puntos de corte universales para distinguir lo normal de lo patológico. Ésta es una cuestión que se ha seguido discutiendo en múltiples trabajos sobre el síndrome, lo que sugiere que no se puede generalizar a todas las profesiones y culturas la clasificación del burnout, e implica la utilización de distintos puntos de corte en función de la población estudiada. El instrumento se ha adaptado a distintos idiomas para evitar sesgos en la interpretación de los resultados (Grau-Alberola, Gil-Monte, García-Jueas, & Figueiredo-Ferraz, 2010) (Kim & Juye Ji, 2009). Gil-Monte y Peiró validaron la estructura factorial del MBI para la población española en 1999 (Gil-Monte & Peiró, 1999) y establecieron los puntos de corte para nuestra población en 2000 (Gil-Monte & Peiró, 2000), igual que otros autores hicieron para sus muestras poblacionales (Alemania: Bussing en 1992 (Büssing & Perrar, 1992); Italia: Sirigatti y Stefanile en 1993 (Sirigatti & Stefanile, 1993); Canada: Dion en 1994 (Dion & Tessier, 1994); Holanda: Schaufeli y VanDierendock en 1995 (Schaufeli & Van Dierendonck, 1995); Portugal: Carlotto y Camara en 2004 (Carlotto & Câmara, 2004)).

Es importante prevenir el burnout en los profesionales sanitarios debido a su implicación emocional con los pacientes (Aiken, Clarke, & Sloane, 2002) (Álvarez, 2011). Se han realizado múltiples estudios sobre burnout en atención primaria, especializada, hospitales de agudos y áreas y servicios específicos a nivel nacional e internacional (R. T. Lee et al., 2013) (Cañadas-De la Fuente et al., 2015). Sin embargo, no existen investigaciones realizadas en hospitales de media-larga estancia, donde, debido a la gran vulnerabilidad de sus pacientes, se puede producir mayor implicación emocional del personal que en otro tipo de instituciones sanitarias. Este hecho planteó la necesidad de estudiar la prevalencia de burnout entre nuestros profesionales para analizar la situación y elaborar planes de mejora en función de los resultados obtenidos.

### ***2.1.1.2. RIESGOS PSICOSOCIALES Y SU RELACIÓN CON EL BURNOUT***

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1984 los riesgos psicosociales como aquellos aspectos relacionados con la organización, el contenido y la realización del trabajo que pueden afectar al bienestar y la salud del trabajador (Comité Mixto OIT-OMS sobre Medicina del Trabajo & Oficina Internacional del Trabajo, 1988). Cuando las exigencias del trabajo no se adaptan a sus necesidades, expectativas o capacidades, se producen situaciones de riesgo, con posibles consecuencias para las personas y para la organización (Leka et al., 2008) (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2014). La exposición a factores psicosociales adversos en el entorno laboral produce tensión mental, que si se mantiene en el tiempo, incrementa el riesgo de enfermedades cardiovasculares, musculo-esqueléticas, gastrointestinales y psicológicas (Moreno Jiménez & Baez León, 2010) (Chirico, 2016), aumentando también el absentismo, la conflictividad laboral y los abandonos voluntarios de la empresa (Vignoli, Guglielmi, Bonfiglioli, & Violante, 2016) (Grau, Suñer, & García, 2005) (J. M. García, Moreno, Díaz, & Valdehita, 2007). Estos desajustes entre el profesional y su entorno se han relacionado con el burnout y la insatisfacción laboral (Escribà-Agüir, Artazcoz, & Pérez-Hoyos, 2008) (Hocine, Aït Bouziad, Légeron, Dab, & Saporta, 2016). Así, cuanto mayor es la brecha entre la persona y su trabajo (falta de cumplimiento de expectativas, falta de apoyo, conflictos de rol, etc.), mayor es la probabilidad de aparición de burnout, mientras que cuanto más integrado esté, mayor será su compromiso (C. Maslach et al., 2001).

Desde el punto de vista clínico, el burnout es el estado al que llega el trabajador en respuesta a estresores laborales crónicos (C. Maslach et al., 2001). Según la perspectiva psicosocial es consecuencia de la interacción dinámica entre el individuo y su entorno laboral (Christina Maslach & Leiter, 2008), de modo que el burnout, tiene su origen en el trabajo y no en el trabajador. Este aspecto es importante para enfocar su prevención y tratamiento, identificando las fuentes de estrés y actuando sobre ellas y no dirigiendo la atención únicamente hacia el individuo (Grau et al., 2005).

En sanidad, trabajar con pacientes en circunstancias de ansiedad y dolor, hace que los profesionales estén expuestos a riesgos psicosociales que convierten el desempeño en no gratificante y aumentan el estrés percibido (Gil-Monte, 2009) (Privitera, H. Rosenstein, Plessow, & M. LoCastro, 2015). Por otra parte, desde el punto de vista organizacional, las instituciones sanitarias en muchas ocasiones presentan una cultura resistente al cambio en lo que respecta a las políticas de gestión de recursos humanos (Mingote Adán, Moreno Jiménez, & Herrero, 2004), pudiendo generarse un entorno laboral "tóxico" en el colectivo profesional, con consecuencias psicosociales capaces de producir síntomas psicosomáticos e insatisfacción laboral. El prototipo

son organizaciones verticales, burocratizadas y con poca participación de los profesionales en la toma de decisiones, en aspectos tan importantes como el reconocimiento, comunicación, interacción, soporte interno, dotación y distribución de recursos humanos, lo que favorece la aparición de estrés laboral y burnout entre los profesionales sanitarios. Según Aiken, et al (Linda H. Aiken, Clarke, & Sloane, 2002), estas estructuras organizativas con políticas de gestión de recursos humanos inadecuadas a las necesidades y demandas asistenciales, producen un descenso significativo del rendimiento profesional y aumentan el riesgo de aparición de errores en el desarrollo de la actividad, incrementando la morbilidad-mortalidad y dando lugar a lo que podrían llamarse “hospitales estresados”. Por el contrario, existen entornos donde los trabajadores están comprometidos e identificados con su trabajo y ante cargas y factores estresantes similares, no se produce burnout, lo que sugiere que las reacciones frente a una determinada situación, no son las mismas para todos los trabajadores, sino que están condicionadas por características propias del individuo y de la organización (Gil-Monte, 2009) (Chirico, 2016). De hecho, en los años 80, se realizaron estudios para identificar los factores responsables de la atracción que ejercían los llamados “Hospitales Magnéticos” sobre el personal y se comprobó que esos hospitales presentaban características organizacionales que permitían a las personas desarrollarse profesionalmente (Mc Clure ML et al, 1983) (Havens & Aiken, 1999) (L. H. Aiken & Patrician, 2000) (Linda H. Aiken, Clarke, & Sloane, 2002). También se observó que en este tipo de centros, las tasas de mortalidad eran inferiores a las de otros hospitales de su mismo nivel, o sea, que la calidad de los cuidados prestados y la seguridad del paciente, se relacionaba con la gestión participativa llevada a cabo en este tipo de centros (Linda H. Aiken, Clarke, & Sloane, 2002) (L. H. Aiken, Smith, & Lake, 1994) (Linda H. Aiken et al., 2012).

En nuestro hospital se atiende mayoritariamente a pacientes crónicos y de larga evolución, con gran dependencia y discapacidad, o en situaciones clínicas de enfermedad avanzada y, debido a la gran vulnerabilidad de los pacientes atendidos, se puede producir mayor implicación emocional y estrés que en otro tipo de instituciones sanitarias (Acinas, 2012). Esta realidad, junto al elevado absentismo laboral (22,55%) observado en el último año (2017), y la falta de investigaciones al respecto realizadas en hospitales de media-larga estancia, motivó el diseño del presente estudio.

En el momento en el que se realizó el estudio, la dirección del centro era jerarquizada, vertical y poco accesible, sin participación activa de los profesionales en la gestión. El trabajo en las unidades se organizaba en base a equipos multidisciplinares que realizaban la valoración bio-psico-social del paciente y la elaboración de un Plan de Actuación Individualizado para cada

paciente, definiendo objetivos terapéuticos que se revisaban periódicamente y potenciando la participación del paciente y del cuidador en el proceso asistencial (López Almazán, 2008).

### **2.1.2.3 SATISFACCIÓN LABORAL**

La satisfacción laboral es la actitud que una persona tiene en el trabajo y es un factor esencial para alcanzar los objetivos individuales y colectivos (Zubiri Sáenz, 2013). En las organizaciones de salud, la satisfacción laboral está relacionada con la calidad de la atención médica y es también un elemento clave para la retención de profesionales (Fernández San Martín et al., 2000) (García-Pozo, Moro-Tejedor, & Medina-Torres, 2010). Ciertas características, como la historia personal, las habilidades, la autoestima, la autopercepción y el entorno sociocultural, influyen sobre las expectativas, las necesidades y las aspiraciones que repercuten sobre la motivación y la satisfacción laboral del personal. Además, la insatisfacción laboral está estrechamente relacionada con las altas tasas de rotación, el estrés, el agotamiento emocional y el síndrome de burnout en el personal de enfermería (Sansoni et al., 2016) (Liu, Aunguroch, & Yunibhand, 2016) (Viotti & Converso, 2016).

Elton Mayo fue el primero en estudiar la satisfacción laboral en la década de los 30 en Western Electric Company (Zubiri Sáenz, 2013). Sus resultados mostraron que había correlación entre el tipo de supervisión y las actitudes de los trabajadores. El interés por el clima laboral en sanidad, surgió a finales de los 70, ante la escasez de personal de enfermería en los hospitales de EEUU. Se observó que algunos hospitales en lugar de perder personal, lo atraían, por lo que se les llamó Hospitales Magnéticos, comprobándose que sus formas de gestión se relacionaban con la satisfacción laboral (Mc Clure ML et al, 1983) (Havens & Aiken, 1999) (L. H. Aiken & Patrician, 2000) (Linda H. Aiken, Clarke, & Sloane, 2002). Según los resultados de un estudio multicéntrico llevado a cabo en 303 hospitales, en el que participaron más de 10.000 profesionales de enfermería, el clima organizacional y el apoyo institucional fueron variables predictoras de la satisfacción del paciente y de los profesionales (Linda H. Aiken, Clarke, & Sloane, 2002).

Son muchas las variables que influyen sobre la satisfacción laboral, entre otras, autonomía, carga de trabajo, las relaciones interpersonales y reconocimiento (Zangaro & Soeken, 2007). Para atraer y motivar al personal, debe conocerse su opinión, ya que más importante que las condiciones laborales en sí mismas, es cómo son percibidas por los trabajadores. Uno de los factores que más influyen en las percepciones y opiniones de los profesionales es el clima organizacional o conjunto de características que definen el ambiente de trabajo de una organización e influyen en los comportamientos, relaciones y actitudes individuales (Bernal González, Pedraza Melo, & Sánchez Limón, 2015). Una atmósfera adecuada y unos objetivos

realistas favorecen el crecimiento personal y la autorrealización profesional y también influyen en la satisfacción, la productividad, el compromiso y la calidad del trabajo (Greenslade & Jimmieson, 2011) (Segura Massó & Massó, 2012) (Servicio Vasco de Salud, 2001). Por eso, el crear organizaciones saludables para conseguir que los profesionales se sientan protagonistas de su propio desarrollo profesional, ayuda a conseguir la automotivación, que puede ser un importante motor del cambio.

Una Organización Sanitaria Saludable y Resiliente es aquella que se esfuerza por garantizar la calidad de vida laboral de sus empleados, sobrevivir y prosperar en contextos de cambio económico y social, con la capacidad de crear ambientes de trabajo que contribuyen a mejorar la práctica profesional y la salud de los profesionales sanitarios, y en definitiva a mejorar la calidad del servicio prestado (Hernández-Vargas, Llorens-Gumbau, & Rodríguez-Sánchez, 2014) (Olvera-Calderón, Llorens-Gumbau, Acosta-Antognoni, & Salanova-Soria, 2017)

Existen numerosos estudios sobre la satisfacción laboral, inicialmente realizados para examinar la influencia de la satisfacción laboral en el rendimiento; sin embargo, el valor fundamental de estos estudios es que proporcionan una herramienta de intervención organizacional. Hay muchos modelos de encuestas utilizados para evaluar la satisfacción laboral y cada organización debe elegir el que mejor se adapte a sus características. El impacto de las dimensiones que definen la satisfacción laboral depende de las características de cada individuo y de las características de la organización (Fernández San Martín et al., 2000).

Se han realizado pocos estudios de satisfacción laboral en hospitales de media-larga estada, en los que se atiende principalmente a pacientes crónicos y de larga evolución, con gran dependencia y discapacidad. Como antecedentes de este estudio, en 2012, se evaluó el grado de burnout del personal del Hospital Doctor Moliner mediante el test de Maslach y se comprobó que el 48% de los profesionales estudiados tenían afectadas las 3 subescalas (CE, DP y baja RP). El 14% de la muestra presentaba burnout franco, con alta alteración de las tres subescalas, lo que confirmó la necesidad de analizar la situación y aplicar medidas correctoras.

### **2.1.3. SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La seguridad del paciente es uno de los componentes esenciales de la calidad científico-técnica, siendo una dimensión transversal de la calidad asistencial. Los adelantos científicos y tecnológicos de las últimas décadas han creado un sistema sanitario complejo en el que interactúan factores inherentes al sistema con factores clínicos. La práctica clínica entraña cada vez más riesgos potenciales e incertidumbre y no es posible garantizar por completo la ausencia de eventos adversos a pesar de la dedicación y profesionalidad del personal. Los sistemas

sanitarios deben realizar las acciones de mejora oportunas para intentar disminuir al máximo esos sucesos (Donaldson & Fletcher, 2006). Este hecho ha incrementado el interés por evaluar la seguridad del paciente en las organizaciones sanitarias. Los resultados clínicos y los eventos adversos producidos se han utilizado como indicadores de la seguridad del paciente (Peter J. Pronovost et al., 2009). Según algunos estudios, existe relación entre la cultura organizacional, el clima laboral, los eventos adversos producidos y la satisfacción del paciente (Sean P. Clarke, Rockett, Sloane, & Aiken, 2002) (Brewer, 2006) (Stone & Gershon, 2006) (Carman et al., 2010) .

Una práctica clínica segura exige conseguir tres objetivos: identificar qué procedimientos clínicos, diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces, asegurar que se aplican a quien los necesita y realizarlos correctamente y sin errores (Aibar & Aranaz, 2003).

Durante mucho tiempo se consideró que la ocurrencia de eventos adversos ligados a la atención sanitaria era debida a fallos humanos. Sin embargo, en el entorno complejo de la asistencia sanitaria, los eventos adversos son una combinación de errores activos de las personas que operan en el sistema y de estados latentes del propio sistema, que suelen ser persistentes y que deberían identificarse y eliminarse antes de que ocasionen problemas de seguridad para el paciente (Reason, 2000). Por ello, actualmente, el énfasis en el estudio y la prevención de los eventos adversos se pone en los sistemas, en las deficiencias en el diseño y en la organización, más que en los fallos individuales (Jesús M. Aranaz et al., 2006).

En diferentes estudios realizados en EEUU, Australia, Gran Bretaña, Dinamarca, Nueva Zelanda, Canadá y Francia, la incidencia de eventos adversos en hospitales ha sido estimada entre un 4 y un 17%, de los que se han considerado evitables alrededor de un 50% (Brennan et al., 1991) (Thomas et al., 2000) (Wilson et al., 1995) (C. Vincent, Neale, & Woloshynowych, 2001) (Schiøler et al., 2001) (Davis et al., 2001) (Baker et al., 2004) (Michel, Quenon, Djihoud, Tricaud-Vialle, & de Sarasqueta, 2007). En España el estudio ENEAS (Ministerio Sanidad, 2006) halló una incidencia de eventos adversos del 9,3% durante la asistencia hospitalaria. Por lo tanto, se debe actuar sobre aquellos eventos que puedan ser prevenibles y evitables.

Otro aspecto importante de la “no seguridad” son los costes, tanto emocionales como económicos, ya que repercute sobre la estancia hospitalaria, la mortalidad y la capacidad funcional del paciente (Antoñanzas Villar, 2013), sin olvidar el efecto sobre la pérdida de confianza en el sistema sanitario y sus profesionales.

### **2.1.3.1. CULTURA DE SEGURIDAD**

Desde la perspectiva de la calidad, la seguridad del paciente es una dimensión transversal (Ministerio Sanidad, 2015). La creación de una cultura institucional en seguridad del paciente

conduce a implementar prácticas seguras y a trabajar para prevenir los errores que suceden a diario en las organizaciones sanitarias. Este debería ser un compromiso de todos los profesionales y una prioridad en la gestión sanitaria (Shojania, Duncan, McDonald, Wachter, & Markowitz, 2001) (Shekelle et al., 2013), pero es un reto difícil de conseguir. Los efectos indeseables de los medicamentos, infecciones nosocomiales, complicaciones del curso clínico y errores diagnósticos y terapéuticos forman parte de las preocupaciones diarias de los profesionales y gestores sanitarios (Alberti, 2001). Ya en los años 50, Barr (Barr, 1955) vio en ellos el precio a pagar por avances tecnológicos y terapéuticos, mientras que Moser los denominó “las enfermedades del progreso de la medicina” (Moser, 1956). Según la literatura, la mayoría de los eventos adversos ligados a la atención sanitaria, son el resultado de la acumulación de errores humanos, fallos latentes del sistema y procesos organizacionales y administrativos. Diferentes estudios publicados desde los años 90 han contribuido al conocimiento de la magnitud, impacto y características de los eventos adversos ligados a la atención sanitaria (Brennan et al., 1991) (Wilson et al., 1995) (Nguyen, Hillman, & Buist, 2001) (Ministerio Sanidad, 2006) (Zegers et al., 2009). El informe del año 1999 del Instituto Americano de Medicina “To err is human” (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 2000) hizo que muchos gobiernos situaran la seguridad del paciente entre sus prioridades de política sanitaria.

En España, la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS) se desarrolló en 2005 y sus objetivos se orientaron a promover la cultura de seguridad, la gestión del riesgo, las prácticas seguras, la formación de los profesionales y la implicación de pacientes y ciudadanos (Ministerio Sanidad, 2015). A partir de estos objetivos se han desarrollado proyectos y programas para conocer mejor los problemas relacionados con la seguridad del paciente y las herramientas para prevenirlos. Estos programas ayudan a reducir significativamente los eventos adversos evitables, los costes asociados y la mortalidad hospitalaria (Brilli et al., 2013). Conseguir una adecuada cultura sobre seguridad del paciente es la primera de las “buenas prácticas” recomendadas en el informe publicado el 2003 por el National Quality Forum (The National Quality Forum, 2003), ya que según algunos estudios, existe relación entre la cultura de seguridad, las actitudes del personal y la disminución de la frecuencia y gravedad de los eventos adversos producidos (Mardon, Khanna, Sorra, Dyer, & Famolaro, 2010) (Singer, Lin, Falwell, Gaba, & Baker, 2009) (Hansen, Williams, & Singer, 2011).

La cultura de seguridad integra la presencia de valores, creencias, normas, comportamientos y actitudes que pueden contribuir a la seguridad del paciente (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 2001). El desarrollo de una cultura de seguridad positiva puede ayudar a interiorizar la preocupación por la seguridad en el funcionamiento diario

en las organizaciones y en las rutinas de trabajo de los profesionales y los equipos (Stone & Gershon, 2006). Se ha sugerido que importantes palancas, como la formación o la mejora tecnológica, no producen los efectos esperados si no existe una cultura adecuada, capaz de sensibilizar a los profesionales sobre la importancia de este hecho. Por el contrario, los hospitales que invierten en la cultura de la seguridad del paciente consiguen no solo que el personal prevenga y resuelva problemas relacionados con la seguridad del paciente, sino que también aprenden de forma colectiva al analizar los eventos producidos (Edmondson, 1999). Por eso, es importante conseguir la concienciación e implicación del personal sanitario, por su capacidad para liderar el cambio (Ginsburg, Norton, Casebeer, & Lewis, 2005).

Para comprobar la efectividad de las medidas adoptadas para incrementar la seguridad del paciente, existen dos perspectivas. La primera se centra en establecer la magnitud del problema, promoviendo la declaración de los eventos adversos para disminuir su frecuencia a partir de su análisis y del diseño de barreras preventivas. La segunda incide en los elementos de la cultura y el clima de seguridad de la organización, los cuales determinan las prácticas de trabajo cotidianas y hacen que el personal perciba las diferentes dimensiones que influyen en la seguridad del paciente. El mecanismo sugerido para abordar las dos perspectivas, es, por una parte, la evaluación permanente y proactiva de los eventos adversos producidos y, por otra, monitorizar la evolución de la cultura de seguridad mediante cuestionarios validados (Ginsburg et al., 2005). Ésta es una potente herramienta de retroalimentación para generar interés entre el personal del ámbito sanitario y para identificar las áreas prioritarias sobre las que intervenir. Las evaluaciones seriadas, seguidas de intervenciones diseñadas en función de los resultados obtenidos, conducen a largo plazo a cambios en la cultura de seguridad (Chakravarty, Sahu, Biswas, Chatterjee, & Rath, 2015).

Existen muchos cuestionarios validados para evaluar la cultura de seguridad del paciente. Uno de los instrumentos más utilizados es el cuestionario HSOPS (Hospital Survey on Patient Safety), publicado por la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) en noviembre de 2004 y traducido y validado a diversos idiomas (Sorra & Dyer, 2010). El objetivo de la encuesta es evaluar hasta qué punto la cultura de la organización contempla la importancia de la seguridad del paciente y fomenta la declaración de eventos adversos y la discusión abierta sobre los errores acaecidos, creando una atmósfera de aprendizaje y mejora continua.

Por otra parte, se han realizado muchos estudios que evaluaron la cultura de la seguridad en términos de dimensiones y resultados y los relacionaron con la mejora de la seguridad del paciente (Mardon, Khanna, Sorra, Dyer, & Famolaro, 2010) (Singer, Lin, Falwell, Gaba, & Baker, 2009) (Hansen, Williams, & Singer, 2011). No obstante, pocos son los que analizaron el valor

predictivo de las distintas dimensiones de la cultura de seguridad evaluadas, sobre los resultados globales de la encuesta en términos de seguridad percibida. También, según nuestros conocimientos, existen pocos estudios sobre cultura de seguridad realizados en hospitales de media-larga estancia. En este tipo de centros, debido a la vulnerabilidad de sus pacientes, los eventos adversos relacionados con la atención sanitaria tienen una distribución diferente a la de los hospitales de agudos, tal como indican los resultados del estudio EARCAS (Ministerio Sanidad, 2011). Este hecho planteó la necesidad de estudiar la cultura de seguridad del paciente de nuestros profesionales para analizar la situación de partida, determinar la influencia de las distintas dimensiones analizadas sobre la variable resultado y aplicar medidas correctoras en función de las necesidades detectadas.

### **2.1.3.2. RELACIÓN ENTRE LA SATISFACCIÓN LABORAL Y LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Para identificar los factores relacionados con las deficiencias existentes, deben evaluarse las percepciones de usuarios y profesionales. No basta con conocer los resultados en salud, sino que también debe comprenderse cómo se organizan y brindan los servicios a través de la opinión de los trabajadores. Uno de los factores que según los expertos influye en las percepciones de los profesionales es el clima de la organización. Otra variable a considerar es la satisfacción laboral, o actitud de los profesionales ante su trabajo, que es el resultado emocional de si el puesto cumple o no con las expectativas de la persona trabajadora (Zubiri Sáenz, 2013).

Las personas son un recurso imprescindible para lograr la eficacia, eficiencia y efectividad en las organizaciones (M. Salanova Soria, 2008). Esta realidad hace que cada vez se dé más importancia al factor humano en la gestión sanitaria. El entorno influye sobre los pensamientos, emociones y conductas de los individuos. La gestión del capital humano y sus capacidades se convierte en una importante «palanca de cambio». Muchos expertos recomiendan formar a los profesionales sanitarios en habilidades de relación para conseguir organizaciones saludables, teniendo en cuenta aspectos físicos (ergonomía), cognitivos (estado y situación emocional del profesional, habilidades de comunicación, trabajo en equipo) y organizativos (cultura de la organización) (Ministerio Sanidad, 2015) (Mao et al., 2015), ya que estas variables repercuten directamente sobre aspectos como la capacidad de respuesta en la atención prestada, la empatía y la seguridad del paciente (Neal, Griffin, & Hart, 2000) (Greenslade & Jimmieson, 2011).

### **2.1.3.3. EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS ASISTENCIALES**

El concepto de riesgo asistencial incluye cualquier situación no deseable o factor que contribuye a que se produzca, con consecuencias negativas para el paciente. Dado que es imposible evitar completamente el daño al paciente, ya que toda actividad humana conlleva un margen de error,

lo que sí es posible es identificar, estudiar, controlar y minimizar ese daño, gestionando los riesgos. Se trata de conocer los riesgos existentes, eliminar los que sea posible, y prevenir aquellos que hay que asumir de forma inevitable, ya que seguridad, no es igual a ausencia de riesgo (Aibar & Aranaz, 2003).

La reducción de los riesgos asistenciales precisa de actuaciones coordinadas a diferentes niveles, que van desde las personas y la organización del trabajo, hasta la cultura de la organización. Es importante implicar a los profesionales para que colaboren en la declaración de los eventos adversos y en las propuestas de mejora. Y es fundamental el apoyo de la Dirección para poner en marcha los planes de mejora elaborados (Agencia Nacional para Seguridad del Paciente. Sistema Nacional de Salud del Reino Unido., 2005).

También es importante implicar a los pacientes en la prevención de los eventos adversos. Es importante la comunicación abierta de los eventos adversos y su participación real en el proceso de toma de decisiones, especialmente cuando éstas implican riesgos graves y variaciones importantes de la calidad de vida (Kassirer, 1994) (Coulter, 2002) (Aibar & Aranaz, 2003). Además, según diversos estudios, un modo efectivo de evitar errores y eventos adversos es hablando sobre ellos y estimulando a los pacientes a preguntar al respecto (Charles Vincent, 2003) (Kraman & Hamm, 1999).

Por otra parte, es importante señalar que no hay que olvidar la repercusión de los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios, que son “las segundas víctimas” y que cuando el evento adverso tiene consecuencias graves o muy graves para el paciente, necesitan apoyo emocional y en ocasiones, asesoría legal. Deberían elaborarse protocolos de apoyo hacia el profesional y dar formación para afrontar el error. Así mismo, también es importante elaborar un plan de contingencia para proteger la reputación de la institución como tercera víctima en caso de que ocurra un evento adverso grave que pueda dañar la imagen del centro (José Joaquín Mira et al., 2015).

### ***2.1.3.3.1. MAPA DE RIESGOS***

La práctica clínica es una actividad acompañada de riesgos e incertidumbre. La gestión de riesgos se basa en la identificación, análisis y corrección de las causas que originan un daño al paciente, secundario a la asistencia sanitaria. Aunque la prevención de muchos eventos adversos debe esperar a que se produzcan avances científico-técnicos, muchos otros se deben a errores de gestión o de organización de las tareas, lo que sugiere que son potencialmente prevenibles. Para reducir la incidencia de estos eventos evitables, es necesario identificar sus causas e implementar estrategias para evitar que se produzcan o reducir sus efectos (L. L. Leape et al.,

1991). La elaboración de un mapa de riesgos es una herramienta útil que permite clasificar la información sobre los riesgos de las organizaciones y visualizar su magnitud con el fin de establecer estrategias adecuadas para su manejo. En los casos en los que no existe conciencia de la necesidad de invertir en medidas de control, en su financiación, o en el entrenamiento y sensibilización del personal, la información contenida en los mapas de riesgos puede servir de motivación para apoyar el desarrollo de programas de administración de riesgos. Además, ayuda a orientar las acciones con eficiencia, al definir prioridades y disponer de propuestas sobre las medidas de tratamiento. Con el diseño e implementación de los mapas de riesgos se promueve el trabajo en equipo y se incrementa el entendimiento de los participantes sobre los procesos analizados, creándose un mayor nivel de responsabilidad y colaboración. Además, permiten estructurar la información y facilitan la comunicación tanto con los gestores como con el personal, para conseguir una mejor comprensión y toma de decisiones (Aibar & Aranaz, 2003).

En el contexto de la elaboración del mapa de riesgos, para el análisis de los riesgos asistenciales, una herramienta útil es el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). El AMFE es una técnica creada para el proyecto APOLO en la década de los 60, que se ha ido extendiendo a la aeronáutica, al sector de la energía nuclear y al resto de las industrias y empresas de servicios, aunque su uso en sanidad, no se introdujo hasta los años 90 (DeRosier, Stalhandske, Bagian, & Nudell, 2002). El Institute of Medicine y la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, recomiendan su uso para el análisis y evaluación de los riesgos asistenciales (Standard LD.5.2), ya que permite documentar los modos de fallo, de forma sistemática y participativa y priorizar y registrar las acciones llevadas a cabo para su prevención, como herramienta de mejora continua. Se trata de una técnica analítica que identifica los posibles fallos de cada actividad de un proceso, evalúa los efectos que pueden tener los fallos sobre el paciente, identifica posibles causas y determina las medidas de control para la prevención o detección de las condiciones del fallo.

### **2.1.3.3.2. SISTEMA DE NOTIFICACIÓN VOLUNTARIA DE EVENTOS ADVERSOS**

Los objetivos de los sistemas de notificación de eventos adversos son: aprender de la experiencia, valorar la evolución de los progresos en prevención y detectar riesgos emergentes relacionados con la aparición de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas (Aibar & Aranaz, 2003). Por las implicaciones legales que puede tener la notificación de eventos adversos, la tendencia es que los sistemas de notificación sean anónimos ya que el temor a la responsabilidad individual puede ser un obstáculo importante para la declaración.

Los sistemas de registro y notificación no pretenden ser una estimación de la frecuencia de eventos adversos e incidentes en el sector sanitario, sino una forma de obtener información sobre la cascada de acontecimientos que conducen a su aparición. La no declaración por temor a posibles represalias, puede conducir a un desconocimiento de la verdadera magnitud de los problemas, impidiendo adoptar medidas correctoras. Para aumentar la confianza de los profesionales hacia los sistemas de notificación y potenciar su uso, se debe garantizar la protección de los datos (Muiño Míguez et al., 2007). Las cualidades que contribuyen al éxito de un sistema de estas características analizadas por Leape, debiendo destacarse su carácter no punitivo y anónimo (Lucian L. Leape, 2002). Entre las limitaciones de los sistemas de notificación, cabe destacar su carácter retrospectivo, la indefinición de los casos a incluir, la subnotificación, los sesgos que suponen la voluntariedad y la lentitud en el análisis de la información y difusión de los resultados (Aibar & Aranaz, 2003). Sin embargo, y a pesar de las limitaciones, a partir de los sistemas de notificación se obtiene valiosa información que permite analizar los eventos más frecuentes y/o más graves y diseñar barreras y planes de mejora que permitan reducir su frecuencia y gravedad, sirviendo también como herramienta formativa y de concienciación para difundir la cultura de seguridad e incrementar la implicación de los profesionales.

### **2.1.4. ADOPCIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS ASISTENCIALES**

La implantación de prácticas seguras basadas en la evidencia es un aspecto fundamental para la reducción de los riesgos asistenciales. De estas prácticas seguras se espera, obtener beneficios significativos en la seguridad del paciente. Estas prácticas, deben ser efectivas, tener un potencial alto impacto y no presentar mucha complejidad para su implantación.

La buena práctica es un conjunto de acciones, procesos y actividades, orientadas a producir resultados positivos sobre la calidad y la seguridad del paciente. Además, debe estar consensuada por las personas que participan en el proceso y ser sostenible, eficaz, éticamente aceptable, interdisciplinar, objeto de aprendizaje, participativa, pertinente, planificada y entroncada en la organización, siendo también segura, replicable, verificable y evaluable.

En el contexto del presente estudio, se ha evaluado la relación entre el bienestar laboral, la evolución de la cultura de seguridad del paciente y los resultados de tres buenas prácticas asistenciales implantadas en el hospital: el cribado del estado nutricional del paciente, el programa de higiene de manos y la satisfacción del personal con el programa de prescripción electrónica asistida implantado a raíz de la priorización de los riesgos identificados en el mapa de riesgos, para comprobar si el bienestar laboral y la cultura de seguridad del paciente estimulan a los profesionales a desplegar con mayor interés las buenas prácticas asistenciales.

#### **2.1.4.1. CRIBADO DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE**

Desde hace más de 25 años, los resultados de diversos trabajos corroboran la importancia de la desnutrición, pero a pesar de los avances científicos y técnicos realizados, ésta continúa siendo una causa frecuente de aumento de la morbimortalidad y un importante problema de salud en todo el mundo. Puede ser causa o consecuencia de la enfermedad, de los procedimientos terapéuticos, de la hospitalización o de las complicaciones y se asocia a cambios fisiológicos, bioquímicos e inmunitarios que aumentan la vulnerabilidad del paciente para que aparezcan otras patologías, actuando como factor de riesgo independiente frente a la aparición de complicaciones y el aumento de la mortalidad, la duración de la estancia hospitalaria y los costes (Correia I & Waitzberg, 2003). Además, cuanto más se prolonga la estancia hospitalaria, más se incrementa el riesgo de aparición de desnutrición. En el 12 % de los casos, dicha desnutrición es de carácter grave, incrementa de forma significativa los costes asistenciales y está estrechamente ligada a las tasas de mortalidad (J. de Ulíbarri Pérez et al., 2002) (Perez de la Cruz et al., 2004) (Ulibarri JI, 2004) (Ulíbarri, 2003) (J. Ulíbarri Pérez & De, 2014). Por el contrario, la mejora en la atención y la adecuación de los factores de riesgo vinculados a la dieta, pueden contribuir a incrementar la esperanza de vida y a disminuir el grado de incapacidad y la mortalidad (J. Álvarez, Monereo, Ortiz, & Salido, 2004) (J. Ulíbarri Pérez & De, 2014).

En pacientes hospitalizados, crónicos y ancianos, las necesidades de algunos nutrientes pueden ser mayores que en otras etapas de la vida. En estos periodos se producen numerosos cambios físicos, psíquicos y sociales y existe mayor prevalencia de enfermedades crónicas y complicaciones que incrementan el riesgo de desnutrición. El déficit proteico altera mecanismos metabólicos e inmunológicos y si la desnutrición pasa inadvertida, aparece depresión inmune y disminuye la reserva funcional y la capacidad de respuesta frente a agresiones externas, incrementándose el riesgo de aparición de complicaciones y retrasos en la recuperación de la enfermedad de base (Correia I & Waitzberg, 2003) (Leandro-Merhi, de Aquino, & Sales Chagas, 2011) (Lobo Támer, Ruiz López, & Pérez de la Cruz, 2009). Además, este perfil de pacientes tiene menor capacidad de regulación de los procesos relacionados con la nutrición, como consecuencia del progresivo deterioro de las funciones biológicas y se calcula que entre el 33 y el 55% de sus problemas de salud se relacionan con la nutrición (Ministerio de Sanidad y Consumo. Organización Médica Colegial de España., 2005) (J. Ulíbarri Pérez & De, 2014).

En el ámbito clínico, la evaluación del estado nutricional permite detectar deficiencias (en general, subclínicas) que van a incidir negativamente en la evolución del paciente y que podrían tratarse si se detectasen mediante un screening realizado al ingreso hospitalario, disminuyendo así los riesgos de morbimortalidad secundarios a la desnutrición preexistente y la estancia

hospitalaria, al permitir tratar de forma precoz situaciones de riesgo (Correia I & Waitzberg, 2003) (J. I. de Ulíbarri Pérez, Támer, & de la Cruz, 2015). Sin embargo, como media, las unidades de nutrición se consultan en menos del 10% de los casos que requerirían soporte nutricional (Ulibarri JI, 2004) (Ministerio de Sanidad y Consumo. Organización Médica Colegial de España., 2005) (García de Lorenzo A & Rodríguez JA, Montejo JC, 2002).

La importancia en clínica de la detección precoz de la desnutrición es indiscutible. El método de Control Nutricional (CONUT), evalúa el riesgo nutricional y clínico desde su inicio, lo que permite evitar la desnutrición y sus conocidas consecuencias. El Proyecto CONUT nació en 1985 en la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética del Hospital Universitario de La Princesa de Madrid, en busca de un sistema informatizado de cribado de la desnutrición clínica capaz de captar inmediatamente los rápidos cambios en la homeostasis del medio interno y con ello del riesgo nutricional y clínico del paciente, provocados por la enfermedad, el tratamiento y las complicaciones en el entorno clínico, hospitalario o domiciliario. Este sistema automatizado de monitorización, se basa en la determinación de la concentración de albúmina, colesterol y el recuento linfocitario (González Madroño A, Mancha A, Rodríguez F, Ulíbarri Perez JI, & Culebras J, 2011) y tras la aplicación de un sencillo algoritmo, permite cuantificar tanto el deterioro de la capacidad de nutrir adecuadamente a la célula, como su recuperación, tras la aplicación del tratamiento adecuado (J. de Ulíbarri Pérez et al., 2002). Su validez para la detección precoz de la desnutrición es adecuada (De Ulibarri et al., 2005) y correlaciona bien con distintas escalas de valoración nutricional, como el SGA (Subjective Global Assessment), MNA (Mini Nutritional Assessment) y la ESG (Encuesta Subjetiva Global), pero requiere menos recursos y experiencia para su aplicación (González-Madroño, Mancha, Rodríguez, Culebras, & De Ulibarri, 2012).

El CONUT detecta de forma inmediata el riesgo clínico y nutricional del paciente, cuantificando sus oscilaciones y facilitando la continuidad asistencial; permite prevenir la desnutrición, evitando su aparición sin esperar a que sea patente y medible mediante los parámetros antropométricos; realiza el seguimiento del proceso desde el inicio, monitorizando el riesgo producido por la enfermedad y su tratamiento. Actúa también como índice pronóstico de riesgo clínico, habiéndose relacionado con variables como mortalidad, estancia o reingresos. La inmediatez en la detección del cambio producido por el tratamiento en la reostasis del medio interno, permite rectificar a tiempo un procedimiento terapéutico si resulta perjudicial. También permite mejorar la calidad asistencial y reducir los costes asistenciales, todo ello realizado automáticamente por el Sistema Informático del Laboratorio, sin costos añadidos (Ulíbarri Perez JI, Fernandez G, Rodríguez Salvanés F, & Díaz López AM, 2014).

CONUT es un índice pronóstico sencillo, automatizado, eficiente, versátil y objetivo, que contribuye a la mejora de la calidad asistencial y la seguridad del paciente. Además, permite evitar el aumento de los costes asistenciales al detectar oportunamente la desnutrición y otros riesgos clínicos y optimizar los protocolos clínicos, detectando el riesgo de desnutrición y su progresión antes de que se manifieste funcional, aparente o antropométricamente y registra su evolución. Como herramienta de monitorización del riesgo clínico, alerta también cuando un tratamiento produce efectos negativos, permitiendo reconsiderar la terapia iniciada, lo que limita daños y acorta el proceso. Además, al detectar la mejoría tras la intervención nutricional, permite reducir el nivel asistencial los costes (Gómez-Candela et al., 2013).

La elevada prevalencia de desnutrición en el paciente crónico justifica la necesidad de realizar el cribado y detección precoz de los pacientes de riesgo de para su valoración, diagnóstico y tratamiento, para poder reducirla mediante la intervención nutricional e incrementar la calidad asistencial prestada. Contando con los medios disponibles en nuestro centro, se diseñó un estudio basado en el uso del filtro CONUT para la detección precoz de los pacientes con riesgo de desnutrición en el momento del ingreso hospitalario.

### **2.1.4.2. VIGILANCIA Y CONTROL DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL**

Las infecciones nosocomiales (IN) son uno de los principales eventos adversos ligados a la atención sanitaria, a pesar de los buenos niveles de control conseguidos y del elevado compromiso del personal sanitario. Suponen el 25% de los eventos acaecidos durante el ingreso hospitalario en España (Aranaz-Andres et al., 2009) y el 38% de los producidos en Latinoamérica (Aranaz-Andres et al., 2011), siendo una importante causa de morbi-mortalidad, con gran impacto económico para los sistemas sanitarios (World Health Organization, 2009b) (Korczak & Schöffmann, 2010). Ello es debido, entre otras causas a la mayor frecuencia de pacientes susceptibles a infecciones, a la aparición de microorganismos resistentes a los antibióticos y al aumento de la complejidad de las técnicas y procedimientos invasivos. Sin embargo, según múltiples estudios, más de la mitad de estas infecciones son evitables (Aranaz-Andres et al., 2009), (Aranaz-Andres et al., 2011).

Los hospitales de media y larga estancia son reservorios de microorganismos multirresistentes y en ellos, la prevalencia de los distintos tipos de IN es distinta a la de los hospitales de agudos, siendo en nuestro caso, la más frecuente, la infección del tracto urinario, seguida de la infección de vías respiratorias, la infección de piel y partes blandas, las infecciones gastrointestinales y la bacteriemia. Durante los últimos años, el control de la IN en los HACLEs se ha convertido en uno de los principales parámetros de la calidad asistencial (Serrano, Barcenilla, & Limon, 2014).

El mecanismo de transmisión más habitual de la IN es por transmisión cruzada a través del personal sanitario portador, así como por los cuidadores. Las medidas básicas de control son sencillas, rentables y económicas, tales como la aplicación de una técnica correcta de higiene de manos, el uso correcto de guantes y la aplicación de protocolos adecuados de higiene hospitalaria (Lupi3n, L3pez-Cort3s, & Rodr3guez-Ba3o, 2014). Por ese motivo nos planteamos analizar la evoluci3n de la adhesi3n del personal asistencial al protocolo de higiene de manos.

### ***2.1.4.2.1. ADHESI3N DEL PERSONAL AL PROTOCOLO DE HIGIENE DE MANOS***

Muchas publicaciones avalan que la higiene de manos (HM) previene de forma simple y eficaz la transmisi3n cruzada de microorganismos a trav3s de las manos del personal (World Health Organization, 2009b) (Grayson et al., 2008) (M. Y. Lin & Hayden, 2010) (Huskins, 2007) (Allegranzi & Pittet, 2009). Sin embargo, la adhesi3n a los protocolos de HM no siempre es adecuada, debido fundamentalmente a razones organizativas y a factores relacionados con los propios profesionales, siendo esta falta de cumplimiento, un problema a nivel mundial (Pittet, 2001) (Stewardson et al., 2016).

La Organizaci3n Mundial de la Salud (OMS) cre3 en 2004 la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. En 2005 lanz3 su primer Reto Mundial (World Alliance for Patient Safety, World Health Organization, & Department of Health System Policies and Operations, 2005) para promocionar la HM y divulg3 el Borrador Avanzado de las Directrices sobre HM (World Health Organization, 2005), ampliando el programa en 2009, con el objetivo de sensibilizar a los profesionales y alcanzar en 2020 una cultura de excelencia a nivel mundial. En esta etapa, la OMS public3 su Gu3a para la HM (World Health Organization, 2009b), defini3 su Estrategia Multimodal y divulg3 herramientas (World Health Organization, 2009a) (World Health Organization, 2010a) (World Health Organization, 2010b) para conseguir que los profesionales establezcan sus propios planes de mejora, independientemente de cu3l sea su punto de partida.

Existen pocos estudios que monitoricen la adhesi3n del personal al protocolo de HM realizados en hospitales de media-larga estancia, d3nde se atiende a pacientes cr3nicos con gran dependencia y discapacidad. En estos centros, los eventos adversos relacionados con la atenci3n sanitaria, presentan una distribuci3n distinta a la de los hospitales de agudos (Ministerio Sanidad, 2011) y la IN cobra especial importancia debido a la vulnerabilidad de sus pacientes (Serrano et al., 2014)., por lo que resulta de vital importancia una correcta adhesi3n del personal al protocolo de higiene de manos, por lo que se decidi3 monitorizar las practicas del personal con respecto a la higiene de manos durante el periodo 2010-2017.

### **2.1.4.3. SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES CON EL PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA**

Garantizar la seguridad de los pacientes en los sistemas sanitarios debe ser uno de sus objetivos prioritarios. En una publicación reciente (Makary & Daniel, 2016) se reconoce que los eventos adversos ligados a la atención sanitaria fueron la tercera causa de mortalidad en los EEUU en 2015. Por eso es prioritaria la implantación de políticas y estrategias activas para fomentar la cultura de seguridad del paciente en toda la organización (Ministerio Sanidad, 2015).

El uso seguro de los medicamentos a nivel hospitalario todavía no está resuelto. En el estudio ENEAS, realizado en 24 hospitales españoles, la incidencia de eventos adversos fue del 9,3%, la mayoría de ellos relacionados directamente con la asistencia hospitalaria (Aranaz-Andres et al., 2009). En un 22,2% de los casos, el evento adverso fue causa del reingreso del paciente y más de un tercio (37,4%) estuvieron relacionados con la medicación. Por otro lado, resultó destacable que casi la mitad (el 42,8%) de los eventos adversos relacionados con los medicamentos fuesen evitables o prevenibles.

En los últimos años se han implantado muchas medidas para reducir o limitar los errores de medicación en las instituciones sanitarias, independientemente de su actividad o finalidad (Ministerio Sanidad, 2015) (O'Connell et al., 2016) (Beam, Cardoso, Sweeney, Binney, & Weingart, 2017). Entre ellas está la implantación de sistemas de prescripción electrónica asistida (PEA) para contribuir a la seguridad de los pacientes hospitalizados. Estos sistemas integran un amplio espectro de información clínica e incluyen un potente sistema de alertas de seguridad (Beam et al., 2017) (Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero, & Álvarez-Sala, 2016) (Villamañán, Herrero, & Álvarez-Sala, 2011) (Gimenes, Miaso, de Lyra Junior, & Grou, 2006). Por sus bondades, los sistemas de PEA se implantaron en nuestros hospitales hace más de una década, inicialmente en los hospitales universitarios de referencia (Villamañán et al., 2013) (Cuéllar Monreal, Reig Aguado, Font Noguera, & Poveda Andrés, 2017) (Gómez de Rueda, Tena Sempere, Moral Alcázar, Barbero Hernández, & Horno Ureña, 2016) y se han ido extendiendo exponencialmente al resto del sistema sanitario.

Uno de los sistemas de PEA más extendidos es el Prisma Athos APD, especialmente en la zona este y sur de nuestro país (Cuéllar Monreal et al., 2017). Este sistema al igual que otros PEA, cuenta con varios niveles de seguridad, con información básica para facilitar la prescripción (dosis máximas, pautas definidas, número de días de tratamiento, interacciones, contraindicaciones o duplicidades), validación por farmacia y posterior dispensación, ofreciendo la posibilidad de controlar la administración de medicamentos mediante lectores ópticos para

chequear la idoneidad del tratamiento con el paciente a pie de cama (Ruano et al., 2016) (Cuéllar Monreal et al., 2017) (Volpe, Melo, Aguiar, Pinho, & Stival, 2016).

El sistema de PEA aporta sin duda muchos beneficios desde el punto de vista de seguridad del paciente ya que ha demostrado disminuir los errores de medicación, especialmente los de prescripción (Ruano et al., 2016) (Villamañán et al., 2011) (Gimenes et al., 2006) (Volpe et al., 2016). Sin embargo el sistema PEA se ha criticado por su poca flexibilidad terapéutica, entretener el proceso farmacoterapéutico, aumentar la burocracia o la dependencia clínica de la tecnología, entre otros (Villamañán et al., 2011) (Cuéllar Monreal et al., 2017). De ahí que se realicen mejoras del sistema para aumentar su aceptación por parte de los profesionales sanitarios (Cuéllar Monreal et al., 2017) (Villamayor-Blanco, Herrero-Poch, Miguel-Bouzas, & Freire-Vazquez, 2016) (Idemoto, Williams, & Blackmore, 2016).

La satisfacción con el sistema de PEA no siempre es tan elevada como cabría esperar, habiéndose obtenido resultados divergentes en distintos estudios, principalmente en hospitales universitarios o monográficos de referencia que atienden pacientes agudos (Ruano et al., 2016) (Villamañán et al., 2013) (Gómez de Rueda et al., 2016) (Volpe et al., 2016). Además, existen errores de medicación que se pueden producir por el uso del sistema de PEA, bien debido a una falta de configuración o porque no fue diseñado para su utilización en servicios especiales o para ciertos tipos de pacientes como los pediátricos (Ruano et al., 2016) (Villamañán et al., 2013) (P. L. T. Hoonakker, Carayon, & Walker, 2010).

Se han utilizado distintos cuestionarios para medir la satisfacción de los profesionales con el PEA, y algunos de ellos han sido diseñados expresamente de manera específica para su medición (Peter L T Hoonakker et al., 2013) (Wack et al., 2015). Casi todos ellos han mostrado una alta fiabilidad y la necesaria validez: aparente, contenido, criterio, divergente – convergente y de constructo (Luján-Tangarife & Cardona-Arias, 2015). La respuesta de los profesionales sanitarios puede considerarse satisfactoria en líneas generales, siempre y cuando se supere la barrera tecnológica y dispongan de asistencia técnica sobre todo durante la fase de implantación (Gimenes et al., 2006) (Cuéllar Monreal et al., 2017) (Villamayor-Blanco et al., 2016) (Katusiime et al., 2016) (Wack et al., 2015). En nuestro medio, recientemente se utilizó un doble cuestionario diseñado por Escolano et al para medir la satisfacción con el PEA (Escolano Pueyo A, & Real-Campaña JM, Casajús-Lagranja P, et al, 2017), uno para personal facultativo (PF) y otro para personal de enfermería (PE) ya que existe diferente apreciación entre ambos grupos, con resultados bastante similares a estudios precedentes (Katusiime et al., 2016). No tenemos constancia que se conozca esta satisfacción en hospitales de crónicos de media y larga estancia, tanto a nivel internacional como en nuestro medio, por lo que dado el periodo transcurrido entre

el momento de la implantación del PEA en nuestro hospital, nos pareció conveniente evaluar el grado de satisfacción de los profesionales con el sistema para localizar posibles áreas de mejora.

## **2.2. HIPÓTESIS**

El incremento de la implicación del personal asociado a la identificación y análisis sistemático de los riesgos asistenciales, aumentan la cultura de seguridad en un hospital de media-larga estancia, repercutiendo positivamente en la calidad asistencial de los servicios prestados (evaluada en términos de satisfacción de los pacientes) y en el cumplimiento de los objetivos de los acuerdos de gestión.

## **2.3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

Debido al envejecimiento progresivo de la población, la atención a pacientes crónicos se ha convertido en uno de los mayores retos de los sistemas sanitarios. Además, el aumento de la cronicidad implica un desafío a la calidad en la atención sanitaria, ya que las personas que padecen enfermedades crónicas están más expuestas a recibir cuidados subóptimos y a sufrir eventos adversos relacionados con dicha atención (Ministerio Sanidad, 2012) (Consellería de Sanitat, 2014), aunque la incidencia y prevalencia de eventos adversos en los hospitales de crónicos es menor que la hallada en los hospitales de agudos (Gea-Velázquez de Castro & Aranaz-Andrés, 2010).

Durante el ingreso hospitalario, se producen múltiples interacciones entre el paciente, el entorno y el personal sanitario, en el transcurso de las cuales, pueden aparecer problemas relacionados con la seguridad del paciente. Los HACLE permiten disminuir la variabilidad de la práctica clínica en la atención a este perfil de pacientes pluripatológicos complejos, con elevada carga de morbilidad, representando una pieza clave en la búsqueda del equilibrio entre los objetivos de calidad y eficiencia del sistema (Generalitat Valenciana Consellería de Sanitat, 2014) (López Almazán, 2008). Este tipo de hospitales son el mejor lugar terapéutico para este perfil de pacientes que requieren una intervención de intensidad media, pero prolongada en el tiempo, lo que justifica su implantación en el sistema sanitario (Consellería de Sanitat, 2014). Desde el punto de vista de la calidad asistencial, con su modelo de valoración bio-psico-social, se apuesta por una atención centrada en el paciente (López Almazán, 2008). Sin embargo, debido a la vulnerabilidad de los pacientes atendidos y a la mayor duración del ingreso hospitalario, el perfil de eventos adversos ligados a la asistencia sanitaria es diferente al de otro tipo de hospitales (Ministerio Sanidad, 2011). Por eso, es importante conocer los factores que más inciden en nuestro medio, con respecto a la seguridad del paciente, para abordarlos, mejorando las prácticas asistenciales y reduciendo el riesgo.

Respecto a la implicación de los profesionales, ya en los años 80 se comprobó en EE.UU. que mientras existían centros sanitarios que perdían personal, había otros que lo atraían por sus características organizacionales, que permitían a las personas desarrollarse profesionalmente e incrementar su satisfacción laboral (Havens & Aiken, 1999) (L. H. Aiken & Patrician, 2000) (Linda H. Aiken, Clarke, & Sloane, 2002). Adicionalmente se comprobó que en ese tipo de centros, existían menos problemas relacionados con la seguridad del paciente y que las tasas de mortalidad eran inferiores a las de otros hospitales de su mismo nivel, o sea, que la calidad asistencial y la seguridad del paciente, se relacionaba con la gestión participativa llevada a cabo en este tipo de hospitales (L. H. Aiken et al., 1994) (Linda H. Aiken, Clarke, & Sloane, 2002) (Linda H. Aiken et al., 2012).

Más recientemente, Marisa Salanova et al. han desarrollado el modelo de organizaciones sanitarias saludables y resilientes, cuyo objetivo es fomentar la excelencia organizacional a través de la aplicación de la psicología positiva (M. S. Salanova Soria & Schaufeli, 2004) (M. Salanova Soria, 2008) (Salanova, 2008) (Olvera-Calderón et al., 2017).

Inicialmente, este tipo de estudios se realizaron en hospitales de tercer nivel y hospitales universitarios que atienden fundamentalmente a pacientes con procesos agudos y estancias hospitalarias más cortas que las de los pacientes atendidos en los hospitales de subagudos, o bien, en áreas de salud en las que se incluyen centros de atención primaria. Dada la escasez de estudios realizados en hospitales de media y larga estancia, con respecto al bienestar psicológico de los profesionales y su relación con la calidad asistencial y la seguridad del paciente, nos planteamos comprobar si existe relación entre estos constructos en un HACLE, donde, por el perfil de enfermo atendido, la implicación emocional de los profesionales, es superior a la existente en otro tipo de centros sanitarios (Acinas, 2012) y donde, por la vulnerabilidad, pronóstico y limitaciones funcionales del paciente, cobra mayor importancia la evaluación de la calidad asistencial en términos de calidad percibida (José Joaquín Mira et al., 1998) (José Joaquín Mira & Aranaz, 2000) (J. J. Mira et al., 2000) (Anguera Guinovart & Martínez Bateman, 2011).

# 3. **O**BJETIVOS





## **3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

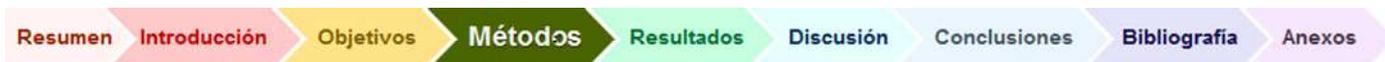
Estudiar la relación existente entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente en un hospital con unidades de asistencia a pacientes crónicos y de larga estancia (HACLE) y su repercusión sobre la calidad asistencial evaluada en términos de satisfacción del paciente.

### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Estimar la prevalencia de burnout en un hospital de media-larga estancia, monitorizar su evolución y evidenciar la importancia de los puntos de corte utilizados para evitar sesgos en la interpretación de resultados.
2. Evaluar la relación existente entre el perfil de riesgo psicosocial y el burnout, analizando las asociaciones entre variables e identificando los factores con mayor impacto sobre el burnout.
3. Estimar la satisfacción laboral y la cultura de seguridad entre los profesionales que prestan sus servicios en un hospital de media-larga estancia, monitorizar su evolución e identificar las dimensiones con mayor impacto sobre las variables resultado, seleccionando los indicadores más sensibles para detectar cambios.
4. Estimar la relación existente entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente.
5. Incrementar la cultura de seguridad en la organización, utilizando la elaboración de un mapa de riesgos y la implantación de un sistema de declaración voluntaria de eventos adversos como herramientas de mejora.
6. Evaluar el efecto de la adopción de buenas prácticas sanitarias entre los profesionales sobre la disminución de la frecuencia y gravedad de las complicaciones y eventos adversos
7. Estimar la relación existente entre la satisfacción laboral, el grado de burnout y la calidad asistencial evaluada en términos de satisfacción del paciente.



# 4. *M*ETODOLOGÍA





## 4. METODOLOGÍA

### 4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

El diseño epidemiológico planteado fue un estudio descriptivo, realizado como mínimo mediante 2 cortes transversales para cada uno de los aspectos considerados.

En el diseño del **programa de gestión de personas** para la reducción del burnout y la mejora de la satisfacción laboral de los profesionales se siguieron varias fases.

La primera parte del trabajo consistió en la realización de tres estudios transversales seriados para evaluar la prevalencia de burnout entre el personal de un hospital de media-larga estancia y su relación con los riesgos psicosociales. Para estimar la prevalencia de burnout, monitorizar su evolución tras poner en marcha un plan de mejora en el año 2013 y evidenciar la importancia de los puntos de corte utilizados para evitar sesgos en la interpretación de los resultados, se realizaron dos estudios observacionales transversales (2012–2014). En 2016 se realizó un tercer estudio transversal en el que se evaluaron simultáneamente, mediante cuestionarios auto-administrados, la prevalencia de burnout y los factores de riesgo psicosocial de la organización para estudiar la relación entre ambos constructos.

En la segunda parte del proyecto, se evaluaron y monitorizaron la satisfacción laboral y la cultura de seguridad. Para ello se realizaron dos estudios observacionales transversales (2013–2015). Los estudios se realizaron mediante cuestionarios auto-administrados, en marzo de 2013 y 2015. Para evaluar la relación existente entre ambos constructos se utilizaron los datos correspondientes al personal sanitario que participó en el corte realizado en 2015.

A partir de los resultados obtenidos en los primeros cortes realizados, en 2013 se elaboró un plan de mejora para la reducción del burnout y en 2014 se elaboró un plan para la mejora de la satisfacción laboral. Dichos planes se priorizaron mediante la realización de dos QFD's (uno para cada uno ellos), en los que participaron trabajadores de distintas categorías profesionales para contar con un punto de vista multidisciplinar. Los planes de acción priorizados, se presentaron a la dirección para su aprobación y puesta en marcha.

Para diseñar el **programa de gestión de riesgos asistenciales**, en 2014 se pasó un cuestionario a profesionales de distintos colectivos para elaborar un catálogo y un mapa de los principales riesgos asistenciales. También se potenció la utilización del sistema de notificación de eventos adversos, realizando diversas acciones para concienciar al personal sobre la importancia de su

uso. A partir de los resultados obtenidos en la encuesta realizada para identificar los principales riesgos asistenciales, se realizaron dos AMFE's para priorizarlos y se elaboraron planes de mejora para abordar los tres riesgos que, a juicio de la dirección, resultaban prioritarios. Los planes de mejora se priorizaron mediante la realización de QFD's. Los participantes fueron los mismos profesionales que colaboraron en la elaboración del Programa de gestión de personas. Los QFD's diseñados para la elaboración de ambos Programas (gestión de personas y gestión de riesgos asistenciales), se enviaron a los participantes y los resultados se evaluaron mediante bases de datos diseñadas a tal fin. Una vez priorizadas las acciones de mejora, los programas se presentaron a la dirección para su aprobación y puesta en marcha.

Para evaluar **la implantación de buenas prácticas asistenciales y su repercusión sobre la calidad asistencial**, se estudiaron 3 aspectos adicionales: los resultados del cribado nutricional al ingreso hospitalario, la adhesión del personal al protocolo de higiene de manos y la satisfacción de los profesionales con la PEA implantada en el hospital desde octubre de 2015.

Para evaluar valorar la efectividad del protocolo de detección precoz de la DN y de la intervención nutricional realizada, en 2014 y 2015 se hicieron dos estudios longitudinales (antes-después).

En relación a la vigilancia y control de la IN, en 2011 se elaboró un diagrama causa-efecto para identificar las principales causas de la elevada prevalencia de IN en nuestro centro y se monitorizó la adhesión de nuestros profesionales al protocolo de higiene de manos durante el periodo 2010-2017. Inicialmente se realizaron dos estudios transversales seriados (2010–2012), para comprobar la efectividad de las medidas aplicadas para reducir la prevalencia de colonización de las manos del personal por microorganismos patógenos. En 2015 se realizó un estudio transversal para evaluar sus conocimientos sobre la técnica de HM y en 2015-2016 y 2017 se realizaron tres estudios observacionales descriptivos evaluar el cumplimiento del protocolo en la práctica asistencial y la efectividad de los planes de mejora aplicados. Desde 2013 se aplicó anualmente la herramienta Marco OMS de Autoevaluación de la HM para detectar áreas de mejora y comprobar la efectividad de las medidas adoptadas. Como indicador de proceso se monitorizó el consumo de solución hidroalcohólica.

En febrero 2017 se realizó un estudio transversal para evaluar la satisfacción del personal asistencial con la PEA implantada en octubre de 2015 en todas las unidades de hospitalización.

Para determinar **la relación de los aspectos evaluados en el estudio con la Calidad asistencial**, se relacionaron los resultados obtenidos en las distintas fases del proyecto con la satisfacción del paciente y con los resultados de los acuerdos de gestión del hospital.

Para evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en el hospital se utilizaron los datos de las encuestas de satisfacción anuales realizadas desde Consellería a los usuarios de hospitalización de larga estancia y cuidados paliativos. Los datos de los resultados de los acuerdos de gestión del hospital se extrajeron de los informes anuales de resultados del centro.

## **4.2. POBLACIÓN ESTUDIADA**

La población estudiada para elaborar los programas de gestión de personas y de gestión de riesgos asistenciales, así como las buenas prácticas asistenciales relacionadas con la adhesión de los profesionales al protocolo de higiene de manos y su satisfacción la PEA, fueron los 323 trabajadores del hospital Doctor Moliner.

Para evaluar la satisfacción del paciente y los resultados de la implantación del cribado del estado nutricional al ingreso, la población estudiada fueron los pacientes que respondieron a las encuestas de satisfacción realizadas en el periodo de estudio y los pacientes incluidos en los estudios longitudinales realizados en 2014 y 2015 para evaluar su estado nutricional.

La participación fue voluntaria y anónima. Se respetó la confidencialidad y privacidad; en las bases de datos no constó ningún elemento identificador. Antes de iniciar el estudio, se obtuvo la aprobación de la Dirección y de las Comisiones de Calidad, Bioética y Docencia e Investigación. El nº de registro del proyecto (Comité de Bioética del Hospital Doctor Moliner) es el 16-0001.

### **4.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

En los estudios realizados mediante cuestionarios auto-administrados se incluyeron los profesionales que prestaban sus servicios en el hospital y que respondieron a todas las preguntas relacionadas con las dimensiones y subescalas evaluadas en las distintas fases del proyecto. Los cuestionarios se consideraron válidos aunque faltase alguna respuesta a las preguntas relacionadas con las variables sociodemográficas o moduladoras.

En el estudio de evaluación de la adhesión de los profesionales al protocolo de higiene de manos, la población a estudio fue el personal asistencial que prestaba sus servicios durante el turno de mañanas los días en que se interaccionó con los trabajadores (2/3 de la plantilla asistencial), excluyéndose aquellos profesionales que se negaron a participar en el estudio.

En los estudios de evaluación del estado nutricional del paciente, se incluyeron los pacientes que tenían al menos dos evaluaciones, una realizada al ingreso y otra previa al alta hospitalaria.

En el estudio de evaluación de la satisfacción de los profesionales con la PEA, se incluyó al personal de enfermería o facultativo, fijo o eventual que trabajaba a jornada completa en el hospital y que manejaba la PEA, excluyendo a los profesionales no usuarios de la PEA.

En las encuestas de evaluación de la satisfacción del paciente se excluyeron aquellos pacientes que se negaron a responder la encuesta.

En todas las fases del proyecto, antes de interactuar con los profesionales y pacientes, se les explicaron los objetivos y la importancia del estudio, solicitando su colaboración. No se requirió el consentimiento explícito de los participantes; al ser la participación voluntaria y anónima, el responder a los cuestionarios o consentir a la toma de muestras o realización de observaciones, llevaba implícito dicho consentimiento y así constaba en la información previa aportada.

### **4.2.2. PERIODO DEL ESTUDIO**

El ámbito temporal del estudio abarca los estudios observacionales realizados entre 2010 y 2017 para evaluar los distintos aspectos considerados. Los periodos de las distintas fases del estudio fueron los siguientes:

- \*Monitorización de la prevalencia de burnout: Marzo 2012-marzo 2014-marzo 2016.
- \*Estudio de la relación entre los factores de riesgo psicosocial y el burnout: Marzo 2016.
- \*Monitorización de la satisfacción laboral de los profesionales: Marzo 2013-marzo 2015.
- \*Monitorización de la cultura de seguridad de los profesionales: Marzo 2013-marzo 2015.
- \*Estudio de la relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad: Marzo 2015.
- \*Elaboración de un programa de gestión de personas: Mayo-diciembre 2014.
- \*Elaboración del mapa de riesgos asistenciales: Abril-septiembre 2014.
- \*Seguimiento del sistema de declaración voluntaria de eventos adversos: 2014-actualidad.
- \*Elaboración de un programa de gestión de riesgos asistenciales: Mayo-diciembre 2014.
- \*Evaluación de los resultados de la realización del cribado nutricional al ingreso: 2014-2015.
- \*Análisis de las causas de la elevada prevalencia de IN en el hospital: Mayo 2011.
- \*Monitorización de la adhesión del personal al protocolo de higiene de manos: 2010-2017.
- \*Evaluación de la satisfacción de los profesionales asistenciales con la PEA: Enero 2017.
- \*Estimación de la relación de la satisfacción laboral y el burnout con la satisfacción del paciente y los resultados de los acuerdos de gestión: 2012-2016.

### **4.3. HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN Y VARIABLES DEL ESTUDIO**

#### **4.3.1. GESTIÓN DE PERSONAS**

##### **4.3.1.1. EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE BURNOUT E IMPORTANCIA DE LOS PUNTOS DE CORTE UTILIZADOS PARA SU EVALUACIÓN**

Para evaluar el burnout de los profesionales y monitorizar su evolución, el instrumento utilizado fue la versión española de la segunda edición del Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) (Seisdedos-Cubero N, 1997), dirigido a profesionales sanitarios. La herramienta se aplicó a los profesionales del centro en marzo de 2012 y 2014.

El cuestionario aplicado constaba de tres partes. La primera recogía las características sociodemográficas de los encuestados. La segunda recababa información sobre ciertos factores desencadenantes y moduladores descritos en la literatura (C. Maslach et al., 2001). Los factores desencadenantes evaluados fueron: relaciones interpersonales entre profesionales y pacientes (autopercepción de la valoración por familiares y pacientes), relaciones interpersonales en el trabajo (autopercepción de la valoración por compañeros y jefes) y valoración de los ingresos percibidos. Los factores moduladores evaluados fueron: formación, apoyo social, percepción de la propia experiencia profesional y ciertas variables personales, como autoeficacia y optimismo. La formación y las relaciones interpersonales (valoración por pacientes, familiares, compañeros y superiores), se evaluaron con una escala dicotómica (sí, no). La experiencia profesional y las percepciones sobre autoeficacia, optimismo, ingresos y apoyo social, se valoraron mediante una escala discreta de uno a 10. La tercera parte del cuestionario incluía las 22 preguntas del test MBI-HSS que evaluaban el burnout y el grado de afectación de las subescalas que definen el síndrome (cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y baja realización personal (RP)). Esas preguntas se respondían mediante una escala Likert de siete grados que van de cero (nunca) a seis (todos los días).

Los cuestionarios se consideraron válidos si se respondían todas las preguntas del test MBI-HSS. El cuestionario empleado para la realización de las encuestas se presenta en el **Anexo I**.

Para categorizar a los profesionales en individuos con niveles altos, medios y bajos de afectación de las subescalas, en 2012 se calcularon los percentiles 33 y 66 para cada una de ellas, según los criterios propuestos por Maslach y Jackson (Maslach C & Jackson SE, 1986) y se utilizaron como puntos de corte propios en ambos momentos del estudio. Además, para comprobar si existían diferencias o sesgos de interpretación de los resultados en función de los puntos de corte aplicados, se utilizaron los puntos de corte descritos en cinco estudios de referencia respecto al

burnout entre profesionales sanitarios (Maslach C & Jackson SE, 1986) (Gil-Monte & Peiró, 2000) (Seisdedos-Cubero N, 1997) (Schaufeli & Van Dierendonck, 1995) (Neira MC, 2004).

Las variables independientes fueron las características sociodemográficas de los trabajadores y su percepción sobre los factores desencadenantes y moduladores evaluados. Las variables resultado fueron el grado de afectación de las subescalas (puntuación  $\geq$  a los puntos de corte considerados) y la presencia de burnout (alto grado de afectación de las tres subescalas).

Para transformar las variables evaluadas mediante escala discreta en variables categóricas, se creó una nueva variable denominada “alta percepción”, alcanzándose dicho nivel cuando la puntuación era  $\geq P_{75}$  (Robles-García et al., 2005). Para las subescalas del burnout, se codificó una nueva variable denominada “alta afectación”, considerando que se alcanzaba este nivel cuando se superaban los puntos de corte de Gil-Monte (Gil-Monte & Peiró, 2000).

Para contrastar el burnout de nuestro personal en relación al de otros centros sanitarios, se compararon las puntuaciones medias de las subescalas con las obtenidas en siete estudios similares realizados en los últimos años (Grau-Alberola et al., 2010) (Cañadas-De la Fuente et al., 2015) (Grau et al., 2005) (Prieto Albino, Robles Agüero, Salazar Martínez, & Daniel Vega, 2002) (Albaladejo et al., 2004) (Pera & Serra-Prat, 2002) (Blanco, LLanes, & Montagut, 2011).

### **4.3.1.2. EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES Y SU RELACIÓN CON EL BURNOUT**

Para estimar la relación existente entre los riesgos psicosociales y el burnout, se evaluaron conjuntamente el burnout y el perfil de riesgo psicosocial los profesionales. El instrumento utilizado para evaluar el burnout fue la versión española de la segunda edición del Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) (Seisdedos-Cubero N, 1997), dirigido a profesionales sanitarios. Para determinar la afectación de las subescalas se utilizaron los puntos de corte de Gil-Monte (Gil-Monte & Peiró, 2000). Para evaluar los riesgos psicosociales se utilizó el cuestionario F-Psico 3.1, diseñado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2014), validado y adaptado a nuestro medio por la Universidad de Barcelona (Ferrer Puig & Guilera Ferré, 2011).

El cuestionario aplicado constó de cuatro partes. La primera contenía las 44 preguntas del cuestionario F-Psico 3.1 que evaluaban, mediante una escala Likert de 4 ó 5 grados, los nueve riesgos psicosociales considerados: tiempo trabajado (**TT**), autonomía (**AU**), carga de trabajo (**CT**), demandas psicológicas (**DPs**), variedad/contenido del trabajo (**V/C**), participación/supervisión (**P/S**), interés por el trabajador/compensación (**IT/C**), desempeño de rol (**DR**) y relaciones/apoyo social (**R/AS**). La segunda parte del cuestionario recogía las características sociodemográficas de los encuestados (edad, sexo, estado civil, hijos, categoría profesional, tipo de contrato,

antigüedad laboral, turnicidad, responsabilidad sobre equipos, contacto directo con pacientes, bajas laborales, enfermedades crónicas y consumo de fármacos ansiolíticos). La tercera parte recababa información sobre factores desencadenantes y moduladores del burnout descritos en la literatura (C. Maslach et al., 2001). Los factores desencadenantes evaluados fueron las relaciones interpersonales entre el profesional y los clientes (valoración por familiares y pacientes) y las relaciones interpersonales en el trabajo (valoración por compañeros y jefes), utilizándose para ello una escala dicotómica. Las variables moduladoras evaluadas fueron: ilusión por el trabajo, satisfacción laboral, apoyo social y variables personales, como la autoeficacia, optimismo y tendencias depresivas, valorándose todas ellas mediante una escala discreta de uno a 10. La cuarta parte del cuestionario incluía las 22 preguntas del test MBI-HSS que evaluaban, mediante una escala Likert de 7 grados, el burnout y el grado de afectación de sus subescalas (cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y baja realización personal (RP)).

Los cuestionarios se consideraron válidos si se respondían todas las preguntas de los test F-Psico 3.1 y MBI-HSS. El cuestionario empleado se presenta en el **Anexo II**.

Las variables independientes fueron las características sociodemográficas de los trabajadores, su percepción sobre los factores moduladores y su perfil de riesgo psicosocial. Las variables resultado fueron el porcentaje de profesionales con alto grado de afectación de las subescalas de burnout (puntuación  $\geq$  a los puntos de corte de Gil-Monte) y el porcentaje de profesionales con burnout franco (alto grado de afectación de las 3 subescalas) (Gil-Monte & Peiró, 2000).

Para analizar la influencia de las variables independientes sobre las variables resultado, se dicotomizaron todas ellas. Para la edad y la antigüedad laboral se utilizó su mediana. Para las variables moduladoras evaluadas mediante escala discreta se creó una nueva variable denominada “alta percepción de la variable”, alcanzándose dicho nivel cuando la puntuación era  $\geq P_{75}$  (percentil 75) (Robles-García et al., 2005) ( $P_{75}$  fue 9 para todas las variables consideradas, excepto para la depresión, cuyo  $P_{75}= 5$ ). Para cada uno de los riesgos psicosociales se creó una nueva variable, denominada “muy alto riesgo psicosocial”, alcanzándose este nivel cuando las respuestas al cuestionario puntuaban en la zona de riesgo muy elevado del perfil valorativo de la subescala (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2014). Para las subescalas de burnout se codificó una nueva variable denominada “alta afectación”, alcanzándose dicho nivel cuando se superaban los puntos de corte definidos por Gil-Monte (Gil-Monte & Peiró, 2000).

#### **4.3.1.3. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN LABORAL**

Para evaluar satisfacción laboral y monitorizar su evolución, se aplicó a todo el personal del centro una adaptación de la encuesta corporativa de Osakidetza, desarrollada y validada por el

Servicio Vasco de Salud para la evaluación y mejora de la satisfacción laboral de las personas en las empresas de servicios públicos. Las dimensiones consideradas en esta encuesta fueron consistentes con los principios y alineamientos establecidos en el Modelo Europeo de Excelencia EFQM (Servicio Vasco de Salud, 2001) (Robles-García et al., 2005). Antes de aplicar el instrumento, el cuestionario se adaptó a las características del hospital, tal como se describe en el manual de la encuesta, con respecto a la selección de las preguntas para el cuestionario final. La dirección del hospital solicitó que la encuesta evitase las preguntas relacionadas con el salario, ya que en las instituciones públicas no es posible intervenir sobre esta variable. El cuestionario se adaptó reemplazando esta dimensión por la dimensión de definición del puesto trabajo, extraída del cuestionario de satisfacción laboral de la Universidad de Salamanca.

El cuestionario constó de 4 partes. La primera recopiló las características sociodemográficas y ocupacionales de los encuestados. La segunda parte incluyó 30 preguntas que evaluaban las 12 dimensiones relacionadas con la satisfacción laboral y las dos variables moduladoras consideradas, utilizando una escala Likert de 1 (baja satisfacción) a 5 (alta satisfacción). Las dimensiones consideradas fueron: condiciones de trabajo, formación, promoción y desarrollo, reconocimiento, definición del puesto de trabajo, relación con el supervisor, participación, gestión del cambio, ambiente de trabajo, comunicación, conocimiento de los objetivos y percepción de la dirección del hospital. Como variables moduladoras, se evaluaron la percepción de la corporación y la percepción de la calidad de la atención sanitaria prestada (preguntas 26 a 30 del cuestionario de satisfacción laboral). En la tercera parte del cuestionario, se les pidió a los trabajadores que indicaran su grado de satisfacción laboral usando una escala visual de cero a 10. En la cuarta parte del cuestionario se les pidió que eligieran las 3 dimensiones que más influían sobre su satisfacción laboral. El objetivo de esta pregunta fue identificar las dimensiones con mayor influencia sobre la satisfacción laboral colectiva. Finalmente, se incorporó una pregunta abierta para que los encuestados aportasen sus sugerencias.

Para aquellos participantes que no respondieron a todas las variables sociodemográficas, pero sí respondieron a todas las preguntas de la segunda y tercera parte del cuestionario, se consideró válida la encuesta. El cuestionario empleado se presenta en el **Anexo III**.

Las variables independientes fueron las características sociodemográficas de los profesionales y sus percepciones de las dimensiones evaluadas. La variable de resultado fue la alta satisfacción laboral, definida como una puntuación  $\geq P_{75}$  de la satisfacción laboral (Robles-García et al., 2005).

Para analizar la influencia de las variables independientes sobre las variables resultado, se dicotomizaron todas ellas. Para las variables sociodemográficas se utilizó su mediana. Para

analizar la influencia de las diferentes dimensiones sobre la alta satisfacción laboral, se codificó para cada una de ellas una nueva variable llamada "Evaluación excelente de la dimensión", considerando que se alcanzaba este nivel cuando el encuestado respondía "5" (puntuación máxima) a todas las preguntas de la dimensión considerada.

Para identificar los puntos fuertes y áreas de mejora, se utilizaron los criterios de clasificación propuestos en el instrumento de evaluación (Servicio Vasco de Salud, 2001), considerando puntos débiles, las dimensiones con menos del 50% de respuestas positivas (puntuación de 4 o 5), áreas de mejora si el porcentaje de respuestas positivas era 50-70%, puntos fuertes si el porcentaje de respuestas positivas era 70-80% y áreas excelentes si el porcentaje de respuestas positivas era superior al 80%.

#### **4.3.1.4. ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE PERSONAS**

Para elaborar el programa de gestión de personas, en septiembre de 2013 se elaboró un plan de mejora para la prevención del burnout y en 2014 se elaboró otro para la mejora de la satisfacción laboral y la gestión de personas. Para ello, se analizaron los resultados obtenidos en los primeros cortes realizados, se hizo una revisión bibliográfica y se hizo una lluvia de ideas entre los miembros de la Comisión de Calidad para identificar las principales acciones a incluir en cada uno de los planes. Una vez elaborado, para priorizar las acciones propuestas, se elaboró un QFD (Quality Function Deployment) en el que participaron 43 profesionales de distintas categorías profesionales para contar con un punto de vista multidisciplinar en la priorización de las acciones propuestas. Esta herramienta, aunque en origen sirve para identificar las características que debe reunir un determinado producto para satisfacer las expectativas del cliente, cumple los requisitos necesarios para poder evaluar un determinado objetivo sobre 3 ejes: qué se quiere conseguir, cómo conseguirlo y el grado de dificultad de implantación de una determinada medida. Siguiendo esa premisa, se redactaron los objetivos a conseguir en el apartado de los "QUÉ's" (filas de la matriz QFD) y las acciones de mejora propuestas, agrupadas por contenidos, en la zona de los "CÓMOS" (columnas) (varias acciones por cada una de las propuestas generales de mejora). Una vez elaboradas las plantillas de los QFD para priorizar cada uno de los planes de mejora incluidos en el programa, se entregaron a los 43 profesionales que participaron en la priorización y se les pidió que calificasen cada una de las opciones ofrecidas en la plantilla (intersección de los objetivos a conseguir con las medidas propuestas), utilizando las puntuaciones 1, 3 ó 9: 1 si pensaban que la relación entre el "QUÉ y el COMO" considerado era débil, 3 si consideraban que la relación era fuerte y 9 si consideraban que era muy fuerte. Si en algún caso pensaban que no existía relación entre las variables consideradas, la casilla se dejaba en blanco. También se les pidió que puntuaran de 1 a 5, a la derecha de la plantilla, la

importancia que para ellos tenían cada uno de los objetivos planteados (QUÉ's), para conseguir el objetivo general del QFD (reducción del burnout en un caso y mejora de la satisfacción laboral en el otro). Por último, también debían puntuar, de 1 a 5, en la parte inferior del QFD, el grado de dificultad que a su juicio tenía la implantación de cada una de las medidas de mejora propuestas (CÓMOS). En la **Figura 2** se presenta la plantilla de la herramienta, para ilustrar su uso, que básicamente consiste en que para cada una de las medidas a priorizar (CÓMOS), se realiza el sumatorio de los productos de la puntuación asignada a cada una de las cuadrículas de intersección de los QUÉ's con los CÓMOS, por el valor de la priorización asignada a cada uno de los objetivos planteados (QUÉ's). La estructura de los distintos QFD's realizados se presenta en el apartado de resultados.

Figura 2. Plantilla del formato de realización de QFD's

Formato de QFD																												
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">CÓMO's →</div> <div style="text-align: center;">↓ QUE's</div> </div>																				Importancia para el cliente (1 - 5)	EVALUACION COMPARATIVA 5 - MEJOR 1 - PEOR							
																					HOSPITAL	ORGANIZACIÓN 1	ORGANIZACIÓN 2					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20							
1																									1			
2																												2
3																												3
10																												10
11																												11
12																												12
13																												13
14																												14
15																												15
16																												16
17																												17
18																												18
19																												19
20																												20
DIFICULTAD (1 - 5)																												
EVALUACIÓN CARACT. DE NUESTRO SERVICIO	ABSOLUTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	RELATIVA (%)	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
CARACT DEL SERVICIO A DESPLEGAR																												
PRIORIDAD																												

**Relación:**  
 Muy fuerte (9)  
 Fuerte (3)  
 Débil (1)

Las respuestas de los profesionales se recogieron a través de los buzones de sugerencias y se tabularon en una base de datos diseñada a tal fin, para calcular la puntuación media asignada por los profesionales a cada una de las medidas de mejora incluidas en la herramienta. Finalmente, se elaboró una tabla en la que se priorizaban las acciones propuestas en función de la puntuación obtenida. Por otra parte, se evaluó la dificultad asignada por los profesionales a cada una de las medidas propuestas, de modo que en el programa de gestión de personas que se presentó a la dirección, además de la puntuación asignada por los profesionales a cada una de las medidas propuestas, se señalaban también aquellas medidas que a juicio de los profesionales eran más fáciles de implantar (dificultad promedio de implantación inferior a 2).

### 4.3.2. SEGURIDAD DEL PACIENTE

#### 4.3.2.1. EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Para evaluar la cultura de seguridad y monitorizar su evolución, se aplicó la versión española del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) (Agency for Health Care Research and Quality, 2005). Los cortes se realizaron en marzo de 2013 y 2015 y en ellos participó el personal sanitario del hospital. El cuestionario aplicado constaba de 3 partes. La primera recogía las características sociodemográficas y laborales de los encuestados. La segunda incluía las preguntas que evaluaban las 12 dimensiones vinculadas a la cultura de seguridad del paciente, mediante una escala Likert de 1 (menor grado de acuerdo con el enunciado) a 5 (acuerdo máximo). Las dimensiones evaluadas fueron: notificación de eventos adversos, percepción de seguridad, acciones de la supervisión para favorecer la seguridad del paciente, aprendizaje organizacional, trabajo en equipo en la unidad, franqueza en la comunicación, feed-back sobre errores, respuesta no punitiva a los errores, dotación de personal, apoyo de la dirección, trabajo en equipo entre unidades y problemas en los cambios de turno. La tercera parte del cuestionario recogía una pregunta en la que el trabajador debía evaluar mediante una escala visual de cero a diez, el grado de seguridad percibida en la Unidad en la que prestaba sus servicios. Al final del cuestionario se incorporaba una pregunta abierta para incluir sugerencias.

En el corte efectuado en 2013 no se evaluó la dimensión 1 relacionada con la notificación de eventos adversos, ya que hacía poco que se había implantado el sistema de notificación y no existía hábito de uso, pero en 2015 se pasó el cuestionario completo. Algunos participantes no respondieron todas las variables sociodemográficas, pero sí contestaron las preguntas de la segunda y tercera parte del cuestionario, se consideró válida la encuesta. El cuestionario empleado para la evaluación conjunta de la cultura de seguridad del paciente y la satisfacción laboral se presenta en el **Anexo III**.

Las variables independientes fueron las características sociodemográficas de los trabajadores y sus percepciones sobre las diferentes dimensiones evaluadas. Como variable resultado se utilizó la alta percepción de seguridad, definida como una puntuación  $\geq$  al percentil 75 del grado de seguridad percibida. Para analizar la influencia de las distintas dimensiones sobre la alta percepción de seguridad, se codificó para cada una de ellas una nueva variable denominada "Evaluación Excelente de la dimensión", considerando que se alcanza este nivel cuando se respondía "5" (puntuación máxima) a todas las preguntas de la dimensión considerada (Robles-García et al., 2005).

Para la detección de puntos fuertes y áreas de mejora, se utilizaron los criterios de clasificación propuestos en el instrumento de evaluación (Agency for Health Care Research and Quality, 2005), considerándose fortalezas las dimensiones en las que más del 75% de los participantes respondió positivamente (evaluación positiva, con puntuaciones de 4 o 5). Se consideraron puntos débiles las dimensiones en las que más del 50% de los participantes respondió negativamente (evaluación negativa de la dimensión, con puntuaciones de 1 o 2). Además, para mejorar la detección de los puntos débiles y facilitar la representación gráfica de los resultados, se aplicaron también los puntos de corte propuestos por Osakidetza-Servicio Vasco de Salud en su Manual de evaluación y mejora de la satisfacción de las personas en las organizaciones de servicios (Servicio Vasco de Salud, 2001), considerándose puntos débiles, las dimensiones con menos del 50% de respuestas positivas, áreas de mejora si el porcentaje de respuestas positivas era del 50-70%, puntos fuertes si el porcentaje de respuestas positivas era del 70-80% y áreas excelentes si el porcentaje de respuestas positivas estaba por encima del 80%.

### **4.3.2.2. RELACIÓN ENTRE LA SATISFACCIÓN LABORAL Y LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

El instrumento utilizado para evaluar la cultura de seguridad fue la versión española del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) (Agency for Health Care Research and Quality, 2005). Para evaluar la satisfacción laboral se utilizó la encuesta corporativa del Servicio Vasco de Salud, elaborada y validada en 2001 desde la Dirección de Recursos Humanos de la Osakidetza (Servicio Vasco de Salud, 2001). La dirección del hospital solicitó evitar temas relacionados con la retribución, por lo que se sustituyó la dimensión 5 del cuestionario original por la dimensión 1 del cuestionario de satisfacción laboral de la Universidad de Salamanca, relacionada con la definición del puesto de trabajo. Para realizar el estudio se utilizaron las respuestas del personal sanitario que participó en el corte realizado en marzo de 2015.

El cuestionario aplicado constó de cinco partes: A) Características sociodemográficas. B) Preguntas del cuestionario HSOPS (Agency for Health Care Research and Quality, 2005) que evaluaban las 12 dimensiones vinculadas a la cultura de seguridad (escala Likert de 1 a 5). C) Escala visual de 0 a 10 en la que el profesional evaluaba la seguridad percibida en su unidad o servicio. D) Preguntas del cuestionario de la Osakidetza (Servicio Vasco de Salud, 2001) que evaluaban las 12 dimensiones vinculadas a la satisfacción laboral (escala Likert de 1 a 5). E) Escala visual de 0 a 10 en la que el profesional evaluaba su satisfacción laboral. Al final del cuestionario se incorporó una pregunta abierta para incluir sugerencias. El cuestionario empleado se presenta en el **Anexo III**. Algunos participantes no respondieron a todas las variables sociodemográficas, pero sí contestaron las preguntas del resto del cuestionario, se consideró válida la cumplimentación de la encuesta.

Las variables independientes fueron las características sociodemográficas y las percepciones sobre las 24 dimensiones evaluadas en la encuesta. Las variables resultado fueron la alta seguridad percibida y la alta satisfacción laboral, definidas como una puntuación igual o superior al percentil 75 de la seguridad y la satisfacción laboral percibidas (Robles-García et al., 2005).

Para interpretar los resultados se consideró que la percepción de una dimensión era adecuada cuando su puntuación era igual o superior a 4. Para realizar los contrastes de hipótesis, las variables sociodemográficas cuantitativas se estratificaron utilizando los criterios del cuestionario HSOPS (Agency for Health Care Research and Quality, 2005) y se dicotomizaron en función de su mediana; para analizar la influencia de las 24 dimensiones evaluadas sobre las variables resultado se codificó, para cada una de ellas, una nueva variable denominada “Evaluación Excelente de la dimensión”, considerando que se alcanzaba este nivel cuando se respondía 5 (puntuación máxima) a todas las preguntas que evaluaban la dimensión considerada (Robles-García et al., 2005).

#### **4.3.2.3. EVALUACIÓN DE RIESGOS ASISTENCIALES**

El cuestionario utilizado en la encuesta realizada en abril de 2014 para conocer la experiencia diaria de los trabajadores en el ámbito de la seguridad del paciente se presenta en el **Anexo IV**.

El cuestionario constaba de cuatro preguntas abiertas, encaminadas a identificar los eventos relacionados con la seguridad del paciente que se producían con más frecuencia, clasificarlos en función de frecuencia y gravedad, mediante una escala visual, describir las causas para cada uno de los eventos identificados y proponer posibles barreras para prevenir su aparición.

La encuesta se pasó a 43 trabajadores de distintas categorías profesionales para disponer de una visión multidisciplinar en la identificación de los principales riesgos asistenciales, sus causas y las acciones que deberían llevarse a cabo para prevenir o evitar su aparición.

A partir de los riesgos identificados, en el grupo de trabajo de Seguridad del Paciente (uno de los grupos de mejora de la Comisión de Calidad), se elaboró un Catálogo con los 25 Riesgos identificados por los profesionales en relación a la seguridad del paciente.

##### **4.3.2.3.1. MAPA DE RIESGOS**

A partir del Catálogo de Riesgos y de la información extraída de la encuesta, para cada uno de los riesgos identificados se elaboró un mapa de riesgos operativo, en el que se identificaba el origen del riesgo, las causas que permitían su aparición y posibles barreras para su prevención.

Para priorizar el abordaje de los riesgos identificados, se realizó un AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos), ya que dicha herramienta permite identificar, evaluar y diseñar estrategias para

disminuir los riesgos, realizando un análisis de sus efectos, sus causas, su gravedad, su frecuencia y la probabilidad de detectarlos a tiempo.

El AMFE se elaboró desde el grupo de trabajo de Seguridad del Paciente, coordinado por la presidenta de la Comisión de Calidad. El grupo de trabajo era multidisciplinar y estaba integrado por 9 profesionales: 3 facultativos, (internista, análisis clínicos y medicina preventiva), 5 enfermeras (3 de la unidad de convalecencia, 1 supervisora (Unidad de Daño Cerebral), la enfermera del SAIP (Servicio de Atención e Información al Paciente) y 1 auxiliar de enfermería.

A partir del mapa de riesgos operativo, se definieron los principales modos de fallo relacionados con la seguridad del paciente y sus principales causas. Se realizó una aproximación progresiva a la problemática estudiada, identificando inicialmente 31 riesgos principales, que sirvieron para concienciar a los grupos de interés sobre la magnitud del problema. Posteriormente, se realizó un segundo AMFE, para hacer un análisis más profundo y pormenorizado de cada una de las causas identificadas.

Cada miembro del equipo asignó a cada uno de los 31 modos de fallo incluidos en el AMFE inicial una puntuación de IPR (Índice de Prioridad de Riesgo), considerando la frecuencia, gravedad y detectabilidad de los modos de fallo evaluados, de acuerdo a las correspondencias descritas en la **Tabla 1**. Posteriormente, se pusieron en común los resultados de la valoración realizada por cada uno de los profesionales y se consensuaron las puntuaciones otorgadas, estimándose el IPR que tendría cada uno de los modos de fallo tras la aplicación de las acciones de mejora propuestas.

**Tabla 1.** Tabla de baremación de las dimensiones para el cálculo del índice de prioridad de riesgo (IPR)

<b>GRAVEDAD</b>		<b>G</b>
<b>Eventos Catastróficos</b>	10	El fallo puede causar muerte o lesiones
Efectos para el paciente		Muerte o pérdida permanente de la función (sensorial, motora, fisiológica o intelectual), suicidio, reacción transfusional hemolítica, cirugía en paciente o lugar equivocado, secuestro infantil o entrega de un bebé a la familia errónea
<b>Evento Importante</b>	7	El fallo incide de manera importante en el paciente
Efectos para el paciente		Lesiones permanentes de la función (sensorial, motora, fisiológica o intelectual), desfiguración, necesidad de intervención quirúrgica, aumento de la estancia o de la intensidad de la atención para 3 o más pacientes
<b>Evento Moderado</b>	4	El fallo incide de manera moderada/leve en el paciente
Efectos para el paciente		Aumento de la estancia o de la intensidad de la atención para 1 o 2 pacientes
<b>Evento menor</b>	1	El paciente no percibirá el fallo, ni se incrementará su estancia o nivel de atención
Efectos para el paciente		Sin lesiones ni aumento de a estancia ni necesidad de aumentar el nivel de atención
<b>APARICIÓN</b>		
	<b>A</b>	
Frecuente	10	Probable aparición de forma inmediata o en un corto periodo de tiempo (puede suceder varias veces al año)
Ocasional	7	Es probable que ocurra (varias veces en 1 o 2 años)
Infrecuente	4	Aparición posible (puede suceder en alguna ocasión en 2 a 5 años)
Remoto	1	Aparición improbable (puede ocurrir alguna vez en un periodo superior a 5 años)
<b>DETECCIÓN D</b>		
10		No existe ninguna técnica de control disponible o conocida y/o no está prevista ninguna
7		Los controles tienen una efectividad leve o baja
4		Los controles tienen una efectividad moderadamente alta o alta
1		Se cuenta con métodos probados de detección: detectarán la existencia de un defecto casi total seguridad

A partir de los resultados del AMFE, se representó gráficamente la magnitud de los modos de fallo identificados en función de su IPR Real y Estimado y se incluyó la información en el documento del mapa de riesgos del hospital. El documento se presentó a la dirección del centro junto con el informe de los eventos adversos declarados en SINEA para que pudiera decidir de forma objetiva el abordaje de los problemas identificados.

**4.3.2.3.2. SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS**

En enero de 2011 se implantó un programa de declaración voluntaria de eventos adversos, diseñado desde el grupo de seguridad del paciente de la comisión de calidad del hospital. En enero de 2013 se implantó SINEA, el sistema corporativo de notificación y registro de eventos adversos de la Comunidad Valenciana. Sin embargo, hasta 2014, la declaración de eventos adversos por parte del personal era escasa, por lo que en marzo de 2014 se diseñó una planilla específica, (Figura 3) ubicada en los controles de enfermería, que se recoge mensualmente para su evaluación y análisis y cuyos datos se introducen posteriormente en el sistema corporativo de notificación (SINEA) y en una base de datos Access propia, diseñada para tal fin, para dar feedback periódicamente al personal con los resultados obtenidos.

**Figura 3.** Plantilla diseñada en 2014 para la declaración voluntaria de eventos adversos

MES: \_\_\_\_\_ UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN: \_\_\_\_\_

CAMA / FECHA	Eventos adversos relacionados con la medicación			INFECCION NOSOCOMIAL				Caídas					Flebitis		UPP de nueva aparición / Grado	Lesiones por los sistemas de contención	Error Identificación*	Error comunicación*	Aspiración	Otros	Nº Adaración	
	Errores de transcripción	Errores de dispensación (F*)	Errores de distribución (Sala)	ITU	Inf respiratoria o Neumonía	Inf piel o partes blandas	Otros	Desde la cama	Desde la silla de ruedas	Desde el sillón	Deambulando	Durante las Transferencias	2º al Fármaco	Mto de la Via								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**4.3.2.3.3. ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE RIESGOS ASISTENCIALES**

Para elaborar el programa se siguió la misma metodología que para la elaboración del programa de gestión de personas, descrita en el apartado 4.3.1.4. En septiembre de 2014 se elaboraron 3 planes de acciones para la prevención de los riesgos relacionados con la medicación, para la mejora de la comunicación durante el proceso asistencial y para la prevención del riesgo de caídas. Para ello, se analizaron los resultados obtenidos en la priorización de los riesgos identificados en el mapa de riesgos y los eventos adversos declarados en el sistema de notificación voluntaria. Además, se hizo una revisión bibliográfica y se realizó una lluvia de ideas entre los miembros del grupo de Seguridad del Paciente de la Comisión de Calidad para identificar las principales acciones a incluir en los planes. Una vez elaborados, para priorizar las acciones propuestas, en octubre de 2014, se elaboró un QFD para cada uno de ellos, en los que

participaron los mismos profesionales que colaboraron en la elaboración del plan de gestión de personas. Las respuestas de los profesionales se recogieron a través de los buzones de sugerencias y se tabularon en una base de datos Excel diseñada a tal fin. Una vez tabuladas las 43 respuestas de los profesionales, se procedió a calcular el valor de la puntuación promedio de cada una de las medidas de mejora incluidas en la herramienta y se elaboró una tabla con la priorización de las mismas. Por otra parte, también se calculó la dificultad promedio asignada por los profesionales a cada una de las medidas propuestas, de modo que en el plan de acciones priorizadas que se presentó en enero de 2015 a la dirección como programa de gestión de riesgos asistenciales, además de la puntuación asignada a cada una de las medidas propuestas, se señalaban también aquellas medidas que a juicio de los profesionales eran más fáciles de implantar (dificultad promedio de implantación inferior a 2).

### 4.3.3 ADOPCIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS ASISTENCIALES

#### 4.3.3.1. CRIBADO DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE

Se realizaron dos estudios longitudinales (antes-después), en 2014 y 2015. En ambos estudios se realizó un cribado nutricional al ingreso del paciente para identificar el riesgo de DN y se evaluó la eficacia de la intervención nutricional realizada en función de sus requerimientos nutricionales. Las variables explicativas del estudio realizado en 2014 fueron: edad, sexo, destino al alta, CONUT, índice de masa corporal (IMC), pliegue tricipital (PTC), circunferencia muscular del brazo (CMB), albúmina, transferrina, prealbúmina, colesterol y recuento linfocitario. Las variables respuesta fueron el tipo y grado de desnutrición al ingreso y al alta. En el estudio realizado en 2015, además de las variables antes descritas, se incluyeron como variables explicativas las categorías diagnósticas de los pacientes incluidos en el estudio y la duración de la estancia hospitalaria, determinándose también el patrón nutricional del paciente en relación a su diagnóstico principal. Como índice pronóstico para la detección precoz de los pacientes con riesgo de desnutrición se utilizó el índice CONUT (control nutricional) (J. de Ulíbarri Pérez et al., 2002), cuya fórmula de cálculo se presenta en la **Tabla 2**.

**Tabla 2.** Índice CONUT para valorar el riesgo de desnutrición

	Normonutrídos	DN Leve	DN Moderada	DN Grave
<b>Albúmina</b> g/dl	>3,5 (0)	3-3,49 (2)	2,5-2,99 (4)	<2,5 (6)
<b>Colesterol</b> mg/dl	>180 (0)	140-179 (1)	100-139 (2)	<100 (3)
<b>Linfocitos</b> cel/ $\mu$ l	>1600 (0)	1200-1599 (1)	800-1199 (2)	<800 (3)

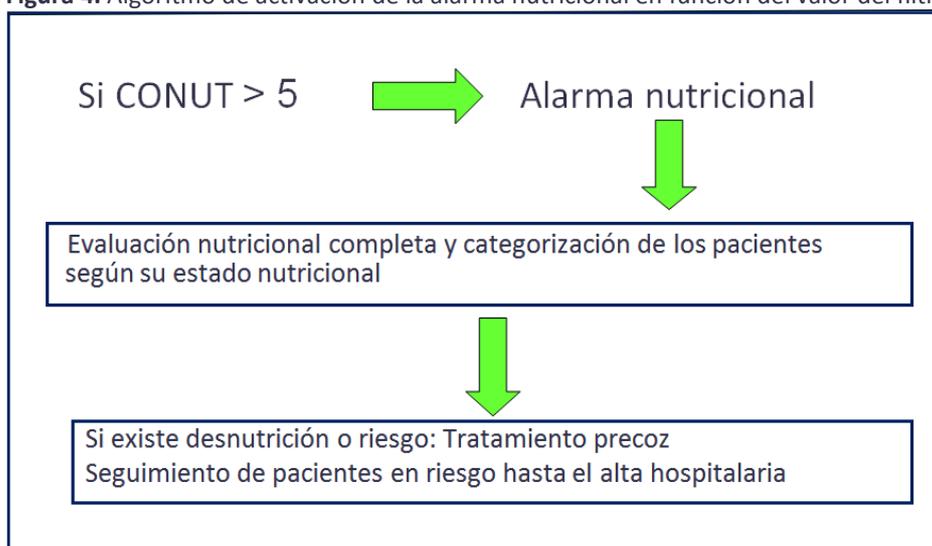
CONUT= Suma de índice Albúmina + índice Colesterol + índice linfocitos

Interpretación de los valores del filtro CONUT: Sin DN: 0-1; DN Leve: 2-4; DN Moderada: 5-9; DN Severa: 9-12

Los resultados del CONUT se puntúan en tramos de valores que proporcionan un índice, cuyo valor correlaciona con el estado nutricional del paciente. Este índice pronóstico detecta y clasifica el riesgo de desnutrición al ingreso hospitalario con una sensibilidad del 92,3% y especificidad del 85% (J. de Ulíbarri Pérez et al., 2002).

El protocolo utilizado en la aplicación del filtro CONUT como alarma nutricional para realizar, si procede, la evaluación nutricional completa del paciente desde la unidad de nutrición, se presenta en la **Figura 4**.

**Figura 4.** Algoritmo de activación de la alarma nutricional en función del valor del filtro CONUT



En la **Tabla 3** se presenta la tabla con los parámetros utilizados para la evaluación del estado nutricional del paciente.

**Tabla 3.** Parámetros utilizados para la evaluación del estado nutricional del paciente

Críterios nutricionales	Paciente no desnutrido	Desnutrición leve	Desnutrición Moderada	Desnutrición severa
<b>Parámetros nutricionales calóricos</b>				
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	18,5-26,9	17-18,4	16-16,9	<16
PTC (Percentil)	>10	10	5	<5
Colesterol (mg/dl)	>180	140-179	100-139	<100
<b>Parámetros nutricionales Proteicos</b>				
Albúmina (g/dl)	>3,5	2,8-3,5	2,1-2,7	<2,1
Prealbúmina (mg/dl)	20-40	15-17,9	10-14,9	<100
Linfocitos (cel/μl)	>1600	1201-1600	800-1200	<800
CMB (Percentil)	>10	10	5	<5
Transferrina (mg/dl)	200-350	150-199	100-140	<100

### ***4.3.3.2. VIGILANCIA Y CONTROL DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL***

La prevalencia de la IN en el hospital se monitorizó mediante los resultados de participación en el estudio EPINE.

Para analizar las causas de la elevada prevalencia de IN, desde el grupo de Seguridad del paciente, en 2011, se realizó un análisis causa-efecto, tras el cual se propusieron acciones para afrontar cada una de las causas identificadas. Una de las medidas más simples y eficaces para la prevención de la IN es la higiene de manos (HM), pero la adhesión del personal al protocolo no siempre es adecuada, por lo que se decidió analizar más profundamente las causas de esta falta de adhesión e implantar planes de acción para mejorar los resultados.

#### ***4.3.3.2.1. ADHESIÓN DEL PERSONAL AL PROTOCOLO DE HIGIENE DE MANOS***

El estudio realizado constó de cuatro fases. En la primera se hicieron dos cortes transversales seriados (2010–2012), para comprobar la efectividad de las medidas aplicadas para reducir la prevalencia de colonización de las manos del personal por microorganismos patógenos. Tras analizar los resultados, en 2013 se inició la segunda etapa del estudio, aplicando las medidas propuestas por la OMS en su Estrategia Multimodal (World Health Organization, 2010a). Tras una evaluación inicial, se identificaron las principales áreas de mejora y se elaboraron sucesivos planes de acción en función de los resultados obtenidos en cada una de las evaluaciones realizadas. En la tercera fase, se realizó un estudio observacional descriptivo (julio-septiembre 2015), para evaluar los conocimientos del personal en relación a la técnica de HM. En la etapa final del en 2015-2016 y 2017 se realizaron tres estudios observacionales descriptivos evaluar el cumplimiento del protocolo en la práctica asistencial y la efectividad de los planes de mejora aplicados.

Para conocer la prevalencia de colonización de las manos del personal, se realizó un frotis de ambas manos para su posterior cultivo microbiológico e identificación de los microorganismos aislados.

Para analizar las prácticas de HM y localizar áreas de mejora, se utilizó el Marco OMS de Autoevaluación de la HM (World Health Organization, 2010b), monitorizando el grado de adhesión del personal al protocolo, documentando los avances logrados y realizando planes de mejora específicos, siguiendo el modelo de la OMS (World Health Organization, 2010c).

Para evaluar los conocimientos de la técnica, se invitó al personal a realizar la HM con solución hidroalcohólica marcada con fluoresceína, valorando posteriormente la adecuación de la técnica mediante luz ultravioleta en cuarto oscuro (Ramón-Cantón, Boada-Sanmartín, & Pagespetit-Casas, 2011). Se verificó el contacto de la solución hidroalcohólica en 6 zonas de cada mano:

palma, dorso, dedos, interdigital, dedo pulgar y muñeca, considerándose “limpias” las zonas que se veían “blancas” bajo la luz ultravioleta por la presencia de fluoresceína y “sucias” las zonas “oscuras” que no habían entrado en contacto con el fluorocromo. En la lectura de resultados, a cada zona de la mano “limpia”, se le dio el valor 1 y a las zonas “sucias” se les dio el valor 0.

Para evaluar las prácticas de HM del personal y el cumplimiento de las recomendaciones, se aplicó el Formulario de Observación Directa y el Formulario de Cálculo de Cumplimiento Básico del Manual Técnico de Referencia de la OMS (World Health Organization, 2009a). Antes de iniciar la observación, el observador, se dirigió a las unidades de hospitalización y explicó el motivo del estudio, solicitando autorización para observar a los profesionales durante su trabajo habitual de cuidados al paciente. Una vez autorizado, cada vez que uno de los profesionales realizaba una actividad asistencial, el observador le acompañaba, registrando el tipo de actividad, la acción u omisión de la HM y si la técnica se realizaba correcta o incorrectamente. En ambos cortes, se calculó el porcentaje de oportunidades en las que se realizó correctamente la HM (grado de cumplimiento de las recomendaciones) y el porcentaje de omisiones debidas a un mal uso de guantes.

Como indicador de proceso, a lo largo de todo el estudio, se utilizó el consumo de solución hidroalcohólica en litros/1000 estancias.

Las variables consideradas en las distintas fases del estudio fueron las siguientes:

En los estudios de colonización, las variables explicativas fueron: edad, sexo, categoría profesional y unidad en la que los profesionales prestaban sus servicios. La variable respuesta fue el resultado del cultivo microbiológico (positivo, negativo o flora regional).

En el diagnóstico de situación y análisis de las prácticas de HM, las variables explicativas fueron las evaluadas en el Marco OMS de Autoevaluación de la HM (World Health Organization, 2010b) para valorar los 5 componentes de su Estrategia Multimodal: cambio de sistema, formación, evaluación y retroalimentación, recordatorios en el lugar de trabajo y clima institucional de seguridad. La variable resultado fue el nivel de HM asignado al hospital en función de la puntuación obtenida tras aplicar la herramienta.

En el estudio de valoración de los conocimientos de la técnica de HM, las variables explicativas fueron: edad, sexo, categoría profesional, unidad en la que prestaban sus servicios los profesionales, antigüedad laboral, uso de joyas y lateralidad (diestro o zurdo). La variable resultado fue la adecuación de la HM, considerándose correcta si el número de zonas limpias >8.

En los estudios de evaluación del cumplimiento de la HM en la práctica asistencial, las variables explicativas fueron la categoría profesional y la unidad en la que el profesional prestaba sus

servicios. Las variables respuesta fueron la HM -acción u omisión- y el uso de guantes (correcto o incorrecto).

### ***4.3.3.3. SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES CON EL PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA***

En marzo de 2017 se realizó un estudio transversal para evaluar la satisfacción del personal con el programa de PEA (Prisma APD®), implantado en el hospital en octubre de 2015. Se repartieron dos cuestionarios específicos (Escolano Pueyo A, & Real-Campaña JM, Casajús-Lagranja P, et al, 2017), uno para el personal facultativo (PF) y otro para el personal de enfermería (PE). Las posibles variables confundidoras evaluadas fueron: edad, sexo, años trabajados, años en el hospital, años en el actual puesto de trabajo, si trabajan o no en turnos nocturnos y en festivos.

Los cuestionarios del PE y el de PF contenían 10 (PE1 a PE10) y 9 (PF1 a PF9) ítems-preguntas respectivamente (Escolano Pueyo A, & Real-Campaña JM, Casajús-Lagranja P, et al, 2017). Todas ellas se respondían mediante una escala tipo Likert de 5 posibles respuestas: desde 1 (muy insatisfechos) a 5 (muy satisfechos). Las respuestas para cada pregunta con valor 1 (muy en desacuerdo/muy insatisfecho) ó 2 (en desacuerdo/insatisfecho) se consideraron negativas o insatisfechas; y satisfechas o positivas las de valor 4 (de acuerdo/satisfecho) ó 5 (muy de acuerdo/muy satisfecho). Las respuestas con valor 3 (indiferente/normal/sin cambios) no se tuvieron en cuenta en el análisis de cada ítem de las escalas pero sí se consideraron para la puntuación global de las mismas. Los participantes con puntuación total de la escala superior o igual a 40 (intervalo: 10-50) para la escala PE y de 36 (intervalo: 9-45) para la escala PF se consideraron satisfechos con la PEA.

A partir de la obtención de las puntuaciones totales de los ítems, se diseñó una estrategia para su selección y creación de una nueva escala única (Doval E & Viladrich C., 2017). Para ello, se valoró la fiabilidad y validez de las escalas iniciales, intermedias y finales obtenidas (Katusiime et al., 2016) (Luján-Tangarife & Cardona-Arias, 2015). En primer lugar se evaluaron las dos escalas originales para conseguir escalas con un solo componente, por lo que se eliminaron los ítems que pesaban más en el segundo componente. También se eliminaron los mismos ítems en la otra escala por analogía ya que eran idénticos y tenían la misma redacción y se evaluó como afectaba esta depuración (Doval E & Viladrich C., 2017).

Posteriormente, para construir una escala única, se fusionaron las preguntas comunes en ambos cuestionarios, quedando los siguientes ítems fusionados (iF): iF4=PF3-PE5; iF5=PF4-PE6; iF6=PF5-PE7; iF7=PF7-PE9; iF8=PF6-PE8; iF9=PF8-PE10. Otras dos preguntas similares en ambos cuestionarios se unieron, ya que tan solo variaban en una palabra: iF1=PF1-PE1; iF2=PF2-PE2.

También se unificaron dos ítems que hacían referencia a la administración o a prescripción iF3=PF9-PE3, quedando intacto un ítem de la escala PE: iF=PE4.

Una vez definidos los nuevos ítems se procedió a un proceso de depuración valorando su consistencia interna mediante un análisis de componentes principales sin rotación para obtener un cuestionario definitivo (Luján-Tangarife & Cardona-Arias, 2015) (Doval E & Viladrich C., 2017).

#### **4.3.4 CALIDAD ASISTENCIAL**

##### **4.3.4.1. RELACIÓN ENTRE EL BURNOUT, LA SATISFACCIÓN LABORAL Y LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE**

Para evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en el hospital, se utilizaron los datos de las encuestas de satisfacción anuales realizadas desde Consellería a los usuarios de hospitalización de larga estancia y cuidados paliativos. Dichas encuestas se realizaron a través de entrevistas telefónicas asistidas por ordenador (CATI: Computer Assisted Telephone Interview), de unos 10 minutos de duración, utilizando un cuestionario basado en SERVQHOS (José Joaquín Mira et al., 1998). La empresa externa que realizó las encuestas fue la Universidad Miguel Hernández hasta 2015 y Sigma Dos en 2016. La muestra se seleccionó en todos los casos por muestreo aleatorio simple por hospital y actividad.

Los aspectos evaluados en relación a la calidad de los servicios recibidos fueron: accesibilidad, trato personalizado, efectividad de los tratamientos recibidos para calmar la ansiedad y/o el dolor, información recibida, identificación del paciente, aspecto y conservación de las instalaciones, alimentación y por último la satisfacción con la atención global.

El cuestionario se compone de 27 ítems de valoración de frases que recogen los diferentes aspectos de la atención. Las respuestas cerradas, con un rango de 0 para la menos favorable a 5 para la más favorable, diseñadas para permitir que los encuestados expresaran su opinión en grados variables para cada una de las cuestiones que se planteaban. Finalmente, se realizó una pregunta para recoger sugerencias de mejora. Además, se recogió la edad, sexo y nivel de estudios de la persona que respondió a la encuesta (paciente o cuidador principal) y la duración del ingreso hospitalario. La estructura de la encuesta utilizada para los pacientes de larga estancia se presenta en el **Anexo VI**.

Los resultados obtenidos en las encuestas anuales realizadas para evaluar la satisfacción del paciente se cruzaron con los resultados de las encuestas de satisfacción laboral y con el grado de burnout del personal, obtenidos en los estudios transversales realizados en el centro durante el periodo considerado.

### ***4.3.4.2. RELACIÓN ENTRE EL BURNOUT, LA SATISFACCIÓN LABORAL Y LOS INDICADORES DE SEGUIMIENTO DE LOS ACUERDOS DE GESTIÓN***

Los datos de los resultados de los acuerdos de gestión del Hospital, pactados anualmente con Consellería se extrajeron de los informes anuales de resultados del centro y se cruzaron con los resultados de las encuestas de satisfacción laboral y con el grado de burnout del personal, obtenidos en los estudios transversales realizados en el centro durante el periodo considerado.

## **4.4. MUESTREO Y RECOGIDA DE DATOS**

En los estudios realizados mediante cuestionarios auto-administrados, el muestreo fue no probabilístico y consecutivo. No se predeterminó el tamaño muestral, ya que los cuestionarios se enviaron por correo interno del hospital a todo el personal que cumplía con los criterios de inclusión. El procedimiento empleado para el muestreo y la recogida de datos fue el mismo en todos los momentos del estudio. Junto a la encuesta, se entregó una carta que explicaba los objetivos del estudio y solicitaba la colaboración de los profesionales. En todas las etapas del estudio, los cuestionarios se distribuyeron en febrero y las respuestas se recogieron en marzo a través de los buzones de sugerencias para asegurar el anonimato. Dicho anonimato se garantizó en todas las fases del estudio: distribución, cumplimentación, recogida, registro y análisis de resultados; según la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

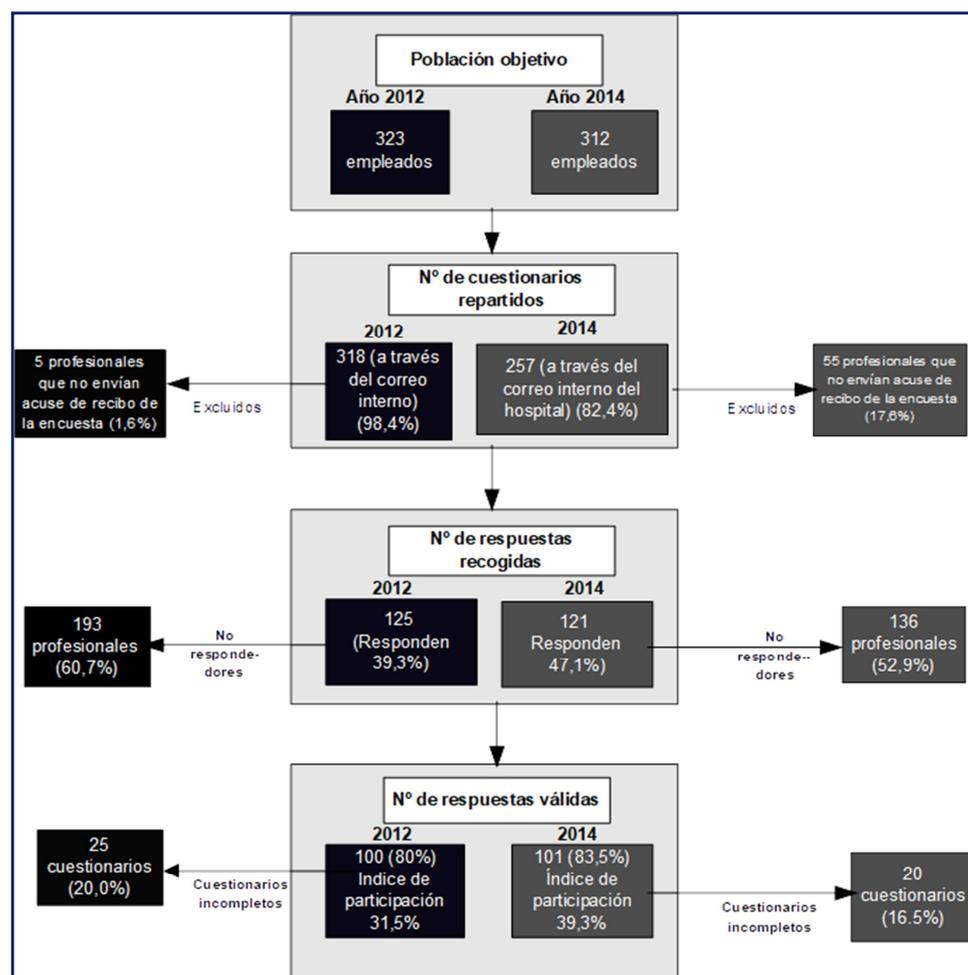
### **4.4.1. GESTIÓN DE PERSONAS**

#### ***4.4.1.1. EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE BURNOUT E IMPORTANCIA DE LOS PUNTOS DE CORTE UTILIZADOS PARA SU EVALUACIÓN***

En 2012 la plantilla era de 323 empleados; se recibieron 318 acuses de recibo de los cuestionarios enviados por correo interno. Los cinco profesionales restantes, no recibieron la encuesta por distintos motivos (baja laboral, vacaciones, etc.). Se obtuvieron 125 respuestas (39,3% de los participantes), de las cuales 100 fueron válidas (índice de participación = 31,5%). En 2014, la plantilla era de 312 empleados. Se recibieron 257 acuses de recibo y se obtuvieron 121 respuestas (47,1% de los participantes), de las cuales 101 fueron válidas (índice de participación = 39,3%).

El procedimiento seguido para el muestreo y recogida de datos se presenta en la **Figura 5**.

Figura 5 Muestreo y recogida de datos (2012-2014)



#### 4.4.1.2. EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE BURNOUT

La plantilla del hospital en el momento del estudio era de 322 profesionales. Se devolvieron 238 acuses de recibo; los 84 profesionales restantes no recibieron la encuesta por distintos motivos (vacaciones, baja laboral, ausencia justificada...), obteniéndose 111 respuestas válidas lo que representó un índice de participación del 46,6%.

#### 4.4.1.3. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN LABORAL

La plantilla del hospital era de 313 empleados en 2013 y 312 empleados en 2015. En ambos estudios los cuestionarios se enviaron a todo el personal. En 2013 devolvieron el acuse de recibo 291 profesionales; los 22 profesionales restantes no recibieron el cuestionario por diferentes motivos (baja laboral, ausencia, días de libre disposición, etc.). En 2015 devolvieron el acuse de recibo 242 profesionales; los profesionales restantes no recibieron el cuestionario por diferentes motivos. En 2013, se obtuvieron 90 respuestas (75 válidas), lo que representó una tasa de respuesta del 25,8%. En 2015, se obtuvieron 111 respuestas (101 válidas), lo que supuso un índice de participación del 41,7%.

### ***4.4.1.4. ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DE PERSONAS Y GESTIÓN DE RIESGOS ASISTENCIALES***

En la priorización de las acciones de mejora para la elaboración de los programas participaron 43 profesionales de distintas categorías profesionales para contar con un punto de vista multidisciplinar en la priorización de las acciones propuestas. El criterio de selección de los participantes fue elegir profesionales participativos, a los que se solicitó su colaboración y se les formó en el manejo de la herramienta para que colaborasen en la puntuación de los 5 QFD's realizados: prevención del burnout, mejora de la satisfacción laboral, prevención de los riesgos relacionados con la medicación, mejora de la comunicación durante el proceso asistencial y prevención del riesgo de caídas.

La participación fue voluntaria y anónima. Los profesionales seleccionados fueron 17 facultativos (13 asistenciales, 2 farmacéuticos, 1 analista clínico y 1 preventivista) y 30 profesionales de enfermería (las 6 supervisoras de las unidades de hospitalización, 10 DUE y 10 auxiliares de enfermería de las unidades de hospitalización). Los 43 profesionales rellenaron los 5 QFD y los entregaron a través de los buzones de sugerencias (índice de participación del 100%).

### **4.4.2. SEGURIDAD DEL PACIENTE**

#### ***4.4.2.1. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE***

El tamaño muestral no se predeterminó, ya que en los dos estudios se enviaron por correo interno los cuestionarios a todo el personal sanitario (n=206). En ambos momentos, devolvieron el acuse de recibo 158 profesionales; los 48 restantes no recibieron la encuesta por distintos motivos (baja laboral, libranza, días de libre disposición, etc). En 2013 se obtuvieron 66 respuestas (55 válidas), lo que representó una tasa de respuesta del 34,8%. En 2015 se obtuvieron 92 respuestas (75 válidas), alcanzándose un índice de participación del 47,5%.

#### ***4.4.2.2. RELACIÓN ENTRE LA SATISFACCIÓN LABORAL Y LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE***

No se predeterminó el tamaño muestral ya que se enviaron por correo interno los cuestionarios a la totalidad del personal sanitario (n=206). Devolvieron el acuse de recibo 158 profesionales; los 48 restantes no recibieron la encuesta por distintos motivos. Se obtuvieron 92 respuestas, de las que 75 fueron válidas (índice de participación del 47,5%).

#### ***4.4.2.3. EVALUACIÓN DE RIESGOS ASISTENCIALES***

##### ***4.4.2.3.1. MAPA DE RIESGOS***

En la encuesta realizada para identificar los principales riesgos relacionados con la seguridad del paciente, que, a juicio de los profesionales, existían en la organización, participaron 43, profesionales, los mismos que colaboraron en la priorización de las acciones de mejora para la

elaboración de los programas de gestión de personas y gestión de riesgos asistenciales. Los profesionales seleccionados para participar pertenecían a distintas categorías profesionales para contar con un punto de vista multidisciplinar en la identificación de los riesgos asistenciales y de las posibles barreras a implantar. El criterio de selección de los participantes fue elegir profesionales participativos, a los que se solicitó su colaboración y se les dio una formación básica en Seguridad del Paciente.

Los 43 profesionales rellenaron la encuesta y las entregaron a través de los buzones de sugerencias (índice de participación del 100%).

#### **4.4.2.3.2. SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS**

La declaración de eventos adversos es voluntaria y anónima y puede realizarla cualquier profesional. La recogida de datos se hace mensualmente, a través de la plantilla diseñada a tal fin (**Figura 2**), y tras su análisis, se introducen en la base de datos corporativa de declaración de eventos adversos (SINEA) y en la base de datos Access propia, diseñada a tal fin, para extraer informes estadísticos periódicos de los eventos declarados y e informar al personal sobre los resultados obtenidos y sobre la eficacia de las medidas preventivas declaradas.

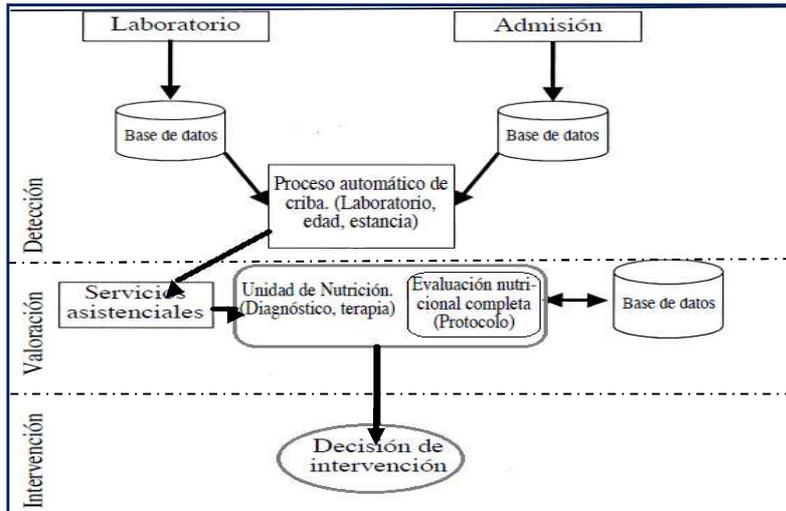
Una DUE del grupo de Seguridad del Paciente recoger y sustituye mensualmente las planillas de los controles de enfermería de las unidades de hospitalización y e introduce los eventos adversos declarados en SINEA. Los eventos adversos relacionados con la IN los recoge y declara en SINEA la enfermera de medicina preventiva. La tabulación en la base de datos propia de todos los eventos adversos declarados y la explotación de datos, la realiza el responsable de calidad.

#### **4.4.3. ADOPCIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS ASISTENCIALES**

##### **4.4.3.1. CRIBADO DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE**

No se predeterminó el tamaño muestral, ya que se realizó el cribado nutricional al ingreso a la totalidad de pacientes ingresados en el centro durante los periodos de estudio (2014 y 2015), realizando valoración nutricional completa y seguimiento a aquellos pacientes con riesgo de desnutrición que, a criterio del facultativo responsable, fueron candidatos a ser valorados por la unidad de nutrición. El protocolo utilizado a nivel de la interacción entre los distintos servicios del hospital, para que, en función del riesgo de desnutrición detectado, los facultativos responsables, lanzaran la interconsulta a la unidad de nutrición, se muestra en la **Figura 6**. Tras la valoración nutricional completa, en función de los resultados obtenidos, si el paciente presentaba DN, se le incluía en el estudio.

Figura 6: Esquema de la interacción entre servicios para la detección precoz de la desnutrición



#### 4.4.3.2. VIGILANCIA Y CONTROL DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL

La recogida de datos de IN para participar en el estudio EPINE se realiza siguiendo el protocolo y las pautas del Estudio Nacional de Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en España. Los datos se recogieron a partir de las historias clínicas, según la metodología descrita y unificada para todos los hospitales participantes; el cuestionario utilizado fue estándar todos los hospitales participantes en el estudio EPINE y los criterios de definición de caso de infección son los dados por los CDC1. Los datos considerados en los distintos cortes realizados fueron la prevalencia de infecciones nosocomiales y la prevalencia de pacientes con infección nosocomial.

##### 4.4.3.2.1. ADHESIÓN DEL PERSONAL AL PROTOCOLO DE HIGIENE DE MANOS

En todas las etapas del estudio, los sujetos considerados fueron los profesionales asistenciales que prestaban sus servicios durante el turno de mañanas los días en que se interactuó con los profesionales (2/3 de la plantilla asistencial).

En los estudios de colonización se buscó una muestra representativa, teniendo en cuenta que la tasa de colonización de manos del personal sanitario, según la bibliografía, es de un 20% (Trick et al., 2003). En 2010 la plantilla asistencial era de 238 profesionales (159 en turno de mañanas); para una precisión del 5% y una confianza del 95% eran necesarios 97 profesionales. En 2012, la plantilla era de 242 profesionales asistenciales (161 en turno de mañanas); para alcanzar un tamaño muestral suficiente, era necesaria la participación de 98 profesionales.

En el estudio de evaluación de los conocimientos de la técnica de HM, se buscó una muestra representativa teniendo en cuenta que la tasa de respuesta para el pulgar limpio, es del 50% (Ramón-Cantón et al., 2011). La plantilla asistencial durante el periodo estival fue de 210 profesionales (140 en turno de mañanas); para una precisión del 5% y una confianza del 95%

eran necesarias 103 observaciones. En estos estudios, el muestreo fue no probabilístico-consecutivo. En los estudios de evaluación de las prácticas de HM por observación directa, el muestreo fue por conveniencia, en base a las oportunidades de realizar la HM. En todos los casos, se excluyeron los profesionales ausentes y aquellos que se negaron a participar. En ningún caso se avisó de las fechas de realización de los estudios y los evaluadores fueron siempre los mismos para evitar sesgos en la interpretación de resultados.

#### **4.4.3.3. SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES CON EL PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA**

No se predeterminó el tamaño muestral ya que los cuestionarios se enviaron por correo interno a la totalidad de los profesionales usuarios del PEA. La tasa global de participación fue del 63,6% (68 respuestas de los 107 usuarios potenciales que constituían la población diana total), habiendo sido mayor la participación entre el personal facultativo, con 18 respuestas de las 22 potenciales (índice de participación del 81,8%) que entre el personal de enfermería, con 50 respuestas de las 85 potenciales (índice de participación del 58,8%).

#### **4.4.4. CALIDAD ASISTENCIAL**

##### **4.4.4.1. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE**

La entrevista telefónica se realizó anualmente durante el mes de diciembre. La selección de personas a entrevistar se realizó de forma aleatoria por muestreo sistemático con arranque aleatorio, de manera centralizada sobre la base del listado de ingresos que se habían realizado durante el año en curso y que constaban en la base de datos de cada hospital. El tamaño muestral anual fue de 266 entrevistas para larga estancia y 107 para paliativos. El error de muestreo fue  $\pm 5,5\%$  para datos globales para larga estancia y  $\pm 8,8\%$  para paliativos, con un nivel de confianza del 95% y  $p=q= 0,5$ .

##### **4.4.4.2. SEGUIMIENTO DE LOS INDICADORES DE LOS ACUERDOS DE GESTIÓN**

Los datos de los indicadores de los acuerdos de gestión se han extraído de los informes anuales de resultado enviados desde Consellería.

### **4.5. ANÁLISIS DE LOS DATOS**

En todos los estudios realizados, se utilizaron medidas de posición (media) y de dispersión (desviación estándar) para describir las variables cuantitativas y medidas de frecuencia (porcentajes) para las variables categóricas.

Para comprobar la distribución normal de las variables, se usó el test de Shapiro-Wilk, utilizando modelos paramétricos si se cumplía o sus equivalentes no paramétricos en caso contrario. En el

análisis bivalente, se utilizó el test de chi-cuadrado para relacionar variables cualitativas o el test exacto de Fisher según correspondiera, y si la variable presentaba más de dos categorías, se utilizó el test de tendencia de Mantel-Hanzel para su análisis. Para variables cuantitativas se utilizó el test t-Student y para variables cuantitativas frente a variables cualitativas de tres o más categorías se utilizó el test de ANOVA de un factor, con la corrección post hoc de Bonferroni.

Para estudiar la relación entre las dimensiones de las encuestas, se halló su matriz de correlación. Para cuantificar el grado de asociación entre variables se utilizó la odds ratio (OR) y su intervalo del 95% de confianza (IC). El análisis ajustado se realizó mediante regresión logística binaria, incluyendo en el modelo las variables potencialmente confundidoras, según el criterio de Maldonado-Greeland (Maldonado & Greenland, 1993) y aquellas variables para las cuales se halló asociación estadísticamente significativa en el análisis bivariado.

Para estudiar la correlación entre el paso del tiempo y ciertas variables, como el consumo de solución hidroalcohólica por estancia, o la evolución de la prevalencia de la IN, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. Dicho coeficiente también se utilizó para estimar si la satisfacción laboral y el burnout actúan como variables predictoras de la satisfacción del paciente y de los resultados de los acuerdos de gestión.

En el estudio de evaluación de la satisfacción de los profesionales con la PEA, para elaborar un cuestionario único a partir de la fusión de los dos cuestionarios iniciales destinados a PF y PE, se obtuvo un modelo global explicativo mediante regresión logística ajustando por las potenciales variables confundidoras según el criterio de Maldonado y Greeland (Maldonado & Greenland, 1993) y utilizando como contraste global del modelo el test de Hosmer y Lemeshow.

Se analizó la fiabilidad de las escalas originales, la fusionada y las posteriores obtenidas con el  $\alpha$ -Cronbach (Katusiime et al., 2016) (Luján-Tangarife & Cardona-Arias, 2015), que además sirvió de criterio para seleccionar y depurar ítems (Doval E & Viladrich C., 2017). Para evaluar la validez de cada una de las escalas se realizó un análisis de componentes principales sin rotación (Doval E & Viladrich C., 2017), al objeto de obtener un único componente, realizando el test de esfericidad de Bartlett y el índice de Kaiser-Meyer-Olkin para determinar su pertinencia, y así como el porcentaje de la varianza explicada.

Para todos los contrastes de hipótesis se trabajó con un nivel de confianza del 95%.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS Statistics para Windows, versión 19.0. (IBM Corp., Armonk, NY, USA).

# 5. *R*ESULTADOS

---





## 5. RESULTADOS

### 5.1. PROFESIONALES ORIENTADOS A LA CALIDAD ASISTENCIAL

Tal como se describió en el apartado de Metodología, para elaborar el programa de gestión de personas, se siguieron diferentes etapas, cuyos resultados se exponen a continuación.

#### 5.1.1. EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE BURNOUT DEL PERSONAL E IMPORTANCIA DE LOS PUNTOS DE CORTE UTILIZADOS PARA SU EVALUACIÓN

Los datos sociodemográficos de la plantilla y de los profesionales respondedores a la encuesta, así como su percepción de las variables moduladoras del burnout se presentan en la **Tabla 4**. Se observan diferencias significativas respecto a la categoría profesional y la antigüedad laboral de los participantes en ambos momentos del estudio, con un incremento en la participación del colectivo de facultativos y de los profesionales con más de 20 años de antigüedad laboral.

**Tabla 4.** Características sociodemográficas y variables moduladoras del burnout (2012-2014)

Plantilla 2012 Media (DE)/n (%)	Plantilla 2014 Media (DE)/n (%)	Características poblacionales de los respondedores a la encuesta	2012 (n=100*)	2014 (n=101*)	Significación estadística (p) (IC 95%)
Edad: 44,25 (8,2)	Edad: 48,4 (8,7)	Edad en años, media (DE)	45,1 (8,9)	47,2 (9,7)	p=0,50
Mujer: 262 (81,2)	Mujer: 251 (80,4)	Sexo, mujeres, n (%)	80 (81,6)	82 (83,7)	p=0,71
<b>Tipo de contrato</b>	<b>Tipo de contrato</b>	<b>Tipo de contrato, n (%):</b>			p=0,99*
Fijo:78 (24,2)	Fijo: 80 (25,6)	Fijo	38 (38,0)	41 (41,4)	
No fijo: 245 (75,8)	No fijo: 232 (74,4)	Interino	53 (53,0)	48 (48,5)	OR= 0,84 (0,47-1,51)
		Acumulo de tareas	1 (1,0)	0 (0,0)	No Evaluable
		Eventual	8 (8,0)	10 (10,1)	OR= 1,16 (0,41-3,24)
<b>Cat. profesional</b>	<b>Cat. profesional</b>	<b>Categoría profesional, n (%):</b>			p=0,02*†
Facultativos:25 (8)	Facultativos: 25 (8)	Facultativos	6 (6,1)	16 (16,0)	
DUE: 96 (29,7)	DUE: 92 (29,5)	DUE	39 (39,4)	44 (44,0)	OR= 0,42 (0,15-1,19)
Aux enfer: 91 (28,2)	Aux enfer: 89 (28,5)	Auxiliares de enfermería	37 (37,4)	33 (33,0)	OR= 0,33 (0,12-0,95)
Celadores: 42 (13)	Celadores: 41 (13)	Celadores	11 (11,1)	5 (5,9)	OR= 0,17 (0,04-0,70)
Otros: 69 (21,4)	Otros: 65 (20,7)	Otros	6 (6,1)	2 (2,0)	OR= 0,13 (0,02-0,80)
		<b>Antigüedad laboral, años, n (%):</b>			p=0,03*†
		< 5	8 (8,0)	4 (4,0)	
		5-9	20 (20,0)	17 (17,0)	OR= 1,70 (0,44-6,65)
		10-14	26 (26,0)	19 (19,0)	OR= 1,46 (0,38-5,57)
		15-19	21 (21,0)	21 (21,0)	OR= 2,00 (0,52-7,67)
		≥ 20	25 (25,0)	39 (39,0)	OR= 3,12 (0,85-11,4)
		<b>Antigüedad en el puesto, n (%):</b>			p=0,90*
		< 5	42 (42,4)	40 (39,6)	
		5-9	29 (29,3)	30 (29,7)	OR= 1,09 (0,56-2,12)
		10-14	18 (18,2)	8 (7,9)	OR= 0,47 (0,18-1,19)
		15-19	5 (5,1)	7 (6,9)	OR= 1,47 (0,43-5,01)
		≥ 20	5 (5,1)	7 (6,9)	OR= 1,47 (0,43-5,01)
		<b>Estado civil, n (%):</b>			p=0,43*
		Soltero	19 (19,0)	14 (14,6)	
		Casado o en pareja	66 (66,0)	67 (69,8)	OR= 1,38 (0,64-2,97)
		Divorciado	12 (12,0)	12 (12,5)	OR= 1,36 (0,47-3,90)
		Viudo	2 (2,0)	3 (3,1)	OR= 2,04 (0,3-13,85)

Bajas en el último año, n (%)	23 (23,0)	17 (16,8)	p=0,27
Enfermedad crónica, n (%)	30 (30,6)	25 (24,8)	p=0,36
Formación específica, n (%)	71 (72,4)	61 (61,0)	p=0,09
Valorado por los pacientes, n (%)	71 (83,5)	80 (92,0)	P=0,09
Valorado por los familiares, n (%)	62 (73,8)	72 (86,7)	<b>p=0,04†</b>
Valorado por los compañeros, n (%)	78 (85,7)	78 (84,8)	p=0,86
Valorado por los jefes, n (%)	59 (66,3)	64 (68,8)	p=0,72
¿Cuál es su valoración global de su <b>experiencia profesional</b> ? media (DE)	7,73 (1,8)	7,55 (1,7)	p=0,48
¿Se considera una <b>persona optimista</b> ? media (DE)	7,79 (1,9)	7,83 (1,6)	p=0,87
¿Cómo <b>valora sus ingresos</b> en relación con su trabajo? media (DE)	4,79 (2,5)	4,89 (2,3)	P=0,77
¿Cree que desempeña bien su trabajo ( <b>autoeficacia</b> )? media (DE)	8,43 (1,4)	8,37 (1,2)	p=0,74
¿Se siente <b>apoyado en su vida personal</b> (amigos, familia)? media (DE)	8,55 (1,6)	8,90 (1,2)	p=0,09

\* Test de Mantel-Hanzel . † P<0.05. DE= desviación estándar; OR= odss ratio. La categoría de referencia es la primera

En cuanto a los factores desencadenantes y moduladores, se observó mejor autopercepción de la valoración por los familiares en el corte realizado en 2014.

Las puntuaciones medias de las subescalas en ambos momentos y sus percentiles 33 y 66 se presentan en la **Tabla 5**. Los valores obtenidos, sitúan a nuestros profesionales en un nivel medio de desgaste profesional, aunque el desgaste observado en 2014 fue inferior, con diferencias significativas entre ambos momentos para la DP y la RP. Comparando nuestros resultados con los 7 estudios referidos en el apartado de Metodología, observamos que nuestra media para el CE en el corte de 2014 (21,5) fue superior al valor promedio de los estudios consultados (19,9). Nuestra media para la escala de RP también fue superior al valor promedio de dichos estudios (RP<sub>2014</sub>=41,66 frente a 34,4), mientras que nuestra puntuación en la escala de DP fue inferior al valor promedio de los estudios consultados (DP<sub>2014</sub>= 4,72 frente a 7,1).

**Tabla 5.** Puntuaciones medias de las subescalas y percentiles 33 y 66 obtenidos en el estudio

SUBSCALAS		2012	2014	Diferencia (IC95%†	Significación estadística (p)
<b>Agotamiento Emocional</b>	Media (DE)	21,60 (10,66)	21,52 (12,94)	-0,07 ( -3,37 - 3,23)	-
	Percentil 33	17	14	-3,0(-0,3 - 6,3)	-
	Percentil 66	25	26	1 (-2,3 - 4,3)	-
<b>Despersonalización</b>	Media (DE)	6,92 (5,19)	4,72 (5,17)	-2,20 (-3,65 a -0,76)	<b>0,003</b>
	Percentil 33	4	4	0 (-1,44 - 1,44)	-
	Percentil 66	8	6	-2 (0,56 - 3,44)	<b>&lt; 0,05</b>
<b>Realización Personal</b>	Media (DE)	36,31 (8,01)	41,66 (6,79)	5,34 (3,27 - 7,40)	<b>&lt; 0,001</b>
	Percentil 33	38	46	8 (5,94 - 10,1)	<b>&lt; 0,05</b>
	Percentil 66	34	40	6 (3,94 - 8,06)	<b>&lt; 0,05</b>

DE = Desviación Estándar.

† Diferencias= 2014 menos 2012; (t de Student)

En la **Tabla 6**, se presentan los resultados obtenidos en ambos momentos del estudio y su interpretación en función de los valores normativos considerados.

**Tabla 6.** Prevalencia de burnout y grado de afectación de las subescalas (MBI-HSS) obtenidas en el estudio según los puntos de corte propuestos por diferentes autores.

Crterios normativos	Subescala Media (DE)	Puntos de corte	Grado de afectación	2012 n (%)	2014 n (%)	Significación estadística (p) <sup>†</sup>	
<b>Puntos de corte propios por terciles, según las recomendaciones de Maslach</b> Corte 2012 (n=100)	Cansancio	≤ 17	Bajo	37 (37,0)	46 (45,5)	0,69	
	Emocional	18-25	Medio	31 (31,0)	20 (19,8)		
	21,60 (10,66)	>25	<b>Alto</b>	32 (32,0)	35 (34,7)		
	Despersonalización	6,92 (5,19)	≤ 4	Bajo	33 (33,0)	57 (56,4)	<b>0,007</b>
			5-8	Medio	35 (35,0)	28 (27,7)	
			>8	<b>Alto</b>	32 (32,0)	16 (15,8)	
	Realización		>38	Bajo	34 (34,0)	75 (74,2)	<b>&lt;0,001</b>
		Personal	34-38	Medio	33 (33,0)	14 (13,9)	
		36,31 (8,01)	≤ 34	<b>Alto</b>	33 (33,0)	12 (11,9)	
	<b>Burnout</b>		n (%)	5 (5,0)	3 (3,0)	0,46	
<b>Puntos de corte de Maslach y Jackson EEUU (1986)</b> (Personal sanitario) n = 11067	Cansancio	<17	Bajo	32 (32,0)	41 (40,6)	0,24	
	Emocional	17-26	Medio	41 (41,0)	25 (24,8)		
	20,99 (10,75)	≥ 27	<b>Alto</b>	27 (27,0)	35 (34,7)		
	Despersonalización	8,73 (5,89)	< 7	Bajo	49 (49,0)	76 (75,2)	0,62
			7-12	Medio	40 (40,0)	16 (15,8)	
			≥ 13	<b>Alto</b>	11 (11,0)	9 (8,9)	
	Realización		≥ 39	Bajo	34 (34,0)	75 (74,3)	<b>0,01</b>
		Personal	32-38	Medio	45 (45,0)	20 (19,8)	
		34,58 (7,11)	< 32	<b>Alto</b>	21 (21,0)	6 (5,9)	
	<b>Burnout</b>		n (%)	3 (3,0)	1 (1,0)	0,31	
<b>Puntos de corte de Seisdedos España (1997)</b> (Muestra multiocupacional) n = 1138	Cansancio	<15	Bajo	25 (25,0)	36 (35,6)	0,60	
	Emocional	15-24	Medio	39 (39,0)	25 (24,8)		
	22,19 (9,3)	≥ 25	<b>Alto</b>	36 (36,0)	40 (39,6)		
	Despersonalización	7,21 (5,22)	< 4	Bajo	27 (27,0)	56 (55,4)	0,07
			4-9	Medio	47 (47,0)	29 (28,7)	
			≥ 10	<b>Alto</b>	26 (26,0)	16 (15,8)	
	Realización		≥ 40	Bajo	29 (29,0)	70 (69,3)	<b>0,002</b>
		Personal	33-39	Medio	49 (49,0)	24 (23,8)	
		36,53 (7,34)	< 33	<b>Alto</b>	22 (22,0)	7 (6,9)	
	<b>Burnout</b>		n (%)	7 (7,0)	3 (3,0)	0,19	
<b>Puntos de corte de Gil-Monte y Peiró España (2000)</b> (Muestra multiocupacional) n = 1188	Cansancio	<16	Bajo	30 (30,0)	39 (38,6)	0,60	
	Emocional	16-24	Medio	34 (34,0)	22 (21,8)		
	20,39 (11,03)	≥ 25	<b>Alto</b>	36 (36,0)	40 (39,6)		
	Despersonalización	6,36 (5,34)	< 4	Bajo	27 (27,0)	56 (55,4)	<b>0,01</b>
			4-8	Medio	41 (41,0)	28 (27,7)	
			≥ 9	<b>Alto</b>	32 (32,0)	17 (16,8)	
	Realización		≥ 40	Bajo	29 (29,0)	70 (69,3)	<b>&lt;0,001</b>
		Personal	36-39	Medio	30 (30,0)	15 (14,9)	
		36,02 (7,27)	< 36	<b>Alto</b>	41 (41,0)	16 (15,8)	
	<b>Burnout</b>		n (%)	14 (14,0)	5 (5,0)	<b>0,03</b>	
<b>Puntos de corte de Neira Argentina (2004)</b> (Personal sanitario) n=1152	Cansancio	<12	Bajo	17 (17,0)	23 (22,8)	0,61	
	Emocional	12-21	Medio	42 (44,0)	33 (32,7)		
	18,73 (11,44)	≥ 22	<b>Alto</b>	41 (41,0)	45 (44,6)		
	Despersonalización	6,12 (5,83)	< 3	Bajo	20 (20,0)	45 (44,6)	<b>&lt;0,001</b>
			3-6	Medio	29 (29,0)	31 (30,7)	
			≥ 7	<b>Alto</b>	51 (51,0)	25 (24,8)	
	Realización		≥ 41	Bajo	29 (29,0)	70 (69,3)	<b>&lt;0,001</b>
		Personal	36-40	Medio	30 (30,0)	15 (14,9)	
		37,28 (7,79)	< 36	<b>Alto</b>	41 (41,0)	16 (15,8)	
	<b>Burnout</b>		n (%)	20 (20,0)	5 (5,0)	<b>0,001</b>	
<b>Puntos de corte de Schaufeli Holanda (1995)</b> (Muestra multiocupacional diagnosticada de Burnout) n = 142	Cansancio	<26	Bajo	17 (17,0)	23 (22,8)	0,61	
	Emocional	26-33	Medio	42 (42,0)	33 (32,7)		
	28,64 (10,13)	≥ 34	<b>Alto</b>	41 (41,0)	45 (44,6)		
	Despersonalización	9,27 (4,89)	< 6	Bajo	40 (40,0)	66 (65,3)	0,15
			6-11	Medio	42 (42,0)	24 (23,8)	
			≥ 12	<b>Alto</b>	18 (18,0)	11 (10,9)	
	Realización		≥ 29	Bajo	86 (86,0)	98 (97,0)	0,11
		Personal	26-28	Medio	6 (6,0)	0 (0,0)	
		27,05 (5,67)	< 26	<b>Alto</b>	8 (8,0)	3 (3,0)	
	<b>Burnout</b>		n (%)	3 (3,0)	1 (1,0)	0,31 <sup>†</sup>	

DE = Desviación estándar; <sup>†</sup>Diferencias en el alto grado de afectación de las subescalas y la prevalencia de burnout (2014 vs 2012) (Test de Chi cuadrado)

La prevalencia de burnout y el grado de afectación de sus subescalas varió considerablemente en función de los criterios normativos aplicados. El criterio más restrictivo fue el de Schaufeli.

En la **Tabla 7** se compara la interpretación de los resultados de “alto grado de afectación de las subescalas” y de prevalencia de burnout obtenidos al aplicar los criterios de Gil-Monte frente a los obtenidos al aplicar el resto de puntos de corte considerados. Para el CE no se observaron diferencias en la interpretación de resultados, mientras que para la DP, la RP y la prevalencia de burnout, sí que se observaron diferencias transculturales en la interpretación de los resultados.

**Tabla 7.** Diferencias en la interpretación de los resultados de “alto grado de afectación de las subescalas” y prevalencia de burnout según los criterios normativos considerados

Criterios normativos	Cansancio emocional		Despersonalización		Realización personal		Burnout	
	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014
	n (N) P†	n (N) P†	n (N) P†	n (N) P†	n (N) P†	n (N) P†	n (N) P†	n (N) P†
<b>Gil-Monte</b> (Categoría de referencia)	36 (64)	40 (61)	32 (68)	17 (84)	41 (59)	16 (85)	14 (86)	5 (96)
<b>Maslach</b>	27 (73) 0,17†	35 (66) 0,467†	11 (89) <0,001†	9 (92) 0,09†	21 (79) 0,002†	6 (95) 0,02†	3 (97) 0,005†	1 (100) 0,09†
<b>Seisdedos</b>	36 (64) 1†	40 (61) 1†	26 (74) 0,35†	16 (85) 0,85†	22 (78) 0,003†	7 (94) 0,04†	7 (93) 0,1†	3 (98) 0,47†
<b>Neira</b>	41 (59) 0,46†	45 (56) 0,47†	51 (49) 0,006†	25 (76) 0,16†	41 (59) 1†	16 (85) 1†	20 (80) 0,25†	5 (96) 1†
<b>Schaufeli</b>	41 (59) 0,46†	45 (56) 0,47†	18 (82) 0,02†	11 (90) 0,22†	8 (92) <0,001†	3 (98) 0,001†	3 (97) 0,005†	1 (100) 0,09†

†Significación estadística de las diferencias observadas en los resultados de alto grado de afectación de las subescalas y prevalencia de burnout (criterios de Gil-Monte frente al resto de criterios normativos considerados) (Test de Chi<sup>2</sup>)

n: Nº de individuos con Alto grado de afectación de la subescala (3)

N: Nº de individuos con nivel medio o bajo de afectación de la subescala (1, 2)

En las **Figuras 7, 8 y 9** se presenta mediante gráficos de barras apiladas los resultados comparativos del grado de afectación de las subescalas de burnout en ambos momentos del estudio, según los criterios normativos aplicados y en la **Figura 10** se presenta la prevalencia de burnout según los distintos criterios normativos considerados, pudiendo apreciarse diferencias transculturales en la interpretación de los resultados.

Para el agotamiento emocional, se observaron escasas diferencias entre ambos momentos del estudio, fuera cual fuera el criterio normativo aplicado, mientras que para la despersonalización y la realización personal, se observó menor grado de afectación de nuestros profesionales en 2014 para todos los criterios normativos utilizados. Para la despersonalización y la realización personal, el criterio normativo más exigente es el de Schaufeli, siendo este criterio el que arrojó menor porcentaje de profesionales con alta afectación de dichas subescalas.

Figura 7. Grado de afectación del cansancio emocional (MBI-HSS) en 2012 y 2014, según los puntos de corte de diferentes autores

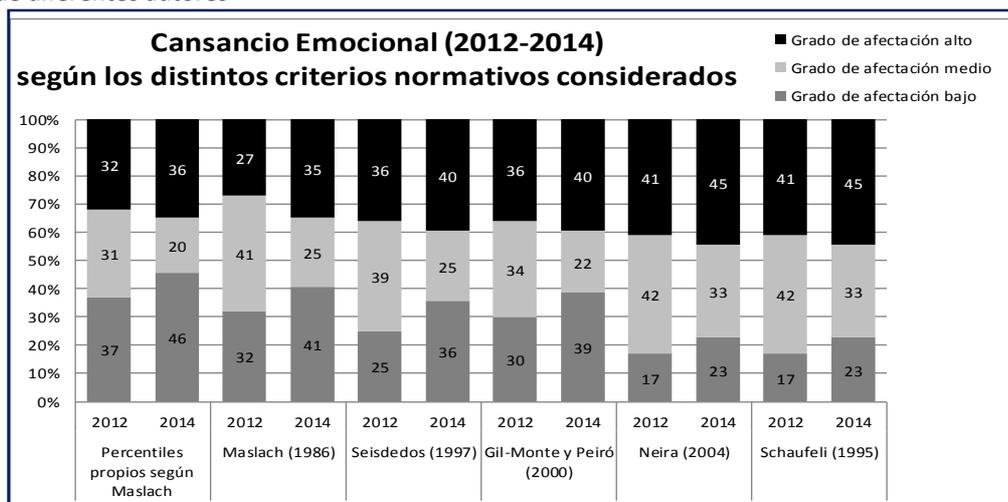


Figura 8. Grado de afectación de la despersonalización (MBI-HSS) en 2012 y 2014, según los puntos de corte de diferentes autores

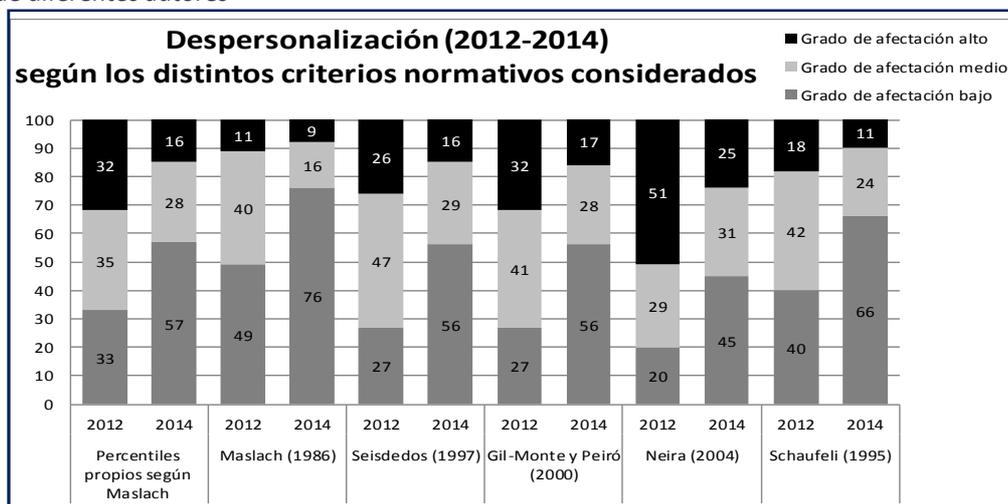


Figura 9. Grado de afectación de la realización personal (MBI-HSS) en 2012 y 2014, según los puntos de corte de diferentes autores

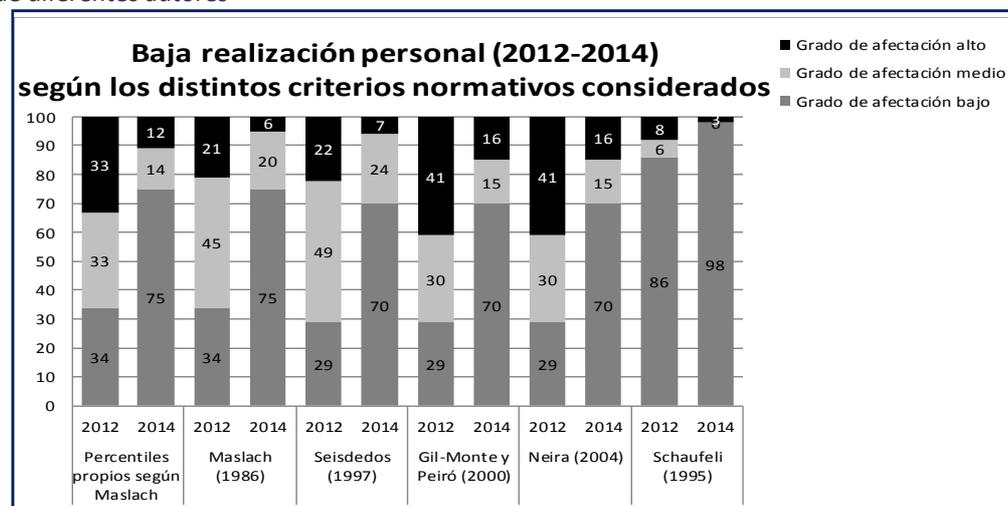
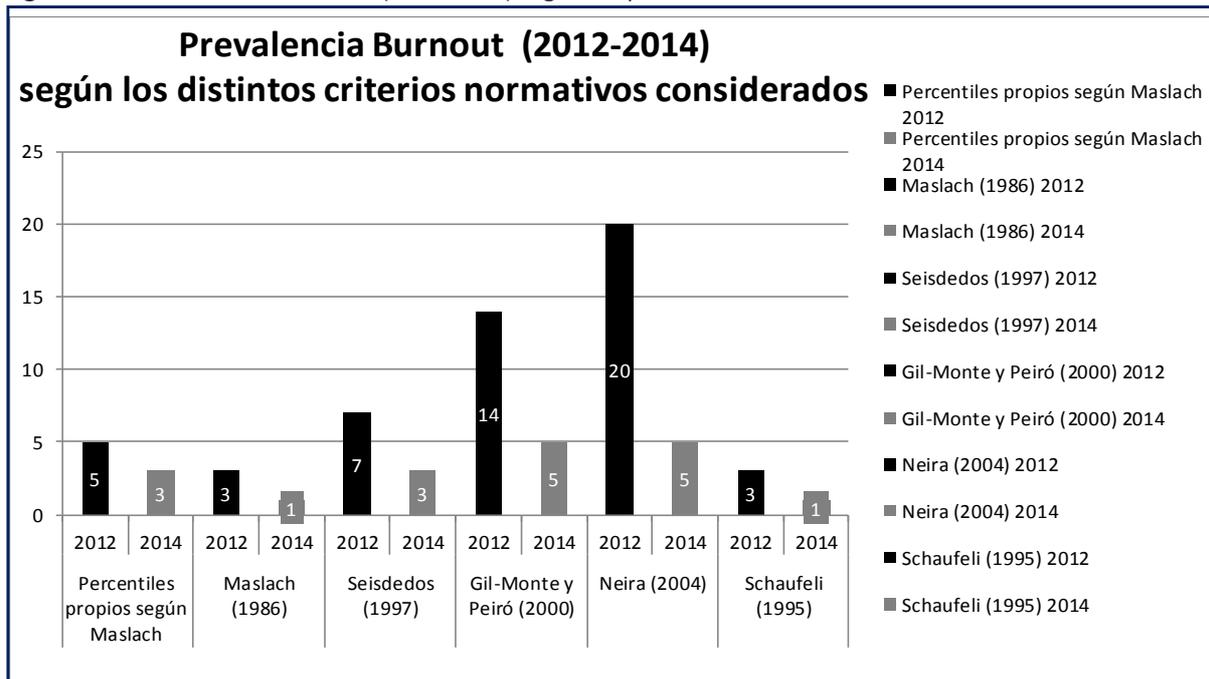


Figura 10. Prevalencia de burnout (2012-2014) según los puntos de corte de diferentes autores



### 5.1.2. EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES

La **Tabla 8** presenta las variables sociodemográficas y moduladoras consideradas. La muestra fue representativa de la población para edad y sexo, presentando mayor índice de participación en el personal fijo, facultativos, personal con responsabilidad sobre dirección de equipos y profesionales en contacto directo con pacientes.

Las puntuaciones medias y la estratificación de las variables moduladoras mostraron una plantilla con alta percepción de autoeficacia y apoyo social en más del 50% de los encuestados, que se consideraba optimista en más del 40% de los casos, pero solo un tercio de los encuestados presentó alta satisfacción laboral e ilusión por su trabajo, considerándose valorados por los superiores solo un 72% de los profesionales.

**Tabla 8.** Características sociodemográficas y factores moduladores evaluados en el estudio (2016)

Variables		Plantilla hospital	Respondedores a la encuesta
<b>Edad</b> (años), media (DE)		47,5 (8,7)	46,8 (9,4)
<b>Sexo</b> , n (%)	Hombre	61 (18,9)	16 (15)
	Mujer	261 (81,1)	91 (85)
<b>Tipo de contrato</b> , n (%)	Fijo	90 (27,9)	40 (36,7)
	No fijo	232 (72,1)	66 (63,3)
<b>Categoría profesional</b> , n (%)	Facultativos	25 (7,8)	18 (16,8)
	Enfermeros	101 (31,4)	34 (31,8)
	Auxiliares enfermería	90 (27,9)	32 (29,9)
	Celadores	47 (14,6)	1 (1,0)
	Administrativos	20 (6,2)	8 (7,5)
	Otros	39 (12,1)	14 (13)
<b>Dirección de equipos</b> , n (%)	No	276 (85,7)	87 (78,4)
	Sí	46 (14,3)	24 (21,6)
<b>Contacto directo con pacientes</b> , n (%)	No	119 (37)	26 (23,4)
	Sí	203 (63)	85 (76,6)
<b>Estado civil</b> , n (%)	Vive en pareja	ND	68 (63,6)
	No vive en pareja		39 (36,4)
<b>¿Tiene hijos?</b> , n (%)	No	ND	29 (26,1)
	Sí		82 (73,9)
<b>Antigüedad en el puesto de trabajo</b> , n (%)	< 5 años	ND	47 (44,8)
	5 a 9 años		18 (17,1)
	10 a 14 años		15 (14,3)
	15 a 19 años		12 (11,4)
	≥20 años		13 (12,4)
<b>¿Trabaja de noches?</b> , n (%)	No	ND	55 (49,5)
	Sí		56 (50,5)
<b>¿Bajas laborales en el último año?</b> , n (%)	No	ND	90 (81,1)
	Sí		21 (18,9)
<b>¿Padece enfermedades crónicas?</b> , n (%)	No	ND	82 (73,9)
	Sí		29 (26,1)
<b>¿Toma fármacos ansiolíticos?</b> , n (%)	No	ND	93 (83,8)
	Sí		18 (16,2)
<b>¿Se siente valorado por los pacientes?</b> , n (%)	No	ND	26 (23,4)
	Sí		85 (76,6)
<b>¿Se siente valorado por los familiares?</b> , n (%)	No	ND	16 (14,4)
	Sí		95 (85,6)
<b>¿Se siente valorado por los compañeros?</b> , n (%)	No	ND	12 (10,8)
	Sí		99 (89,2)
<b>¿Se siente valorado por los superiores?</b> , n (%)	No	ND	31 (27,9)
	Sí		80 (72,1)
<b>¿Le ilusiona su trabajo?</b> , n (%)	≤ 4	ND	11 (9,9)
	Media (DE)= 7,3 (2,4)		63 (56,8)
	Escala de 0 a 10		37 (33,3)
<b>Autoeficacia</b> , n (%)	≤ 4	ND	4 (3,6)
	Media (DE)= 8,3 (1,75)		49 (44,1)
	Escala de 0 a 10		58 (52,3)
<b>Satisfacción laboral</b> , n (%)	≤ 4	ND	6 (5,4)
	(Media (DE)= 7,75 (1,8)		64 (57,7)
	Escala de 0 a 10		41 (36,9)
<b>Optimismo</b> , n (%)	≤ 4	ND	6 (5,4)
	(Media (DE)= 8,1 (1,98)		55 (49,5)
	Escala de 0 a 10		50 (45)
<b>Grado de depresión</b> , n (%)	≤ 4	ND	78 (70,3)
	(Media (DE)= 3,3 (2,69)		28 (25,2)
	Escala de 0 a 10		5 (4,5)
<b>Apoyo social</b> , n (%)	≤ 4	ND	7 (6,3)
	(Media (DE)= 8,4 (2,14)		35 (31,5)
	Escala de 0 a 10		69 (62,2)

DE: Desviación Estándar; ND: No disponible

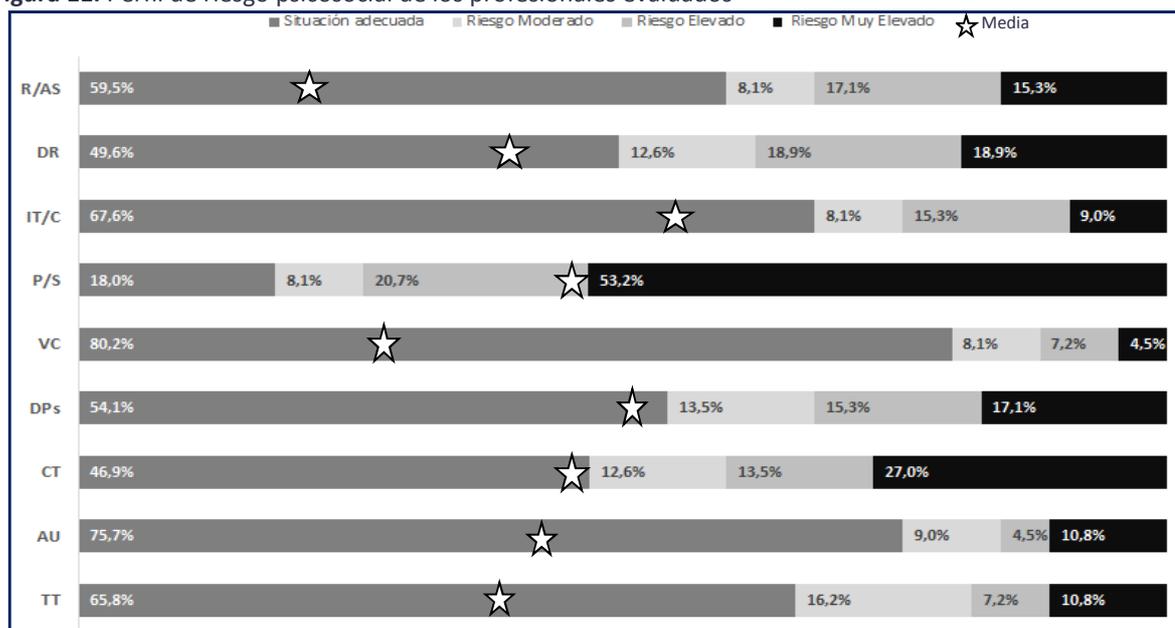
En la **Tabla 9** se presentan el perfil de riesgo psicosocial, los estadísticos descriptivos y la fiabilidad de las escalas. Los factores de mayor riesgo fueron la participación/supervisión, la carga de trabajo y el desempeño de rol. Respecto a la fiabilidad, las  $\alpha$  de Cronbach de las subescalas consideradas fueron superiores o muy próximas a 0,7 siendo suficientes para garantizar su fiabilidad. La  $\alpha$  de Cronbach global del cuestionario F-Psico 3.1 fue de 0,817. En la **Figura 11** se presenta el perfil de riesgo psicosocial de los trabajadores y la media para cada uno de los riesgos evaluados.

**Tabla 9.** Perfil de riesgo psicosocial de los profesionales y fiabilidad de las escalas.

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EVALUADOS (F-PSICO 3.1)			
	Puntos de corte (INSHT) Percentiles de una muestra multiocupacional española (n=1718)	Situación del riesgo evaluado	Frecuencia n (%)
<b>Tiempo Trabajado (TT)</b> Media (DE)= 14,19 (10,23) Escala de 0 a 37 $\alpha$ de Cronbach = 0,724	Percentil < P <sub>65</sub>	Situación adecuada	73 (65,8)
	P <sub>65</sub> ≤ Percentil < P <sub>75</sub>	Riesgo Moderado	18 (16,2)
	P <sub>75</sub> ≤ Percentil < P <sub>85</sub>	Riesgo Elevado	8 (7,2)
	Percentil ≥ P <sub>85</sub>	<b>Riesgo Muy Elevado</b>	12 (10,8)
<b>Autonomía (AU)</b> Media (DE)= 49,41 (26,7) Escala de 0 a 113 $\alpha$ de Cronbach = 0,863	Percentil < P <sub>65</sub>	Situación adecuada	84(75,7)
	P <sub>65</sub> ≤ Percentil < P <sub>75</sub>	Riesgo Moderado	10 (9,0)
	P <sub>75</sub> ≤ Percentil < P <sub>85</sub>	Riesgo Elevado	5 (4,5)
	Percentil ≥ P <sub>85</sub>	<b>Riesgo Muy Elevado</b>	12 (10,8)
<b>Carga de Trabajo (CT)</b> Media (DE)= 47,48 (19,04) Escala de 0 a 106 $\alpha$ de Cronbach = 0,717	Percentil < P <sub>65</sub>	Situación adecuada	52 (46,9)
	P <sub>65</sub> ≤ Percentil < P <sub>75</sub>	Riesgo Moderado	14 (12,6)
	P <sub>75</sub> ≤ Percentil < P <sub>85</sub>	Riesgo Elevado	15 (13,5)
	Percentil ≥ P <sub>85</sub>	<b>Riesgo Muy Elevado</b>	30 (27,0)
<b>Demandas Psicológicas (DPs)</b> Media (DE)= 58,6 (18,58) Escala de 0 a 112 $\alpha$ de Cronbach = 0,819	Percentil < P <sub>65</sub>	Situación adecuada	60 (54,1)
	P <sub>65</sub> ≤ Percentil < P <sub>75</sub>	Riesgo Moderado	15 (13,5)
	P <sub>75</sub> ≤ Percentil < P <sub>85</sub>	Riesgo Elevado	17 (15,3)
	Percentil ≥ P <sub>85</sub>	<b>Riesgo Muy Elevado</b>	19 (17,1)
<b>Variedad/Contenido del Trabajo (V/C)</b> Media (DE)= 21,86 (11,9) Escala de 0 a 69 $\alpha$ de Cronbach = 0,689	Percentil < P <sub>65</sub>	Situación adecuada	89 (80,2)
	P <sub>65</sub> ≤ Percentil < P <sub>75</sub>	Riesgo Moderado	9 (8,1)
	P <sub>75</sub> ≤ Percentil < P <sub>85</sub>	Riesgo Elevado	8 (7,2)
	Percentil ≥ P <sub>85</sub>	<b>Riesgo Muy Elevado</b>	5 (4,5)
<b>Participación/Supervisión (P/S)</b> Media (DE)= 40,56 (15,45) Escala de 0 a 87 $\alpha$ de Cronbach = 0,791	Percentil < P <sub>65</sub>	Situación adecuada	20 (18,0)
	P <sub>65</sub> ≤ Percentil < P <sub>75</sub>	Riesgo Moderado	9 (8,1)
	P <sub>75</sub> ≤ Percentil < P <sub>85</sub>	Riesgo Elevado	23 (20,7)
	Percentil ≥ P <sub>85</sub>	<b>Riesgo Muy Elevado</b>	59 (53,2)
<b>Interés por el Trabajador/Compensación (IT/C)</b> Media (DE)= 39,82 (18,13) Escala de 0 a 73 $\alpha$ de Cronbach = 0,708	Percentil < P <sub>65</sub>	Situación adecuada	75 (67,6)
	P <sub>65</sub> ≤ Percentil < P <sub>75</sub>	Riesgo Moderado	9 (8,1)
	P <sub>75</sub> ≤ Percentil < P <sub>85</sub>	Riesgo Elevado	17 (15,3)
	Percentil ≥ P <sub>85</sub>	<b>Riesgo Muy Elevado</b>	10 (9,0)
<b>Desempeño de Rol (DR)</b> Media (DE)= 38,36 (19,57) Escala de 0 a 109 $\alpha$ de Cronbach = 0,678	Percentil < P <sub>65</sub>	Situación adecuada	55 (49,6)
	P <sub>65</sub> ≤ Percentil < P <sub>75</sub>	Riesgo Moderado	14 (12,6)
	P <sub>75</sub> ≤ Percentil < P <sub>85</sub>	Riesgo Elevado	21 (18,9)
	Percentil ≥ P <sub>85</sub>	<b>Riesgo Muy Elevado</b>	21 (18,9)
<b>Relaciones/Apoyo Social (R/AS)</b> Media (DE)= 23,16 (15,08) Escala de 0 a 97 $\alpha$ de Cronbach = 0,693	Percentil < P <sub>65</sub>	Situación adecuada	66 (59,5)
	P <sub>65</sub> ≤ Percentil < P <sub>75</sub>	Riesgo Moderado	9 (8,1)
	P <sub>75</sub> ≤ Percentil < P <sub>85</sub>	Riesgo Elevado	19 (17,1)
	Percentil ≥ P <sub>85</sub>	<b>Riesgo Muy Elevado</b>	17 (15,3)

DE = Desviación estándar

Figura 11. Perfil de riesgo psicosocial de los profesionales evaluados



La **Tabla 10** presenta el análisis ajustado y la asociación de las variables sociodemográficas /moduladoras con los factores de riesgo psicosocial. Sentirse valorado por los superiores, fue un factor protector frente a los riesgos relacionados con el interés por el trabajador/compensación y el desempeño de rol. La satisfacción laboral también protegía frente al riesgo vinculado a la participación/supervisión, pero se asoció positivamente al riesgo vinculado al interés por el trabajador/compensación, igual que sucedía con las bajas laborales. La ilusión por el trabajo se asoció positivamente a las demandas psicológicas, mientras que una antigüedad en el puesto <10 años se asociaba positivamente al riesgo relacionado con la participación/supervisión.

Tabla 10. Asociación de las variables sociodemográficas y moduladoras con los factores de riesgo psicosocial

		Demandas Psicológicas (DPs)		Participación/Supervisión (PS)		Interés por el Trabajador (ITC)		Desempeño de Rol (DR)	
		Muy alto riesgo de afectación/total; n (%)	OR ajustada (IC 95%)	Muy alto riesgo de afectación/total; n (%)	OR ajustada (IC 95%)	Muy alto riesgo de afectación/total; n (%)	OR ajustada (IC 95%)	Muy alto riesgo de afectación/total; n (%)	OR ajustada (IC 95%)
<b>Antigüedad en el puesto</b>	<10 años	11/64 (17,2)	1,8 <sup>e</sup>	35/64 (54,7)	5,1 <sup>d</sup>	7/64 (10,9)	1,1 <sup>e</sup>	12/64 (18,8)	0,8 <sup>e</sup>
	≥10 años	6/40 (15)	(0,2-13,3)	20/40 (40)	(1,1-23,6)	3/40 (7,5)	(0,1-8,36)	8/40 (20)	(0,2-4,4)
<b>Bajas laborales</b>	Si	4/21 (19)	1,01 <sup>b</sup>	14/21 (66,7)	2,8 <sup>b</sup>	4/21 (19) <sup>*</sup>	8,2 <sup>b</sup>	4/21 (19)	0,7 <sup>b</sup>
	No	15/90 (16,7)	(0,1-11,3)	45/90 (50)	(0,4-19,2)	6/90 (6,7)	(1,1-59,1)	17/90 (18,9)	(0,07-7,41)
<b>Valorado por superiores</b>	Si	14/80 (16,5)	3,4 <sup>c</sup>	36/80 (45) <sup>**</sup>	0,7 <sup>c</sup>	5/80 (6,3)	0,15 <sup>c</sup>	10/80 (12,5) <sup>**</sup>	0,15 <sup>c</sup>
	No	5/31 (16,1)	(0,3-37,4)	23/31 (74,2)	(0,2-3,1)	5/31 (16,1)	(0,03-0,89)	11/31 (35,5)	(0,03-0,76)
<b>¿Le gusta su trabajo?</b>	↑ Percepción	6/37 (16,2)	8,6 <sup>a</sup>	19/37 (51,4)	0,6 <sup>a</sup>	13/37 (35,5)	1,7 <sup>a</sup>	4/37 (10,8)	0,8 <sup>a</sup>
	Resto	13/74 (17,7)	(1,1-65,9)	40/74 (54,1)	(0,2-2,2)	5/74 (6,9)	(0,3-9,72)	17/74 (23)	(0,2-4,1)
<b>Satisfacción laboral</b>	↑ Percepción	5/41 (12,2)	1,1 <sup>a</sup>	16/41 (39) <sup>**</sup>	0,2 <sup>a</sup>	7/41 (17,1)	23,3 <sup>a</sup>	5/41 (12,2)	0,6 <sup>a</sup>
	Resto	14/70 (20)	(0,19-5,8)	43/70 (61,4)	(0,05-0,9)	3/70 (4,3)	(1,4-391)	16/70 (22,9)	(0,1-3,3)

\*p < 0,05; \*\*p < 0,001

<sup>a</sup> Ajustado para edad, sexo, antigüedad en el puesto de trabajo, categoría profesional

<sup>b</sup> Ajustado para edad, sexo, antigüedad en el puesto de trabajo, tipo de contrato

<sup>c</sup> Ajustado para edad, categoría profesional, antigüedad en el puesto de trabajo, tipo de contrato

<sup>d</sup> Ajustado para edad, sexo, categoría profesional, disfrutar con el trabajo

<sup>e</sup> Ajustado para edad, sexo, categoría profesional, tipo de contrato

**5.1.3. EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES Y EL BURNOUT**

La **Tabla 11** presenta las puntuaciones medias y el grado de afectación de las subescalas de burnout según los puntos de corte de Gil-Monte. Catorce profesionales mostraron alta afectación de las tres subescalas, (prevalencia de burnout = 12,6%). Las puntuaciones medias y el porcentaje de trabajadores con alta afectación, sitúan a nuestros profesionales en un nivel medio de desgaste profesional, pero superior al hallado en el corte realizado en 2014.

**Tabla 11.** Puntuaciones medias y grado de afectación de las subescalas de burnout

	<b>BURNOUT (MBI-HSS)</b>		
	<b>Puntos de corte</b> Percentiles 33 y 66 de una muestra multiocupacional española (n= 1188)	<b>Grado de afectación de la subescala</b>	<b>Frecuencia n (%)</b>
<b>Agotamiento Emocional (AE)</b>	<16	Bajo	38 (34,2)
Media (DE)= 19,82 (10,5)	16-24	Medio	38 (34,2)
Escala de 0 a 54	≥ 25	<b>Alto</b>	35 (31,5)
<b>Despersonalización (DP)</b>	< 4	Bajo	49 (44,1)
Media (DE)= 5,8 (5,16)	4-8	Medio	31 (27,9)
Escala de 0 a 30	≥ 9	Alto	31 (27,9)
<b>Realización Personal (RP)</b>	≥ 40	Bajo	54 (48,6)
Media (DE) = 37,86 (6,8)	36-39	Medio	19 (17,1)
Escala de 0 a 48	< 36	<b>Alto</b>	38 (34,2)
<b>Prevalencia de Burnout n (%)</b>			14 (12,6)

DE = Desviación estándar

Se observaron diferencias significativas en la percepción media de todas las variables moduladoras cuantificadas (a excepción del grado de depresión) entre los profesionales con y sin burnout. Los profesionales con burnout mostraron una percepción media de ilusión por su trabajo de 5,5 (DE =2,9), una satisfacción laboral de 5,79 (DE=2,3), una sensación de autoeficacia de 6,86 (DE=2,5) una puntuación en optimismo de 6,21 (DE=2,6) y una percepción de apoyo familiar de 6,07 (DE =2,7). Sin embargo, las percepciones de estas variables para los profesionales sin burnout fue superior, mostrando una percepción media de ilusión por su trabajo de 7,6 (DE =2,2; p=0,002), una satisfacción laboral de 8 (DE=1,5; p< 0,001), una sensación de autoeficacia de 8,5 (DE=1,5; p=0,001) una puntuación en optimismo de 8,3 (DE=1,7; p< 0,001) y una percepción de apoyo familiar de 8,7 (DE =1,8; p< 0,001).

En la **Tabla 12** presenta el análisis ajustado y la asociación entre las variables sociodemográficas/moduladoras y las subescalas de burnout. Según nuestros datos, los factores protectores frente al CE fueron tener hijos, sentirse valorado por pacientes y compañeros, satisfacción laboral, optimismo y apoyo social, mientras que tomar ansiolíticos incrementaba la afectación de la subescala. Respecto a la DP, tener hijos, sentirse valorado por los compañeros, disfrutar con el trabajo, autoeficacia, satisfacción laboral y optimismo fueron factores

protectores, mientras que trabajar de noches y tomar ansiolíticos se asociaron positivamente a la DP. Fueron factores protectores para la RP vivir en pareja, tener hijos, trabajar de noches, sentirse valorado por pacientes y familiares, disfrutar con el trabajo, autoeficacia, optimismo y apoyo social. Respecto al burnout, tener hijos, sentirse valorado por pacientes y familiares, optimismo y apoyo social fueron factores protectores, mientras que tomar ansiolíticos se asoció positivamente a la aparición del síndrome.

**Tabla 12.** Asociación de las variables sociodemográficas y moduladoras con las subescalas de burnout

		Cansancio Emocional (CE)		Despersonalización (DP)		Realización Personal (RP)		Burnout	
		Alta afectación/ total; n (%)	OR ajustada (IC 95%)	Alta afectación/ total; n (%)	OR ajustada (IC 95%)	Alta afectación/ total; n (%)	OR ajustada (IC 95%)	Burnout/ total n (%)	OR ajustada (IC 95%)
<b>Estado civil</b>	Con pareja	21/68 (30,9)	1,01	17/68 (25)	0,5 <sup>a</sup>	20/68 (29,4)	<b>0,19<sup>a</sup></b>	7/68 (10,3)	0,5 <sup>a</sup>
	Sin pareja	12/39 (30,8)	(0,2-4,2)	12/39 (30,8)	(0,1-2,2)	17/39 (43,6)	(0,04-0,9)	6/39 (15,4)	(0,05-4)
<b>¿Tiene hijos?</b>	Sí	21/82 (25,6) <sup>*</sup>	<b>0,3<sup>m</sup></b>	19/82 (23,2)	<b>0,1<sup>b</sup></b>	24/82 (29,3)	<b>0,22<sup>b</sup></b>	8/82 (9,8)	<b>0,03<sup>b</sup></b>
	No	14/29 (48,3)	(0,13-0,88)	12/29 (41,4)	(0,01-0,75)	14/29 (48,3)	(0,002-0,3)	6/29 (20,7)	(0,001-0,8)
<b>¿Trabaja de noches?</b>	Sí	17/56(30,4)	0,5 <sup>a</sup>	21/56(37,5)	<b>2,8<sup>k</sup></b>	14/56(25) <sup>*</sup>	<b>0,36<sup>b</sup></b>	6/56(10,7)	0,2 <sup>a</sup>
	No	18/55 (32,7)	(0,1-2,1)	10/55 (18,2)	(1,1-7,0)	24/55 (43,6)	(0,15-0,88)	8/55 (14,5)	(0,02-4,5)
<b>Fármacos ansiolíticos</b>	Sí	10/18 (55,6) <sup>*</sup>	<b>3,4<sup>l</sup></b>	8/18 (44,4)	<b>3,3<sup>l</sup></b>	10/18 (55,6) <sup>*</sup>	0,6 <sup>a</sup>	6/18 (33,3)	<b>7,4</b>
	No	25/93 (26,9)	(1,1-10,5)	23/93 (24,7)	(1,04-10,8)	28/93(30,1) <sup>*</sup>	(0,06-5,6)	8/93 (8,6)	(1,8-31,1)
<b>Valorado por pacientes</b>	Sí	26/95 (27,4) <sup>*</sup>	<b>0,32<sup>e</sup></b>	26/95 (27,4) <sup>*</sup>	0,3 <sup>a</sup>	28/95(29,5) <sup>*</sup>	<b>0,28<sup>e</sup></b>	9/95 (9,5) <sup>*</sup>	<b>0,18<sup>e</sup></b>
	No	9/16 (56,3)	(0,10-0,99)	9/16 (56,%)	(0,03-2)	10/16 (62,5)	(0,08-0,9)	5/16 (31,3)	(0,04-0,84)
<b>Valorado por familiares</b>	Sí	28/95 (29,5)	0,4 <sup>a</sup>	25/95 (26,3)	0,6 <sup>a</sup>	29/95 (30,5)	<b>0,23<sup>m</sup></b>	9/95 (9,5) <sup>*</sup>	<b>0,15<sup>e</sup></b>
	No	7/16 (43,8)	(0,1-2,4)	6/16 (37,5)	(0,1-3,9)	9/16 (56,3)	(0,07-0,78)	5/16 (31,3)	(0,03-0,70)
<b>Valorado por compañeros</b>	Sí	27/99 (27) <sup>*</sup>	<b>0,25<sup>n</sup></b>	23/99 (23) <sup>*</sup>	<b>0,16<sup>n</sup></b>	33/99 (33,3)	0,3 <sup>a</sup>	10/99 (10) <sup>*</sup>	0,2 <sup>a</sup>
	No	8/12 (66,7)	(0,07-0,94)	8/12 (66,7)	(0,04-0,68)	5/12 (41,7)	(0,04-2,1)	4/12 (33,3)	(0,1-3,0)
<b>¿Le gusta su trabajo?</b>	↑ Percepción	8/37 (21,6)	0,3 <sup>a</sup>	4/37 (10,8) <sup>**</sup>	<b>0,23<sup>l</sup></b>	6/37 (16,2) <sup>*</sup>	<b>0,20<sup>l</sup></b>	1/37 (2,7)	0,1 <sup>a</sup>
	Resto	27/74 (36,5)	(0,1-1,5)	27/74 (36,5)	(0,07-0,75)	32/74 (43,2)	(0,007-0,6)	13/74 (17,6)	(0,01-2,1)
<b>Autoeficacia</b>	↑ Percepción	16/58 (27,6)	0,6 <sup>a</sup>	10/58 (17,2) <sup>*</sup>	<b>0,37<sup>l</sup></b>	14/58 (24) <sup>*</sup>	<b>0,31<sup>f</sup></b>	4/58 (6,9)	0,4 <sup>a</sup>
	Resto	19/53 (35,8)	(0,1-2,1)	21/53 (39,6)	(0,14-0,94)	24/53 (45)	(0,12-0,78)	10/53 (18,9)	(0,1-2,9)
<b>Satisfacción laboral</b>	↑ Percepción	6/41 (14,6) <sup>**</sup>	<b>0,14<sup>c</sup></b>	6/41 (14,6) <sup>**</sup>	<b>0,23<sup>h</sup></b>	10/41 (24)	0,3 <sup>a</sup>	0/41 (0) <sup>**</sup>	0,3 <sup>c</sup>
	Resto	29/70 (41,4)	(0,02-0,77)	25/70 (35,7)	(0,07-0,7)	28/70 (40)	(0,1-1,4)	14/70 (20) <sup>*</sup>	(0,1-2,6)
<b>Optimismo</b>	↑ Percepción	7/50 (14) <sup>**</sup>	<b>0,17<sup>d</sup></b>	8/50 (16) <sup>**</sup>	<b>0,37<sup>d</sup></b>	12/50 (24) <sup>*</sup>	<b>0,4<sup>l</sup></b>	2/50 (4)	<b>0,17<sup>l</sup></b>
	Resto	28/61 (45,9)	(0,04-0,82)	23/61 (37,7)	(0,14-0,96)	26/61 (42)	(0,16-0,98)	12/61 (19,7)	(0,03-0,8)
<b>Apoyo Social</b>	↑ Percepción	16/69 (23,2) <sup>*</sup>	<b>0,39<sup>o</sup></b>	15/69 (21,7)	0,3 <sup>a</sup>	17/69 (24) <sup>*</sup>	<b>0,19<sup>e</sup></b>	3/69 (4,3) <sup>*</sup>	<b>0,02<sup>e</sup></b>
	Resto	19/42 (45,2)	(0,16-0,93)	16/42 (38,1)	(0,1-1,2)	21/42 (50)	(0,04-0,9)	11/42 (26,2)	(0,001-0,5)

\*p < 0,05; \*\*p < 0,001

<sup>a</sup> Ajustado para edad, sexo, antigüedad en el puesto de trabajo, tipo de contrato

<sup>b</sup> Ajustado para edad, categoría profesional, antigüedad en el puesto de trabajo, tipo de contrato

<sup>c</sup> Ajustado para edad, sexo, antigüedad en el puesto de trabajo, categoría profesional

<sup>d</sup> Ajustado para edad, sexo, categoría profesional, tipo de contrato

<sup>e</sup> Ajustado para edad, tipo de contrato, valorado por pacientes y autoeficacia

<sup>f</sup> Ajustado para tipo de contrato, categoría profesional, valorado por pacientes y valorado por superiores

<sup>g</sup> Ajustado para tipo de contrato, categoría profesional, valorado por superiores y autoeficacia

<sup>h</sup> Ajustado para tipo de contrato, categoría profesional, valorado por familiares y valorado por superiores

<sup>i</sup> Ajustado para tipo de contrato, categoría profesional, contacto directo con pacientes y valorado por superiores

<sup>j</sup> Ajustado para sexo, bajas laborales, valorado por pacientes y valorado por superiores

<sup>k</sup> Ajustado para tener hijos, valorado por pacientes, valorado por superiores y apoyo social

<sup>l</sup> Ajustado para tener hijos, valorado por superiores, valorado por superiores y trabajar de noches

<sup>m</sup> Ajustado para trabajar de noches, valorado por familiares, valorado por superiores y satisfacción laboral

<sup>n</sup> Ajustado para tener hijos, trabajar de noches, valorado por pacientes y satisfacción laboral

<sup>o</sup> Ajustado para tener hijos, trabajar de noches, contacto directo con pacientes y valorado por familiares

Para analizar la relación existente entre los riesgos psicosociales y el burnout, se realizó la prueba de ANOVA o de Kruskal-Wallis, según procediera, confrontado como variables dependientes las dimensiones del burnout (CE, DP y RP) frente a cada uno de los riesgos psicosociales (variables

independientes), observándose las siguientes asociaciones: El CE se asoció a la carga de trabajo, las demandas psicológicas, la variedad y contenido del trabajo la participación/supervisión y el desempeño de rol. La DP se asoció al tiempo trabajado, la carga de trabajo, la variedad y contenido, el desempeño de rol y las relaciones y apoyo social. Finalmente, la RP se asoció al tiempo trabajado, la autonomía, la variedad y contenido, el interés por el trabajador y las relaciones y apoyo social.

Los resultados del análisis ajustado se presentan en la **Tabla 13**. Según nuestros resultados, los riesgos relacionados con la carga de trabajo, demandas psicológicas, participación/supervisión, desempeño de rol y relaciones/apoyo social, se asociaron positivamente al CE. La DP se asoció positivamente a los riesgos relacionados con carga de trabajo, demandas psicológicas, desempeño de rol y relaciones/apoyo social. La baja RP se asoció positivamente con los riesgos relacionados con el tiempo trabajado, autonomía, variedad y contenido del trabajo, desempeño de rol y relaciones/apoyo social. Finalmente, el burnout se asoció positivamente a los riesgos relacionados con tiempo trabajado, autonomía, carga de trabajo, variedad y contenido del trabajo, desempeño de rol y relaciones/apoyo social.

**Tabla 13.** Asociación de los riesgos psicosociales con las subescalas de burnout

Factores de riesgo psicosocial		Cansancio Emocional (CE)		Despersonalización (DP)		Realización Personal (RP)		Burnout	
		Alta afectación/ total; n (%)	OR ajustada (IC 95%)	Alta afectación/ total; n (%)	OR ajustada (IC 95%)	Alta afectación/ total; n (%)	OR ajustada (IC 95%)	Burnout/ total n (%)	OR ajustada (IC 95%)
<b>Tiempo Trabajado</b>	Muy Alto Riesgo	4/12 (33,3)	1,3 <sup>a</sup>	4/12 (33,3)	2,8 <sup>a</sup>	8/12 (66,7)*	20 <sup>c</sup>	3/12 (25)*	9,4 <sup>c</sup>
	Resto	31/99 (31,3)	(0,05-11,9)	27/99 (27,3)	(0,1-59)	30/99 (30,3)	(3,8-107)	11/99 (11)	(1,4-70,1)
<b>Autonomía</b>	Muy Alto Riesgo	6/12 (50,0)	3,1 <sup>a</sup>	5/12 (41,7)	2,2 <sup>a</sup>	8/12 (66,7)*	22,4 <sup>f</sup>	4/12 (33,3)*	24,1 <sup>f</sup>
	Resto	29/99 (29,3)	(0,4-22,6)	26/99 (26,3)	(0,2-20,5)	30/99 (30,3)	(1,1-454)	10/99 (10,1)	(1,1-568)
<b>Carga de Trabajo</b>	Muy Alto Riesgo	20/30 (66,7) <sup>*</sup>	11,2 <sup>a</sup>	16/30 (53,3)*	8,1 <sup>a</sup>	11/30 (36,7)	0,9 <sup>c</sup>	8/30 (26,7)*	3,8 <sup>c</sup>
	Resto	15/81 (18,5)	(1,8-69,8)	15/81 (18,5)	(1,3-52,7)	27/81 (33,3)	(0,3-2,4)	6/81 (7,4)	(1,1-13,7)
<b>Demandas Psicológicas</b>	Muy Alto Riesgo	10/19 (52,6) <sup>*</sup>	6,6 <sup>e</sup>	8/19 (42,1)	3,8 <sup>j</sup>	6/19 (31,6)	1,3 <sup>c</sup>	4/19 (21,1)	3,4 <sup>c</sup>
	Resto	25/92 (27,2)	(1,1-39,3)	23/92 (25,0)	(1,2-12,6)	32/92 (34,8)	(0,4-4,3)	10/92 (10,9)	(0,7-16,7)
<b>Variedad y Contenido</b>	Muy Alto Riesgo	5/5 (100)**	0,3 <sup>c</sup>	5/5 (100)**	3,2 <sup>c</sup>	4/5 (80)**	11,8 <sup>g</sup>	4/5 (80)**	32,9 <sup>c</sup>
	Resto	30/106 (28,3)	(0,05-2,3)	26/106 (24,5)	(0,3-34,5)	34/106 (32,1)	(1,1-141)	10/106 (9,4)	(2,6-412)
<b>Participación/ Supervisión</b>	Muy Alto Riesgo	55/59 (42,4)*	4,8 <sup>d</sup>	16/59 (27,1)	1,4 <sup>a</sup>	20/59 (33,9)	1,02 <sup>c</sup>	7/59 (11,9)	1,1 <sup>c</sup>
	Resto	10/52 (19,2)	(1,6-14,4)	15/52 (28,8)	(0,3-6,9)	18/52 (34,6)	(0,4-2,6)	7/52 (13,5)	(0,3-4,3)
<b>Desempeño de Rol</b>	Muy Alto Riesgo	13/21 (61,9)*	6,4 <sup>a</sup>	12/21 (57,1)*	6,2 <sup>b</sup>	11/21 (52,4)*	2,9	7/21 (33,3)**	6,0 <sup>b</sup>
	Resto	22/90 (24,4)	(1,03-40)	19/90 (21,1)	(2-20,2)	27/90 (30)	(1,1-8,3)	7/90 (7,8)	(1,4-25,2)
<b>Relaciones y Apoyo Social</b>	Muy Alto Riesgo	9/17 (52,9)*	15,7 <sup>h</sup>	8/17 (47,1)*	4,4 <sup>i</sup>	9/17 (52,9)*	3,8 <sup>i</sup>	5/17 (29,4)*	4,2 <sup>j</sup>
	Resto	26/94 (27,7)	(1,3-186)	23/94 (24,5)	(1,3-15,1)	29/94 (30,9)	(1,2-12,3)	9/94 (9,6)	(1,2-15,6)

\*p < 0,05; \*\*p < 0,001

<sup>a</sup> Ajustado para edad, sexo, hijos y valorado por superiores

<sup>b</sup> Ajustado para categoría profesional, hijos, valorado por superiores y apoyo social

<sup>c</sup> Ajustado para categoría profesional, hijos, responsabilidad sobre dirección de equipos y trabaja de noches

<sup>d</sup> Ajustado para categoría profesional, hijos, trabaja de noches y valorado por pacientes

<sup>e</sup> Ajustado para edad, categoría profesional, hijos y valorado por pacientes

<sup>f</sup> Ajustado para edad, categoría profesional, hijos y valorado por compañeros

<sup>g</sup> Ajustado para bajas laborales, valorado por superiores, autoeficacia y grado de depresión

<sup>h</sup> Ajustado para edad, bajas laborales, responsabilidad sobre equipos y grado de depresión

<sup>i</sup> Ajustado para trabaja de noches, bajas laborales, responsabilidad sobre equipos y grado de depresión

<sup>j</sup> Ajustado para categoría profesional, régimen de trabajo, estado civil y años de antigüedad laboral

## 5.1.4. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN LABORAL

La satisfacción laboral media fue 7,10 (DE = 2,34) en 2013 y 7,04 (DE = 2,20) en 2015; el percentil 75 de la distribución fue de 9 puntos en ambos momentos, sin diferencias estadísticamente significativas entre los dos períodos de administración de la encuesta. Con respecto a la calidad asistencial brindada a los pacientes, aproximadamente el 80% de los trabajadores tuvieron una percepción positiva (satisfactoria o muy satisfactoria) en ambas encuestas. La edad media de los encuestados en 2013 fue de 43,70 (DE = 7,71) y 47,74 (DE = 8,49) en 2015. Los datos descriptivos de las variables sociodemográficas en ambos momentos del estudio se muestran en la **Tabla 14**.

**Tabla 14.** Variables sociodemográficas. Estadística descriptiva de la satisfacción laboral (2013-2015)

Variables Sociodemográficas		Satisfacción Laboral 2013		Satisfacción Laboral 2015	
		n (%)	Media (IC 95%)	n (%)	Media (IC 95%)
<b>Edad</b>	< 35 años	6 (8,7)	7,6 (6,4-8,8)	7 (11,5)	8,4 (7,5-9,3)
	35-44 años	25 (36,2)	7,4 (6,6-8,2)	14 (19,2)	7,1 (5,9-8,2)
	45-49 años	22 (34,8)	6,4 (5,1-7,8)	12 (15,4)	7,8 (6,5-9,0)
	50-54 años	9 (13,0)	7,2 (5,1-9,3)	17 (21,8)	7,4 (6,5-8,3)
	≥ 55 años	5 (7,3)	8,5 (7,3-9,7)	25 (32,1)	6,7 (5,7-7,7)
<b>Sexo</b>	Hombre	8 (18,2)	6,5 (4,2-8,8)	17 (17,2)	7,1 (6,2-7,8)
	Mujer	35 (81,8)	7,1 (6,3-7,9)	79 (82,8)	7,0 (6,4-7,5)
<b>Tipo de contrato</b>	Fijo	28 (42,0)	7,3 (6,5-8,0)	39 (41,0)	7,1 (6,5-7,8)
	Temporal	30 (44,9)	6,7(5,6-7,7)	46 (48,5)	6,6 (5,9-7,3)
	Acúmulo tareas	1 (1,5)	8,0 (8,0-8,0)	-	-
	Eventual	8 (11,6)	8,4(7,75-9)	10 (10,5)	8,4 (7,4-9,5)
<b>Categoría Profesional</b>	Médico	6 (8,5)	7,2 (5-9,3)	12 (12,2)	7,3 (5,9-8,8)
	Enfermera	27 (38,0)	7,7 (7,1-8,3)	37 (39,8)	7,0 (6,3-7,7)
	Aux enfermería	22 (31,0)	7,3 (6,1-8,4)	34 (35,7)	7,3 (6,5-8,0)
	Celador	2 (2,8)	5,8 (-3,8-15,3)	-	-
	Administrativo	9 (5,6)	6,1 (3,7-8,4)	-	-
	Mantenimiento	3 (1,4)	6 (-4,8-16,8)	6 (6,1)	5,7 (2,3-9,0)
<b>Dirección de equipos</b>	No	50 (82,3)	6,9 (6,0-7,6)	62 (70,6)	6,7 (6,1-7,3)
	Si	10 (17,7)	7,8 (6,5-8,6)	26 (29,4)	7,5 (6,6-8,3)
<b>Antigüedad laboral</b>	< 5 años	5 (7,3)	9,2 (8,2-10,2)	2 (2,0)	10,0 (10-10)
	De 5 a 9 años	10 (15,9)	7,3 (6,5-8,1)	6 (7,9)	8,1 (6,6-9,6)
	De 10 a 14 años	12 (17,4)	6,2 (4,4-7,9)	20 (20,8)	6,9 (6,0-7,8)
	De 15 a 19 años	15 (21,4)	7,4 (6,4-8,4)	29 (28,7)	6,9 (6,0-7,7)
	≥ 20 años	25 (37,7)	7,2 (6,1-8,3)	41 (40,6)	6,9 (6,2-7,7)
<b>Antigüedad en el hospital</b>	< 5 años	18 (27,9)	7,4 (6,4-8,6)	19 (23,7)	8,1* (7,4-8,9)
	De 5 a 9 años	20 (30,9)	7,5 (6,5-8,5)	33 (35,5)	6,6 (5,8-7,3)
	De 10 a 14 años	10 (14,7)	5,5* (3,4-7,6)	11 (11,8)	6,2*(4,4-8,0)
	De 15 a 19 años	9 (13,2)	6,4 (4,4-8,5)	14 (15,1)	6,5 (5,0-8,0)
	≥ 20 años	9 (13,2)	8,6* (8,0-9,2)	13 (14,0)	8,0 (6,8-9,1)
<b>Antigüedad en el puesto de trabajo</b>	< 5 años	27 (38,6)	7,4 (6,6-8,2)	30 (37,1)	7,2 (6,3-8,0)
	De 5 a 9 años	20 (30,0)	7,3 (6,2-8,3)	28 (31,5)	6,5 (5,5-7,5)
	De 10 a 14 años	7 (10,0)	5,0 (2,4-7,6)	10 (11,2)	7,0 (5,9-8,1)
	De 15 a 19 años	10 (14,3)	7,4 (5,7-9,1)	9 (10,1)	6,7 (4,3-9,0)
	≥ 20 años	4 (7,1)	8,6 (7,1-10,1)	9 (10,1)	8,0 (7,1-8,9)
<b>Trabaja de noches</b>	No	26 (49,3)	7,0 (5,9-8,0)	37 (39,6)	6,8 (6,0-7,7)
	Si	27 (50,7)	7,1 (6,1-7,9)	51 (60,4)	7,1 (6,4-7,6)
<b>Trabaja en días festivos</b>	No	20 (35,9)	6,9 (5,6-8,1)	31 (34,7)	6,6 (5,6-7,5)
	Si	33 (64,1)	7,1 (6,3-7,8)	57 (65,4)	7,2 (6,6-7,7)
<b>Enfermedad crónica</b>	No	55 (77,8)	7,0 (6,4-7,6)	63 (73,3)	7,0 (6,4-7,5)
	Si	15 (22,2)	7,6 (6,4-8,6)	35 (26,7)	7,0 (6,0-7,7)
<b>Fármacos ansiolíticos</b>	No	61 (87,5)	7,2 (6,7-7,8)	69 (78,0)	7,3* (6,8-7,7)
	Si	9 (12,5)	6,7 (4,1-8,2)	19 (22,0)	5,8 (4,5-7,0)
<b>Contacto directo con pacientes</b>	No	21 (31,1)	7,1 (5,8-8,3)	21 (20,8)	6,4 (4,9-7,6)
	Si	51 (68,9)	7,1 (6,5-7,7)	67 (79,2)	7,1 (6,5-7,6)

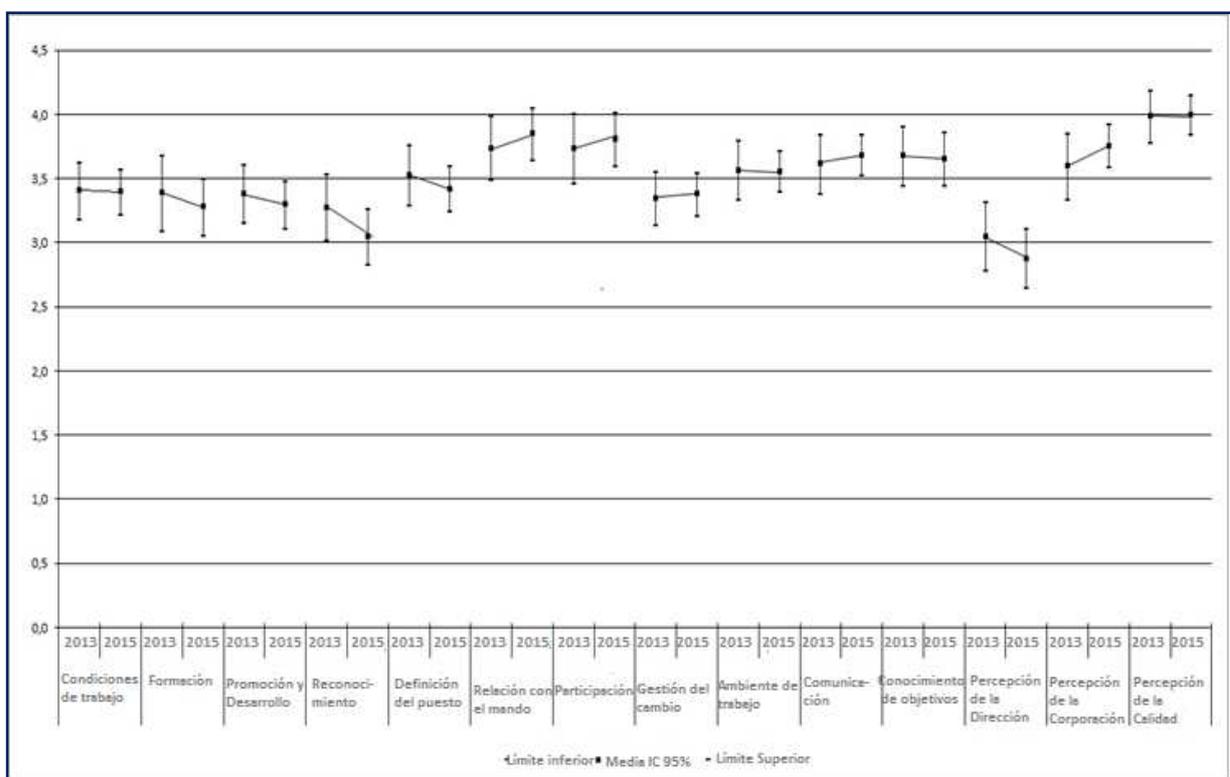
\*p < 0,05

En ambos momentos del estudio, las muestras fueron representativas de la población total respecto a la edad y sexo, pero se observó una mayor tasa de participación entre el personal fijo, el personal con responsabilidades de dirección de equipos y entre los profesionales que trabajaban en contacto directo con el paciente, especialmente en la encuesta realizada en 2015.

En el análisis bivariado, las variables sociodemográficas mostraron poca influencia sobre la satisfacción laboral, a excepción de la antigüedad en el hospital, observándose diferencias significativas en ambos momentos, con menor satisfacción laboral en el grupo de profesionales que tenían entre 10 y 14 años de antigüedad. En 2015, también se observó menor satisfacción laboral entre los profesionales que tomaban fármacos ansiolíticos.

La satisfacción laboral media obtenida respecto a cada una de las dimensiones consideradas fue similar en ambos momentos, no observándose diferencias significativas para ninguna de las dimensiones consideradas, tal como se representa en la **Figura 12**. Los aspectos mejor evaluados en ambos cortes fueron la calidad de la atención prestada y la relación con el mando, mientras que las puntuaciones más bajas se obtuvieron en las dimensiones relacionadas con la percepción de la dirección y el reconocimiento.

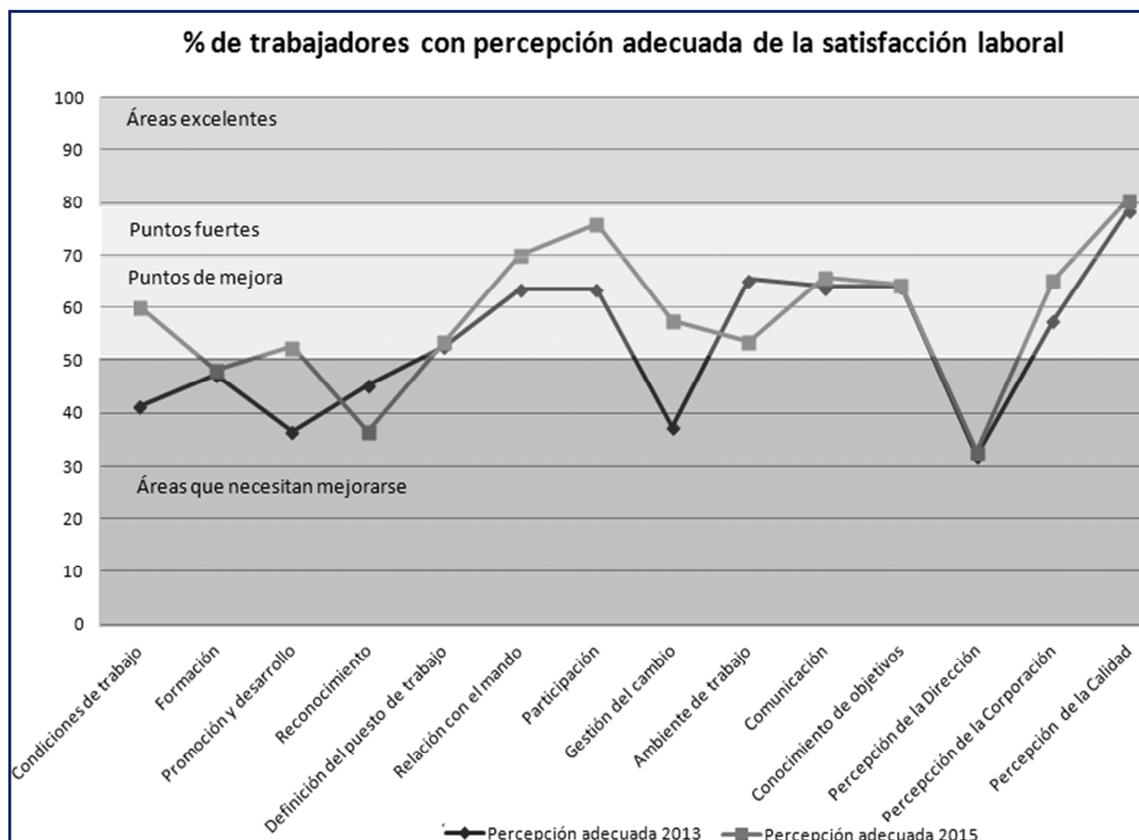
**Figura 12:** Evolución de la satisfacción percibida respecto a las dimensiones consideradas



Sin embargo, considerando el porcentaje de trabajadores con percepción adecuada para cada una de las dimensiones consideradas (satisfechos o muy satisfechos), sí que se observaron

diferencias en los resultados obtenidos en ambas encuestas, tal como se representa en la **Figura 13**, donde se muestra el porcentaje de trabajadores satisfechos respecto a cada una de las dimensiones consideradas y la priorización de las áreas de mejora detectadas, siendo este resultado el indicador más sensible para detectar cambios.

**Figura 13:** Evolución del porcentaje de profesionales satisfechos respecto a cada una de dimensiones consideradas



En cuanto a la influencia de las distintas dimensiones sobre la satisfacción laboral, en ambas encuestas se obtuvieron los mismos resultados. Las 3 dimensiones más influyentes fueron las condiciones de trabajo, el ambiente de trabajo y el reconocimiento.

En el análisis ajustado realizado para cuantificar la asociación entre variables, las variables socio-demográficas mostraron escasa significación, observándose únicamente asociación en ambos momentos del estudio, entre la satisfacción laboral y el contacto directo con el paciente, mostrando mayor satisfacción laboral los profesionales sin contacto directo con el paciente (OR= 7,5 (1,2-46)), ajustado para edad, sexo y antigüedad laboral). En el corte realizado en 2015, al evaluar la antigüedad en el hospital, la OR ajustada para los posibles factores de confusión, mostró una mayor satisfacción laboral entre los profesionales con una antigüedad inferior a 10 años (OR: 10,36 (1,3-82)); aunque tal como se observa en el análisis descriptivo, la satisfacción laboral disminuye entre los 10 y 14 años de experiencia para después aumentar nuevamente

(Tabla 14). Sin embargo, una alta percepción de algunas de las dimensiones consideradas, sí que mostró asociación con una elevada satisfacción laboral, tal como se muestra en la Tabla 15.

Tabla 15. Influencia de las dimensiones consideradas sobre la satisfacción laboral percibida

Dimensiones		Satisfacción laboral 2013		Satisfacción laboral 2015	
		Alto grado de satisfacción laboral/total n (%)	OR ajustada (IC 95%)	Alto grado de satisfacción laboral/total n (%)	OR ajustada (IC 95%)
<b>Condiciones de trabajo</b>	Evaluación excelente de la dimensión	5/5 (100)*	4,4 (0,4-49) <sup>a</sup>	3/5 (60)*	4,2 (0,4-50,7) <sup>a</sup>
	Resto de profesionales	15/67 (22,4)	1	23/93 (24,7)	1
<b>Formación</b>	Evaluación excelente de la dimensión	9/17 (52,9)*	3,8 (0,7-22) <sup>b</sup>	5/12 (41,7)	11,3 (1,3-100)* <sup>b</sup>
	Resto de profesionales	9/52 (17,3)	1	20/85 (23,5)	1
<b>Promoción y Desarrollo</b>	Evaluación excelente de la dimensión	6/7 (85,7)*	No ajustable	5/5 (100)*	No ajustable
	Resto de profesionales	14/65 (21,5)	1	21/91 (23,1)	1
<b>Reconocimiento</b>	Evaluación excelente de la dimensión	5/5 (100)*	17,8 (1-313)* <sup>c</sup>	4/5 (80)*	7,1 (0,6-93) <sup>c</sup>
	Resto de profesionales	14/65 (21,5)	1	22/93 (23,7)	1
<b>Definición del puesto de trabajo</b>	Evaluación excelente de la dimensión	7/7 (100)*	3,5 (0,4-31,5) <sup>d</sup>	3/5 (60,5)*	3,2 (0,4-24) <sup>d</sup>
	Resto de profesionales	13/64 (20,3)	1	22/91 (24,2)	1
<b>Relación con el mando</b>	Evaluación excelente de la dimensión	4/13 (30,8)	6,5 (1,6-26,5)* <sup>e</sup>	13/23 (56,5)*	7,0 (1,6-31,3)* <sup>e</sup>
	Resto de profesionales	15/58 (25,9)	1	13/74 (17,6)	1
<b>Participación</b>	Evaluación excelente de la dimensión	10/16 (62,5)*	4,6 (1,1-19)* <sup>f</sup>	12/24 (50)*	4,6 (1,14-19)* <sup>f</sup>
	Resto de profesionales	10/54 (28,5)	1	14/73 (19,2)	1
<b>Gestión del cambio</b>	Evaluación excelente de la dimensión	3/4 (75)*	5,7 (0,7-50) <sup>g</sup>	3/5 (60)*	5 (0,6-46) <sup>g</sup>
	Resto de profesionales	17/68 (25)	1	23/93 (24,8)	1
<b>Ambiente de trabajo</b>	Evaluación excelente de la dimensión	2/4 (50)	18,9(2,1-169)* <sup>h</sup>	7/9 (77,8)*	19 (2,2-167,8)* <sup>h</sup>
	Resto de profesionales	18/68 (26,5)	1	19/89 (21,3)	1
<b>Comunicación</b>	Evaluación excelente de la dimensión	7/8 (87,5)*	89 (1,3-592)* <sup>i</sup>	4/6 (66,7)*	19,4 (2,1-179)* <sup>i</sup>
	Resto de profesionales	12/61 (19,7)	1	22/87 (25,3)	1
<b>Conocimiento de Objetivos</b>	Evaluación excelente de la dimensión	9/14 (64,3)*	2,7 (0,7-10,2) <sup>j</sup>	9/20 (45)*	2,9 (0,8-10,6) <sup>j</sup>
	Resto de profesionales	11/58 (19)	1	17/89 (19,1)	1
<b>Percepción de la Dirección</b>	Evaluación excelente de la dimensión	8/11 (72,7)*	No ajustable	9/9 (100)*	No ajustable
	Resto de profesionales	12/61 (19,7)	1	17/89 (19,7)	1
<b>Percepción de la Corporación</b>	Evaluación excelente de la dimensión	8/14 (57,1)*	22,7 (2,5-203)* <sup>k</sup>	10/14 (71,4)*	22,7 (2,5-203)* <sup>k</sup>
	Resto de profesionales	10/56 (17,9)	1	16/78 (20,5)	1
<b>Percepción de la Calidad</b>	Evaluación excelente de la dimensión	12/21(57,1)*	16,2 (2,6-101)* <sup>l</sup>	14/24 (58,3)*	16,2 (2,6-101)* <sup>l</sup>
	Resto de profesionales	8/51 (15,7)	1	12/71 (16,9)	1

OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de confianza; \* p<0,05

<sup>a</sup> Ajustado para edad, categoría profesional, contacto directo con pacientes, formación, relación con el mando y ambiente de trabajo

<sup>b</sup> Ajustado para edad, antigüedad en el hospital, contacto directo con pacientes, condiciones de trabajo, participación y ambiente de trabajo

<sup>c</sup> Ajustado para antigüedad en el hospital, tipo de contrato, contacto directo con pacientes, formación, gestión del cambio y ambiente de trabajo

<sup>d</sup> Ajustado para sexo, antigüedad en el puesto, fármacos para dormir, condiciones laboral, relación con el mando y gestión del cambio

<sup>e</sup> Ajustado para edad, categoría profesional, contacto directo con los pacientes, condiciones de trabajo, clima y comunicación

<sup>f</sup> Ajustado para edad, fármacos para dormir, contacto directo con pacientes, condiciones de trabajo, formación y ambiente de trabajo

<sup>g</sup> Ajustado para antigüedad en el hospital, tipo de contrato, contacto directo con pacientes, formación, definición del puesto y ambiente de trabajo

<sup>h</sup> Ajustado para edad, categoría profesional, contacto directo con los pacientes, condiciones de trabajo, formación y comunicación

<sup>i</sup> Ajustado para edad, antigüedad en el hospital, contacto directo con pacientes, gestión del cambio, clima y conocimiento de objetivos

<sup>j</sup> Ajustado para antigüedad en el hospital, tipo de contrato, contacto directo con pacientes, formación, gestión del cambio y ambiente de trabajo

<sup>k</sup> Ajustado para edad, sexo, contacto directo con pacientes, relación con el mando, participación y ambiente de trabajo

<sup>l</sup> Ajustado para edad, sexo, contacto directo con pacientes, reconocimiento, participación y ambiente de trabajo

Analizando la influencia de las diferentes dimensiones sobre la satisfacción laboral, los aspectos más fuertemente asociados en ambos momentos fueron la percepción de la dirección, la promoción y desarrollo, el reconocimiento, la participación y la gestión del cambio, pero al realizar el ajuste por posibles factores de confusión, las dimensiones que mostraron mayor asociación con la satisfacción laboral fueron la comunicación, el ambiente de trabajo, la formación y la relación con el mando.

#### **5.1.5. ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE PERSONAS**

Tras el análisis de los resultados obtenidos en los primeros cortes realizados y de la información obtenida en las revisiones bibliográficas, en 2013 se elaboró un plan de mejora para la prevención del burnout y a finales de 2014 se elaboró un programa de gestión de personas para prevenir el burnout y mejorar el clima laboral.

Para la prevención del burnout, en 2013 se elaboró un plan de acciones, que se priorizaron mediante la realización de un QFD. Las acciones propuestas se presentan en la **Tabla 16**. Los resultados del QFD se presentan en la **Figura 14** y el plan de acciones priorizadas que se presentó a la dirección, se muestra en la **Tabla 17**.

El proceso seguido para la elaboración del plan de acciones para la mejora de la satisfacción laboral, fue el mismo: elaboración de un plan de acciones en 2014, que se presenta en la **Tabla 18**, priorización de las mismas mediante la realización de un QFD que se presenta en la **Figura 15** y presentación a la dirección de un plan de acciones priorizadas en 2015 para la mejora de la satisfacción laboral y de la gestión de personas que se muestran en la **Tabla 19**.

Tabla 16. Plan de acciones para la prevención del burnout

Acciones propuestas para la prevención del Burnout	Responsable	Recursos técnicos	Recursos humanos	Proceso relacionado	Plazo de consecución
<ol style="list-style-type: none"> <li>Asegurar la correcta definición de los puestos de trabajo y las funciones de cada uno de los profesionales, para evitar conflictos de rol.</li> <li>Distribuir al personal en función de las cargas de trabajo, asegurando los apoyos necesarios ante los picos de sobrecarga laboral (pools)</li> <li>Dar formación al personal para la correcta gestión del tiempo</li> <li>Proporcionar al personal autonomía para la toma de decisiones en temas relacionados con el desempeño de sus funciones</li> <li>Promover el desarrollo profesional y el reconocimiento de las personas</li> <li>Dar feed back al personal sobre el desempeño de sus funciones</li> </ol>	*Dirección y mandos intermedios	Los necesarios para impartir la formación	*Dirección y mandos intermedios	*Gestión de personas	*2 años
<ol style="list-style-type: none"> <li>Realización periódica del test de Maslach (MBI) al personal del centro</li> <li>Adopción de medidas organizacionales para la prevención del síndrome                     <ul style="list-style-type: none"> <li>*Definición clara de los roles profesionales</li> <li>*Apoyo y flexibilidad por parte de las supervisiones</li> <li>*Participación en la toma de decisiones</li> </ul> </li> <li>Mejorar las relaciones interpersonales                     <ul style="list-style-type: none"> <li>*Formación sobre liderazgo, asertividad, habilidades sociales, autoeficacia...</li> </ul> </li> <li>Proporcionar estrategias de afrontamiento, cognitivo conductuales y emocionales, a las personas interesadas</li> </ol>	*Dirección y mandos intermedios *Comisiones de calidad y de docencia	Los necesarios para impartir la formación	*Todo el personal de la organización	*Gestión de personas	*2 años
<ol style="list-style-type: none"> <li>Estrategias instrumentales:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>*Talleres de formación y desarrollo personal en habilidades como resolución de problemas, asertividad, manejo del tiempo, la comunicación y las relaciones sociales</li> </ul> </li> <li>Estrategias paliativas:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>Talleres de formación en habilidades como la expresión de las emociones, manejo de sentimientos de culpa, relajación...</li> </ul> </li> <li>Concienciar al personal sobre la importancia de :                     <ul style="list-style-type: none"> <li>*Darse cuenta a tiempo y pedir ayuda.</li> <li>*Tener flexibilidad ante los cambios.</li> <li>*Buscar un equilibrio entre la vida personal y la profesional y tratar de sentirse protagonistas y parte activa en el trabajo.</li> <li>* Fijación de metas y objetivos mensurables y factibles.</li> <li>* Trabajar con creencias y paradigmas para flexibilizar nuestros pensamientos.</li> </ul> </li> </ol>	*Dirección y mandos intermedios	Los necesarios para impartir la formación	*Todo el personal de la organización	*Gestión de personas	*2 años
<ol style="list-style-type: none"> <li>Disponer de espacios para que los profesionales puedan compartir experiencias, facilitando la comunicación para poder contar y escuchar los problemas y analizar las reacciones que dificultan la relación profesional/paciente</li> <li>Fomentar y entrenar a los supervisores para dar retroinformación, mediante la cual se informa al profesional sobre cómo son percibidas, entendidas y vividas sus formas de comportamiento.</li> </ol>	*Dirección y mandos intermedios	Los necesarios para impartir la formación	Los necesarios para impartir la formación	*Gestión de personas	*1 año
<ol style="list-style-type: none"> <li>Realizar seguimiento del Plan de Acogida a los nuevos profesionales para comprobar su grado de integración en los equipos de trabajo</li> <li>Establecer programas de evaluación y retroinformación a los profesionales, no presentando la información como un juicio, sino como parte de los programas de desarrollo organizacional</li> <li>Establecer programas de desarrollo de la cultura organizacional, entendiendo que la mayor parte de las personas está motivada hacia el crecimiento y desarrollo personal si se encuentran en un ambiente propicio</li> <li>Establecer programas de estímulo y reconocimiento</li> <li>Dar la posibilidad de implementar ejercicios sencillos de relajación en el lugar de trabajo</li> </ol>	*Dirección y mandos intermedios	*Los necesarios en cada uno de los procesos abordados	*Todo el personal de la organización	*Gestión de personas	*2 años
<ol style="list-style-type: none"> <li>Proceso personal de adaptación de las expectativas a la realidad cotidiana.</li> <li>Formación en emociones.</li> <li>Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo.</li> <li>Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.</li> <li>Limitar a un máximo la agenda asistencial</li> <li>Formación continuada reglada, dentro de la jornada laboral</li> <li>Espacios comunes. Objetivos compartidos.</li> <li>Dialogo efectivo con la Dirección.</li> </ol>	*Todo el personal de la organización	*Los necesarios en cada uno de los procesos abordados	*Todo el personal de la organización	*Gestión de personas	*2 años

Figura 14. Priorización de las acciones propuestas para la prevención del burnout

<b>Formato de QFD</b>																						
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span style="font-size: 2em;">CÓMO'S →</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <span style="font-size: 2em;">↓</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <span style="font-size: 2em;">QUE'S</span> </div>		Mejorar la gestión del tiempo				Proporcionar apoyo y reconocimiento				Medidas para la detección y prevención del síndrome				Medida para la mejora de las relaciones interpersonales				Programas de desarrollo organizacional				Importancia para el cliente (1 - 5)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1		Reducción del estrés laboral	9	9	9	3	3	1	3	3			3	3	3	3	3	1	3	3	3	5
2		Mejora del clima laboral	3	9	3	1	9	3	9	9			3	3	3	9	3	3	3	3	3	4
3		Detección y estudio del Burnout entre el personal									9											3
4		Adopción de medidas preventivas	1	3	3	3	3	3	3	3	3	9	9		3	9	3	9	1	3	3	4
5		Proporcionar herramientas de apoyo al personal				3	1		1		3	9	9		3	9	3	3	1	1		4
6		Crear grupos de apoyo									3					3	3	9				2
7		Desarrollo de estrategias Organizacionales	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
DIFICULTAD (1 - 5)			3	3	2	1	2	1	2	2	1	2	2	4	1	2	3	2	1	1	4	2
EVALUACIÓN CARACT. DE NUESTRO SERVICIO	ABSOLUTA		64	96	78	52	76	38	76	72	66	108	108	36	84	114	56	102	44	37	72	66

Tabla 17. Programa para la prevención del burnout

Acciones priorizadas por el personal para la prevención del burnout	Puntuación
Proporcionar estrategias de afrontamiento, manejo de emociones y relajación	116,4
Proporcionar estrategias instrumentales para la prevención del síndrome	103,4
Distribuir al personal en función de las cargas de trabajo	103,1
Proporcionar espacios donde los profesionales puedan compartir experiencias	100,9
Dar autonomía al personal para la toma de decisiones	89,9
Mostrar apoyo y flexibilidad por parte de los mandos intermedios	81,4
Dar formación sobre liderazgo, asertividad, habilidades sociales, autoeficacia	77,7
Favorecer un ambiente propicio para el desarrollo de los profesionales	76,8
Promover el desarrollo profesional con programas de estímulo y reconocimiento	74,6
Promover la participación en la toma de decisiones	65,6
Definición clara de los roles profesionales y los puestos de trabajo	64,8
Adaptar las expectativas a la realidad y fijar metas y objetivos mesurables y factibles	59,4
Dar la posibilidad de implementar ejercicios sencillos de relajación en el lugar de trabajo	57,5
Realización periódica del Test de Maslach (MBI) al personal	56,9
Trabajar con las creencias y paradigmas para flexibilizar pensamientos y actitudes	56,7
Dar formación al personal para la gestión del tiempo	53,0
Dar formación a los mandos intermedios para la correcta retroinformación a los profesionales	49,8
Evaluar el grado de integración del personal en los equipos de trabajo	44,8
Dar feed back al personal sobre el desempeño de sus funciones. Diálogo efectivo con la dirección	42,2

Tabla 18. Plan de acciones para la mejora de la satisfacción laboral y la gestión de personas

Objetivos	Acciones propuestas	Responsable	Recursos técnicos	Recursos humanos	Proceso relacionado	Plazo de consecución
Gestión por competencias	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reconocer los logros conseguidos por personas y Unidades (promoción interna, actos públicos y notas de agradecimiento, días de libranza, facilitar la conciliación de la vida personal y familiar...)</li> <li>2. Asegurar la correcta definición de los puestos de trabajo y las funciones de cada uno de los profesionales, para evitar conflictos de rol.</li> <li>3. Marcar objetivos claros y comunicarlos adecuadamente a todos los niveles</li> <li>4. Dar feed back de los resultados obtenidos</li> <li>5. Promover la formación continua del personal</li> <li>6. Ligar los resultados del trabajo y la formación a las posibilidades de desarrollo profesional y a los incentivos</li> </ol>	*Dirección y mandos intermedios	Los necesarios para impartir la formación	*Dirección y mandos intermedios	*Gestión de personas	*2 años
Promover el trabajo en equipo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incentivar la implicación del personal con la consecución de los objetivos (promoción interna, días de libranza, facilitar la conciliación de la vida personal y familiar...)</li> <li>2. Informar en tiempo y forma a los profesionales sobre los cambios organizacionales que tengan repercusiones directas sobre su trabajo</li> <li>3. Promover la participación del personal y la aportación de ideas para la mejora continua (Buzones de sugerencias, concursos de ideas...)</li> <li>4. Dar autonomía a los profesionales para la toma de decisiones sobre las actividades relacionadas directamente con su trabajo</li> <li>5. Realizar encuestas periódicas de clima laboral para evaluar, entre otros aspectos, las relaciones del personal con los mandos intermedios</li> <li>6. Impartir charlas y talleres formativos</li> </ol>	*Dirección y mandos intermedios	Los necesarios para impartir la formación	*Todo el personal de la organización	*Gestión de personas	*2 años
Promover el desarrollo profesional de las personas más implicadas con la organización	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reconocer a las personas en función de su implicación con los objetivos de la organización, identificando de forma individualizada qué aspectos resultan más motivadores en cada caso particular: * Posibilidad de acceso a cargos de confianza (mandos intermedios, Comisiones...) * Posibilidad de acceso a cursos formativos, congresos... <b>* Facilitar la conciliación de la vida personal y familiar</b></li> <li>2. Dar feed back al personal sobre el desempeño de sus funciones</li> </ol>	*Dirección y mandos intermedios	*	*Dirección y mandos intermedios	*Gestión de personas	*6 meses
Hacer una correcta gestión del cambio	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer un plan de acciones para mejorar la gestión de las personas y su implicación en las funciones de liderazgo</li> <li>2. Explicar en tiempo y forma las causas de los cambios organizacionales que sea necesario introducir, para favorecer la implicación del personal</li> <li>3. Asegurar el correcto funcionamiento de la comunicación vertical (ascendente y descendente)</li> <li>4. Promover la participación del personal, potenciando su creatividad para aportar ideas (concursos de ideas, buzones de sugerencias...)</li> </ol>	*Dirección y mandos intermedios	*	*Dirección y mandos intermedios	*Gestión de personas	*1 año
Adecuación de recursos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporcionar los recursos necesarios (humanos, materiales y técnicos) para la ejecución de los procesos</li> <li>*Distribuir al personal en función de las cargas de trabajo, asegurando los apoyos necesarios ante los picos de sobrecarga laboral (pooles)</li> <li>*Incentivar que el personal solicita el mantenimiento y/o renovación del material cuando sea necesario</li> </ol>	*Dirección y mandos intermedios	*Los necesarios en cada uno de los procesos abordados	*Todo el personal de la organización	*Asignación de recursos *Mantenimiento de infraestructuras	*2 años
Promover la cultura de seguridad del paciente	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporcionar la flexibilidad necesaria para cambiar y diseñar nuevos procesos que permitan la prevención de eventos adversos</li> <li>2. Promover un ambiente libre de culpa, para favorecer la declaración y análisis de eventos adversos y dar feed back de los resultados obtenidos</li> <li>3. Gestionar los recursos en base a la evaluación de los riesgos</li> <li>4. Abordar los problemas de seguridad detectados al cambio de turno y en las transiciones de los pacientes entre distintos servicios o unidades</li> <li>5. Promover la colaboración entre las distintas unidades de la Organización</li> </ol>	*Dirección y mandos intermedios	*Los necesarios en cada uno de los procesos abordados	*Todo el personal de la organización	*Asignación de recursos *Mantenimiento de infraestructuras	*2 años
Promover la cultura de seguridad y salud del trabajador	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisar la correcta evaluación de riesgos biológicos, físicos, ergonómicos y psicosociales de cada puesto de trabajo.</li> <li>2. Promover la protección individual y colectiva del trabajador sanitario (uso adecuado de los equipos de protección individual).</li> <li>3. Planificar los reconocimientos médicos de salud de los profesionales sanitarios con la frecuencia adecuada.</li> </ol>	*Dirección y mandos intermedios	Los propios de la unidad de prevención (PRL o en su caso MP???)	*Todo el personal de la organización	Seguridad y salud del trabajador	1 año

Figura 15. Priorización de las acciones propuestas para la mejora de la satisfacción laboral y la gestión de personas

Formato de QFD																					
		Reconocimiento e incentivos en función de la implicación				Evitar conflictos de rol				Promover la participación del personal				Mejora de la comunicación y la formación				Seguridad y Salud		Importancia para el cliente (1 - 5)	
		Promoción interna, formación específica para las personas	Actos públicos y notas de reconocimiento	Días adicionales de libre disposición	Conciliación de la vida personal y familiar	Definición de funciones y puestos de trabajo	Ligar los resultados del trabajo a las posibilidades de desarrollo	Reparto equitativo de las cargas de trabajo	Proporcionar los recursos necesarios para la ejecución de procesos	Buzones de sugerencias, concursos de ideas...	Dar autonomía para la toma de decisiones	Incentivar que el personal solicite el mantenimiento y renovación del material cuando sea necesario, para implicarlos e identificarlos más con su trabajo	Encuestas de clima laboral	Marcar objetivos claros y comunicarlos a todos los niveles	Dar feed Back de los resultados obtenidos con la implantación de los planes de mejora	Informar en tiempo y forma sobre los cambios que tengan repercusión directa en el trabajo	Promover la formación continua del personal	Cambiar y diseñar nuevos procesos para la prevención de eventos adversos	Promover un ambiente libre de culpa para favorecer la declaración de EA		Gestionar los recursos en base a la evaluación de riesgos
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	Incentivar la implicación del personal con la	9	3	9	9	3	9	9	3	3	9	9		3	3	3	3	3	3	3	3
2	Promover el trabajo en equipo	3	3	1	1	9	9	9	3	1	3	3		3	3	3		3	3	3	4
3	Promover el desarrollo profesional	9	1	1	3	3	9	3	1		9	1		3	3	1	9	3	1		5
4	Hacer una correcta gestión del cambio	3	1	1	1	9	9	9	9	3	9	3	3	3	9	9	3	9	9	9	4
5	Adecuación de los recursos a las					9	3	9	9	1	1	9			1	1		3	3	9	5
6	Evaluación y mejora de las relaciones	1	1		1	3	3	9	1		1		9								4
7	Promover la cultura de seguridad del paciente	1				3	3	9	9	1	3	3	1	1	1	3	3	9	9	9	4
8	Gestionar el capital intelectual de la	9	3	1	3		9	1	1	3	9	1		1	1	3	9	3	3		3
9	Promover la salud laboral																				9
DIFICULTAD (1 - 5)		2	1	1	4	3	3	3	3	1	2	2	1	1	1	1	2	5	4	4	1
EVALUACIÓN CARACT. DE NUESTRO SERVICIO	ABSOLUTA	131	43	43	63	165	210	234	150	43	168	116	52	55	84	88	105	132	122	138	76

Tabla 19. Programa para la mejora de la satisfacción laboral y la gestión de personas

Acciones priorizadas por el personal para la mejora de la satisfacción laboral	Puntuación
Reparto equitativo de las cargas de trabajo	240,3
Ligar los resultados del trabajo a las posibilidades de desarrollo profesional	180,3
Definición de funciones y puestos de trabajo	165,3
Dar autonomía para la toma de decisiones	164,8
Proporcionar los recursos necesarios para la ejecución de los procesos	156,7
Gestionar los recursos en base a la evaluación de riesgos	137,5
Cambiar y diseñar nuevos procesos para la prevención de eventos adversos	122,9
Promover un ambiente libre de culpa para favorecer la declaración de EA	122,9
Promover la formación continua del personal	115,6
Promoción interna, formación específica para las personas más implicadas...	109,8
Informar en tiempo y forma sobre los cambios que tengan repercusión directa en el trabajo	108,2
Incentivar que el personal solicite el mantenimiento y renovación del material cuando sea necesario, para implicarlos e identificarlos más con su trabajo	107,1
Dar feed Back de los resultados obtenidos con la implantación de los planes de mejora	93,3
Marcar objetivos claros y comunicarlos a todos los niveles	85,8
Planificar reconocimientos médicos de los empleados con la frecuencia adecuada	72,5
Conciliación de la vida personal y familiar	62,8
Realización periódica de encuestas de satisfacción laboral	53,8
Días adicionales de libre disposición si se realizan esfuerzos excepcionales	51,7
Actos públicos y notas de reconocimiento a los logros conseguidos	43,1
Buzones de sugerencias, concursos de ideas...	37,3

Acciones priorizadas por el personal para la mejora de la gestión de personas	CALIFICACIÓN
Mejorar la comunicación vertical ascendente,	64,75
Promover el contacto directo entre empleados y jefes para generar un clima de confianza y conocer los posibles problemas "de primera mano"	64,00
Realizar encuestas de clima laboral	61,75
Realizar cuestionarios de integración en los equipos de trabajo tras la nueva incorporación	60,50
Potenciar el trabajo en equipo y el funcionamiento de los equipos multidisciplinares	59,25
Distribuir al personal en base a cargas de trabajo	58,25
Implicar en la función de liderazgo a los trabajadores del hospital, potenciando la asunción de responsabilidades y la participación en Comisiones y grupos de mejora	57,00
Establecer medidas de actuación encaminadas a prevenir el burnout (encuestas periódicas, cursos, talleres...)	56,00
Protocolizar las distintas actividades realizadas en el centro y difundir dichos protocolos para racionalizar los procesos y evitar duplicidades	52,00
Crear sistemas para el reconocimiento de la participación y aportaciones del personal.	49,25
Puesta en marcha y seguimiento del Plan de Formación del personal	47,00
Proporcionar una oferta de atención médica o mecanismos de atención al personal en coordinación con los protocolos de medicina laboral	45,00

## 5.2. SEGURIDAD DEL PACIENTE

Para evaluar la cultura de seguridad y los riesgos asistenciales en el hospital, se siguieron diferentes etapas, cuyos resultados se exponen a continuación.

### 5.2.1. EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La media de la seguridad percibida fue de 7,81 (DE= 1,86) en 2013 y 7,48 (DE= 1,99) en 2015, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos momentos. El percentil 75 de la distribución en ambos casos fue de 9, es decir, las puntuaciones de 9 o 10, se catalogaron como “alta percepción de seguridad”, frente al resto de posibles respuestas.

Los datos descriptivos de los profesionales que respondieron a la encuesta en cada uno de los cortes realizados, se presentan en la **Tabla 20**. La edad media de los encuestados en 2013 fue de 43,70 años (DE=7,71) y en 2015 fue de 47,2 años (DE=8,2). En 2013 la muestra fue representativa en cuanto a la edad, categoría profesional y responsabilidad sobre dirección de equipos, observándose una mayor participación entre los hombres y el personal fijo. En 2015 la muestra fue representativa en cuanto a edad y categoría profesional, observándose mayor participación entre los hombres, el personal fijo, el personal con responsabilidad sobre dirección de equipos y entre los profesionales con contacto directo con el paciente.

Tabla 20. Características de la población a estudio (2013-2015)

Características sociodemográficas		Año 2013		Año 2015	
		Plantilla	Respondedores	Plantilla	Respondedores
<b>Edad, media (DE)</b>		44,65 (8,1)	43,7 (7,71)	48,15 (8,1)	47,2 (8,2)
<b>Sexo,</b> n (%)	Hombre	29 (14,1)	8 (21,1)	28 (13,5)	14 (19,7)
	Mujer	178 (85,9)	30 (78,9)	178 (86,5)	57 (80,3)
<b>Tipo de contrato,</b> n (%)	Fijo	51 (24,8)	17 (32,7)	53 (25,6)	27 (37,5)
	No fijo	155 (75,2)	35 (67,3)	153 (74,4)	45 (62,5)
<b>Categoría profesional,</b> n (%)	Facultativos	25 (12,1)	6 (11,1)	25 (12,1)	10 (13,7)
	Enfermeros	92 (44,7)	23 (42,6)	92 (44,7)	38 (42,1)
	Auxiliar enfermería	89 (43,2)	25 (46,3)	89 (43,2)	25 (34,2)
<b>Dirección de equipos,</b> n (%)	No	176 (85,4)	39 (84,8)	176 (85,4)	48 (71,6)
	Sí	30 (14,6)	7 (15,2)	30 (14,6)	19 (28,4)
<b>Contacto directo con pacientes,</b> n (%)	No	30 (14,6)	8 (14,8)	30 (14,6)	5 (6,8)
	Si	176 (85,4)	46 (83,3)	176 (85,4)	68 (93,2)

En la **Tabla 21** se presenta la seguridad percibida estratificada en función de las variables sociodemográficas (2013 y 2015). En el análisis bivalente, solo se obtuvieron diferencias significativas en el corte realizado en 2013 para la variable “años de antigüedad en el hospital”, con menor percepción de seguridad, en el grupo de entre 10 y 14 de antigüedad.

Tabla 21. Seguridad percibida estratificada por las variables sociodemográficas de la población a estudio

Característica sociodemográficas		Seguridad percibida 2013		Seguridad percibida 2015	
		n (%)	Media (IC 95%)	n (%)	Media (IC 95%)
<b>Edad</b>	< 35 años	5 (9,8)	8,2 (6,6-9,8)	7 (9,6)	8,2 (7,0-9,4)
	35-44 años	24 (47,1)	7,9 (7,2-8,6)	11 (15,1)	6,8 (5,2-8,4)
	45-49 años	12 (23,5)	7,0 (5,4-8,6)	11 (15,1)	8,3 (7,3-9,3)
	50-54 años	5 (9,8)	8,1 (5,2-11,0)	14 (19,2)	7,3 (6,1-8,4)
	≥ 55 años	5 (9,8)	7,9 (6,6-9,2)	30 (41,1)	7,4 (6,6-8,1)
<b>Sexo</b>	Hombre	8 (21,1)	7,8 (7,0-8,6)	14 (19,7)	7,1 (6,2-7,8)
	Mujer	30 (78,9)	7,6 (6,9-8,3)	57 (80,3)	7,5 (7,0-8,1)
<b>Tipo de contrato</b>	Fijo	17 (32,7)	7,6 (6,9-8,3)	27 (37,5)	7,4 (6,8-8,0)
	Interino	27 (51,9)	7,8(6,9-8,7)	34(47,2)	7,4 (6,5-8,2)
	Acúmulo de tareas	1 (1,9)	10 (10-10)	-	-
	Eventual	6 (11,5)	8,0(6,9-9,2)	10 (13,9)	8,0 (6,7-9,3)
	Laboral	1 (1,9)	7,0 (7,0-7,0)	1 (1,4)	8,0 (8,0-8,0)
<b>Categoría profesional</b>	Facultativos	6 (11,1)	7,8 (6,13-9,37)	10 (13,7)	7,2 (5,8-8,6)
	Enfermeros	23 (42,6)	8,1 (7,7-8,6)	38 (42,1)	7,2 (6,6-7,9)
	Auxiliares enfermería	25 (46,3)	7,7 (6,7-8,7)	25 (34,2)	8,0 (7,1-8,8)
<b>Antigüedad en el hospital</b>	< 5 años	15 (29,4)	8,3* (7,6-9,1)	14 (21,2)	7,8 (6,7-8,8)
	De 5 a 9 años	15 (29,4)	8,3 (7,5-9,1)	27 (40,9)	7,2 (6,2-8,3)
	De 10 a 14 años	9 (17,6)	6,1* (4,1-8,2)	8 (12,1)	7,9 (6,8-8,9)
	De 15 a 19 años	8 (15,7)	7,4 (5,7-9,1)	9 (13,6)	7,4 (6,4-8,5)
	≥ 20 años	4 (7,8)	8,0 (6,6-9,5)	8 (12,1)	7,7 (6,7-8,6)
<b>Dirección de equipos</b>	No	39 (84,8)	7,8 (7,1-8,4)	48 (71,6)	7,7 (7,0-8,2)
	Si	7 (15,2)	8,2 (7,4-9,0)	19 (28,4)	7,4 (6,7-8,2)
<b>Trabaja de noches</b>	No	17 (32,1)	8,1 (7,4-8,6)	17 (23,3)	7,6 (6,6-8,6)
	Si	36 (67,9)	7,7 (6,9-8,2)	56 (76,7)	7,4 (7,0-8,0)
<b>Trabaja los días festivos</b>	No	9 (19,6)	8,5 (7,9-9,1)	18 (24,7)	7,5 (6,5-8,4)
	Si	37 (80,4)	7,6 (7,0-8,2)	55 (75,3)	7,5 (6,9-8,0)
<b>Enfermedad crónica</b>	No	43 (81,1)	7,9 (7,2-8,4)	54 (74,0)	7,4 (6,8-7,9)
	Si	10 (18,9)	7,5 (6,4-8,5)	19 (26,0)	7,8 (7,1-8,5)
<b>Fármacos ansiolíticos</b>	No	47 (87,0)	7,7 (7,2-8,3)	58 (80,6)	7,6 (7,0-8,1)
	Si	7 (13,0)	8,3 (7,0-9,0)	14 (19,4)	6,9 (5,8-8,0)
<b>Contacto directo con pacientes</b>	No	8 (14,8)	8,4 (7,6-8,8)	5 (6,8)	7,7 (6,0-9,0)
	Si	46 (85,2)	7,7 (7,0-8,2)	68 (93,2)	7,5 (7,0-7,9)

\*p&lt;0.05

Analizando la influencia de las variables sociodemográficas sobre la seguridad percibida, solo mostraron significación el tipo de contrato, categoría profesional y antigüedad en el hospital, en el corte realizado en 2015. La seguridad percibida fue menor en el personal fijo, los facultativos y el personal con mayor antigüedad en el hospital.

Las OR ajustadas y su IC del 95% se resumen en las **Tablas 22 y 23**. En el análisis estratificado por variables sociodemográficas se observó escasa significación, mientras que una evaluación excelente de algunas de las dimensiones consideradas, mostró asociación con la seguridad percibida, especialmente tras realizar el análisis ajustado por regresión logística.

**Tabla 22.** Asociación entre las variables sociodemográficas y la seguridad percibida

Variables Sociodemográficas	Seguridad percibida 2013		Seguridad percibida 2015		
	Alto grado de seguridad percibida / total. n (%)	OR ajustada (IC del 95%)	Alto grado de seguridad percibida / total. n (%)	OR ajustada (IC del 95%)	
<b>Edad</b>	< 50 años	13/36 (36,1)	0,5 (0,1-2,1) <sup>a</sup>	15/46 (32,6)	4,4 (0,6-30,7) <sup>a</sup>
	≥50 años	5/10 (50,0)	1	4/14 (28,6)	1
<b>Sexo</b>	Mujer	11/30 (36,7)	1,5 (1,2-12,2) <sup>b</sup>	20/57 (35,1)*	No ajustable
	Hombre	3/8 (37,5)	1	0/14 (0)	1
<b>Tipo de contrato</b>	Fijo	6/17 (35,3)	0,7 (0,2-2,8) <sup>c</sup>	6/27 (22,2)	<b>0,2</b> (0,03-0,9)* <sup>c</sup>
	No fijo	15/35 (42,9)	1	16/45 (35,6)	1
<b>Categoría profesional</b>	Facultativos	2/6 (33,3)	0,4 (0,04-5,5) <sup>d</sup>	1/10 (10)	<b>0,03</b> (0,001-0,8) <sup>d *c</sup>
	Resto	20/48 (41,7)	1	21/63 (33,3)	1
<b>Antigüedad laboral</b>	< 15 años	7/15 (46,7)	<b>7,1</b> (1,5-32,8)* <sup>e</sup>	7/23 (30,4)	1,2 (0,3-4,9) <sup>e</sup>
	≥ 15 años	14/36 (38,9)	1	15/50 (30)	1
<b>Antigüedad en el hospital</b>	< 15 años	7/24 (29,2)	3,0 (0,4-21,7) <sup>f</sup>	17/49 (34,7)	<b>8,3</b> (1,1-64,5)* <sup>f</sup>
	≥15 años	13/27 (48,1)	1	3/17 (17,6)	1
<b>Antigüedad en el puesto</b>	< 15 años	12/29 (41,4)	2,1 (0,3-17,6) <sup>g</sup>	16/54 (29,6)	1,7 (0,2-12,1) <sup>g</sup>
	≥15 años	9/23 (39,1)	1	3/8 (37,5)	1
<b>Dirección de equipos</b>	Si	4/7 (57,1)	1,8 (0,21-14,7) <sup>h</sup>	5/19 (26,3)	2,4 (0,4-13,5) <sup>h</sup>
	No	16/39 (41,0)	1	15/48 (31,3)	1
<b>Trabaja de noches</b>	No	6/17 (35,3)	0,9 (0,2-4,6) <sup>i</sup>	6/17 (35,3)	2,5 (0,5-11,6) <sup>i</sup>
	Si	15/36 (41,7)	1	16/56 (28,6)	1
<b>Trabaja los días festivos</b>	No	5/9 (55,6)	1,9 (0,4-9,4) <sup>j</sup>	6/18 (33,3)	1,3 (0,3-5,7) <sup>j</sup>
	Si	15/37 (40,5)	1	16/55 (29,1)	1
<b>Enfermedad crónica</b>	No	17/43 (39,5)	0,4 (0,1-1,8) <sup>k</sup>	17/54 (31,5)	2,5 (0,5-13,7) <sup>k</sup>
	Si	5/10 (50,0)	1	5/19 (26,3)	1
<b>Fármacos ansiolíticos</b>	No	17/47 (36,2)*	<b>0,07</b> (0,006-0,83)* <sup>l</sup>	19/58 (32,8)	3,6 (0,6-26,8) <sup>l</sup>
	Si	5/7 (71,4)	1	2/14 (14,3)	1
<b>Contacto directo con pacientes</b>	No	4/8 (50,0)	1,5(0,3-7,8) <sup>m</sup>	2/5 (40)	2,6 (0,2-29,9) <sup>m</sup>
	Si	18/46 (39,1)	1	40/68 (29,4)	1

OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de confianza; \* p<0,05

<sup>a</sup> Ajustado para categoría profesional, contacto directo con pacientes, franqueza en la comunicación y trabajo en equipo en la unidad

<sup>b</sup> Ajustado para edad, categoría profesional, trabajo en equipo en la unidad y franqueza en la comunicación

<sup>c</sup> Ajustado para categoría profesional, contacto directo con pacientes, acciones de la supervisión y trabajo en equipo en la unidad

<sup>d</sup> Ajustado para tipo de contrato, contacto directo con pacientes, trabajo en equipo en la unidad y trabajo en equipo entre unidades

<sup>e</sup> Ajustado para responsabilidad sobre dirección de equipos, enfermedad crónica, franqueza en la comunicación y trabajo en equipo entre unidades

<sup>f</sup> Ajustado para contacto directo con pacientes, fármacos para dormir, aprendizaje organizacional y problemas al cambio de turno

<sup>g</sup> Ajustado para tipo de contrato, fármacos para dormir, trabajo en equipo en la unidad y problemas al cambio de turno

<sup>h</sup> Ajustado para categoría profesional, contacto directo con pacientes, percepción de seguridad y trabajo en equipo en la unidad

<sup>i</sup> Ajustado para antigüedad en el hospital, tipo de contrato, trabajo en equipo en la unidad y problemas al cambio de turno

<sup>j</sup> Ajustado para edad, categoría profesional, franqueza en la comunicación y problemas al cambio de turno

<sup>k</sup> Ajustado para edad, contacto directo con pacientes, expectativas de la supervisión y franqueza en la comunicación

<sup>l</sup> Ajustado para antigüedad en el puesto, tipo de contrato, trabajo en equipo en la unidad y problemas al cambio de turno

<sup>m</sup> Ajustado para edad, categoría profesional, franqueza en la comunicación y trabajo en equipo en la unidad

Respecto al grado de asociación de las dimensiones tras realizar el ajuste por posibles factores de confusión, en el estudio de 2015, los aspectos más fuertemente asociados a la seguridad percibida fueron: “Acciones de la supervisión que promueven la seguridad”, “Franqueza en la comunicación” y “Problemas en los cambios de turno”, siendo esta última dimensión la única que mostró asociación con el efecto en el estudio realizado en 2013 (Tabla 26).

**Tabla 23.** Asociación entre las dimensiones consideradas y la seguridad percibida

Dimensiones		Seguridad percibida 2013		Seguridad percibida 2015	
		Alto grado de seguridad percibida / total. n (%)	OR ajustada (IC del 95%)	Alto grado de seguridad percibida / total. n (%)	OR ajustada (IC del 95%)
<b>Frecuencia de EA notificados</b>	Evaluación excelente de la dimensión			8/16 (50)	<b>6,5</b> (1,3-33,3) <sup>a</sup>
	Resto de profesionales			14/54 (25,9)	1
<b>Percepción global de seguridad</b>	Evaluación excelente de la dimensión	9/13 (69,2)*	7,2 (0,9-56,5) <sup>b</sup>	15/31 (48,4)*	<b>6,6</b> (1,6-26,7)* <sup>b</sup>
	Resto de profesionales	13/40 (32,5)	1	7/41 (17,1)	1
<b>Acciones de la supervisión</b>	Evaluación excelente de la dimensión	10/26 (38,5)	0,5 (0,1-2,0) <sup>c</sup>	7/8 (87,5)**	<b>22,5</b> (1,5-344)* <sup>c</sup>
	Resto de profesionales	11/27 (40,7)	1	15/64 (23,4)	1
<b>Aprendizaje organizacional</b>	Evaluación excelente de la dimensión	7/12 (58,3)	1,1 (0,2-6,2) <sup>d</sup>	9/14 (64,3)*	<b>8,9</b> (1,9-41)* <sup>d</sup>
	Resto de profesionales	15/42 (35,7)	1	12/57 (21,1)	1
<b>Trabajo en equipo en la Unidad</b>	Evaluación excelente de la dimensión	11/20 (55)	2,8 (0,7-11,0) <sup>e</sup>	9/17 (52,9)*	<b>6,3</b> (1,3-31,1)* <sup>e</sup>
	Resto de profesionales	11/34 (32,4)	1	13/56 (23,2)	1
<b>Franqueza en la comunicación</b>	Evaluación excelente de la dimensión	11/23 (47,8)	0,3 (0,04-2,5) <sup>f</sup>	9/14 (64,3)*	<b>14,2</b> (2,4-83,8)* <sup>f</sup>
	Resto de profesionales	11/31 (35,5)	1	13/59 (22,0)	1
<b>Feed-back y comunicación de errores</b>	Evaluación excelente de la dimensión	12/23 (52,2)	4,8 (0,7-34,2) <sup>g</sup>	7/15 (46,7)	<b>5,7</b> (1,2-27,4)* <sup>g</sup>
	Resto de profesionales	9/29 (31,0)	1	15/56 (26,8)	1
<b>Respuesta no punitiva a los errores</b>	Evaluación excelente de la dimensión	5/9 (55,6)	0,9 (0,1-6,6) <sup>h</sup>	1/3 (33,3)	0,2 (0,003-11,3) <sup>h</sup>
	Resto de profesionales	16/44 (36,4)	1	20/67 (29,9)	1
<b>Dotación de personal</b>	Evaluación excelente de la dimensión	3/4 (75)*	3,3 (0,2-51,5) <sup>i</sup>	3/3 (100)*	No ajustable
	Resto de profesionales	18/49 (36,7)	1	19/70 (27,1)	1
<b>Apoyo de la Dirección</b>	Evaluación excelente de la dimensión	5/8 (62,5)	2,9 (0,5-17,7) <sup>j</sup>	0 (0)	No ajustable
	Resto de profesionales	16/44 (36,4)	1	18/58 (31)	1
<b>Trabajo en equipo entre unidades</b>	Evaluación excelente de la dimensión	2/4 (50,0)	0,3 (0,02-3,7) <sup>k</sup>	4/12 (33,3)	0,3 (0,04-2,6) <sup>k</sup>
	Resto de profesionales	20/50 (40,0)	1	17/59 (28,8)	1
<b>Problemas en cambios de turno</b>	Evaluación excelente de la dimensión	10/16 (62,5)*	<b>8,2</b> (1,5-43,1)* <sup>l</sup>	5/9 (55,6)*	<b>13,9</b> (1,1-181)* <sup>l</sup>
	Resto de profesionales	12/38 (31,6)	1	17/64 (26,6)	1

OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de confianza; \* p<0,05

<sup>a</sup> Ajustado para categoría profesional, antigüedad en el hospital, respuesta no punitiva y dotación de personal

<sup>b</sup> Ajustado para antigüedad en el hospital, responsabilidad sobre dirección de equipos, trabajo en equipo entre unidades y problemas al cambio de turno

<sup>c</sup> Ajustado para categoría profesional, tipo de contrato, aprendizaje organizacional y trabajo en equipo en la unidad

<sup>d</sup> Ajustado para antigüedad en el hospital, fármacos para dormir, feed back comunicación de errores y problemas al cambio de turno

<sup>e</sup> Ajustado para categoría profesional, tipo de contrato, acciones de la supervisión por la seguridad del paciente y respuesta no punitiva a los errores

<sup>f</sup> Ajustado para categoría profesional, responsabilidad sobre dirección de equipos, feed back comunicación de errores y respuesta no punitiva

<sup>g</sup> Ajustado para categoría profesional, responsabilidad sobre dirección de equipos, franqueza en la comunicación y respuesta no punitiva a los errores

<sup>h</sup> Ajustado para edad, antigüedad en el hospital, aprendizaje organizacional y feed back comunicación de errores

<sup>i</sup> Ajustado para tipo de contrato, categoría profesional, acciones de la supervisión en pro de la seguridad del paciente y aprendizaje organizacional

<sup>j</sup> Ajustado para contacto directo con pacientes, fármacos para dormir, dotación de personal y franqueza en la comunicación

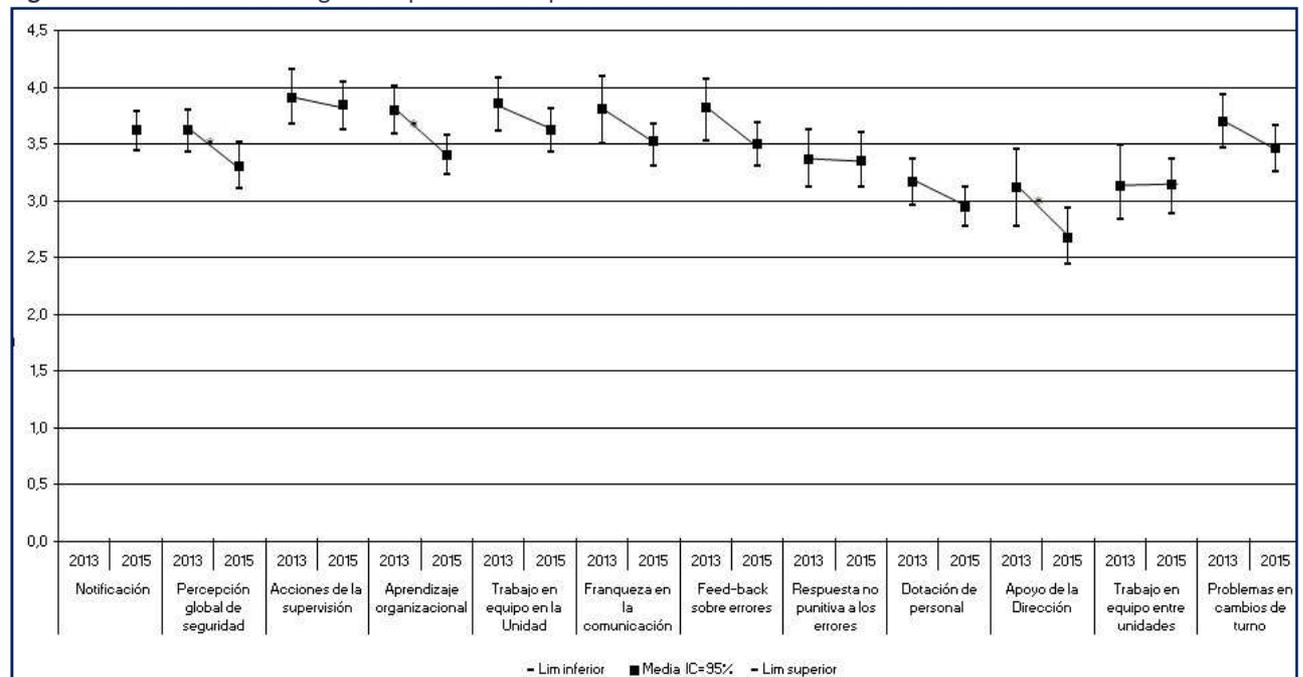
<sup>k</sup> Ajustado para responsabilidad sobre dirección de equipos, contacto directo con pacientes, franqueza comunicación y problemas al cambio de turno

<sup>l</sup> Ajustado para antigüedad en el hospital, fármacos para dormir, trabajo en equipo entre unidades y respuesta no punitiva

En el análisis de correlación realizado en ambos momentos del estudio, en 2013, las dimensiones más fuertemente correlacionadas fueron: “Feed back en la comunicación de errores” y “Franqueza en la comunicación” ( $r=0,77$ ), mientras que en 2015, la mayor correlación se observó entre “Respuesta no punitiva a los errores” y “Acciones de la supervisión que promueven la seguridad” ( $r= 0,66$ ). La dimensión con mayor número de correlaciones  $>0,50$  fue “Feed back en la comunicación de errores”, con 4 coeficientes de correlación  $>0,50$  en los dos cortes realizados.

En la **Figura 16** se representa la media de la seguridad percibida respecto a cada una de las dimensiones consideradas. Dicha media fue similar en ambos momentos, observándose diferencias estadísticamente significativas únicamente para las dimensiones 2, 4 y 10 (“Percepción global de seguridad”, “Aprendizaje organizacional” y “Apoyo de la dirección”), siendo menor la media obtenida en el corte realizado en 2015.

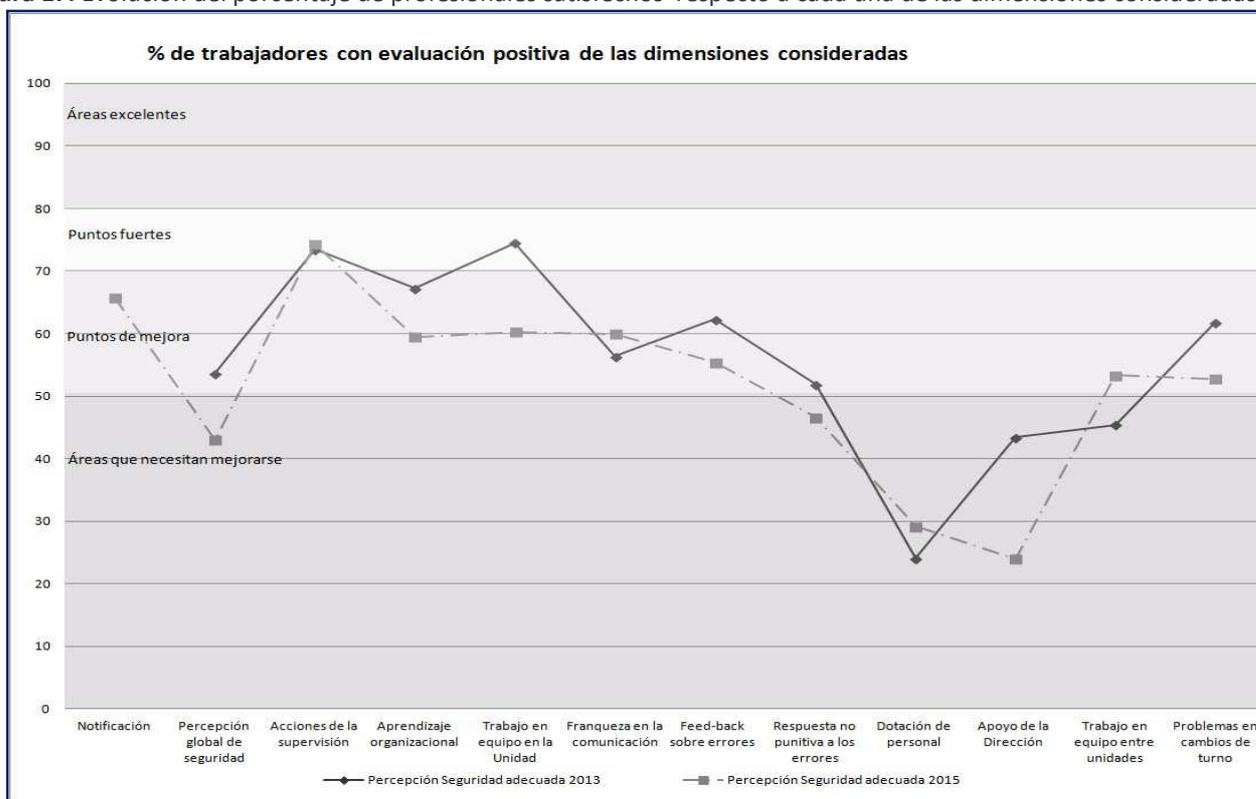
**Figura 16.** Evolución de la seguridad percibida respecto a las dimensiones consideradas



Globalmente, los aspectos mejor evaluados en ambas encuestas fueron: “Acciones de la supervisión que promueven la seguridad” y “Trabajo en equipo en la unidad”, mientras que los peor evaluados fueron: “Dotación de personal” y “Apoyo de la dirección”. Siguiendo los criterios de clasificación propuestos por la AHRQ (Agency for Health Care Research and Quality, 2005), en nuestro estudio, no aparece como fortaleza ni como debilidad ninguna de las dimensiones en ninguno de los cortes realizados. Sin embargo, aplicando los puntos de corte propuestos por el Servicio Vasco de Salud (Servicio Vasco de Salud, 2001), referidos al porcentaje de profesionales con percepción positiva de cada una de las dimensiones, sí que se detectan puntos fuertes y áreas de mejora, tal como se representa en la **Figura 17**. La representación gráfica de este

indicador evidencia la existencia de áreas de mejora y pone de manifiesto las diferencias existentes entre los dos cortes realizados.

**Figura 17.** Evolución del porcentaje de profesionales satisfechos respecto a cada una de las dimensiones consideradas



### 5.2.2. RELACIÓN ENTRE LA SATISFACCIÓN LABORAL Y LA CULTURA DE SEGURIDAD

En la encuesta realizada en 2015, para evaluar la satisfacción laboral y la cultura de seguridad de los profesionales, se obtuvieron 92 respuestas (75 válidas) (participación del 47,5%).

La satisfacción laboral media del personal sanitario fue de 7,21 (DE=2,01) y la seguridad percibida fue de 7,48 (DE=1,98), situándose en 9 el percentil 75 de la distribución en ambos casos; puntuaciones de 9 ó 10, se catalogaron como alta seguridad percibida y alta satisfacción laboral frente al resto de posibles respuestas.

La edad media de los encuestados fue de 47,2 años (DE=8,2). La muestra fue representativa de la población en cuanto a edad y categoría profesional, pero hubo mayor participación entre hombres, personal fijo, personal con responsabilidad sobre dirección de equipos y profesionales con contacto directo con pacientes.

En la **Tabla 24** se presentan los estadísticos descriptivos de la satisfacción laboral y la seguridad percibida estratificados en función de las variables sociodemográficas. En el análisis descriptivo, las variables sociodemográficas mostraron escasa influencia sobre las variables resultado. Respecto a la seguridad percibida, no se observaron diferencias significativas respecto a ninguna

de las variables consideradas. En cuanto a la satisfacción laboral, sólo se observaron diferencias respecto a la antigüedad en el hospital, y el consumo de fármacos ansiolíticos, con menor satisfacción laboral en el grupo de profesionales que tenían entre 10 y 14 años de antigüedad y entre los profesionales que tomaban fármacos ansiolíticos ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 24.** Descriptivos de la satisfacción laboral y la seguridad percibida (2013-2015)

Variables	Estratificación	n (Porcentaje)	Satisfacción Laboral	Seguridad Percibida
			Media (IC 95%)	Media (IC 95%)
<b>Edad</b>	< 35 años	7 (9,6)	8,4 (7,53-9,33)	8,2 (7,0-9,4)
	35-44 años	11 (15,1)	7,1 (5,92-8,22)	6,8 (5,2-8,4)
	45-49 años	11 (15,1)	7,8 (6,47-9,03)	8,3 (7,3-9,3)
	50-54 años	14 (19,2)	7,4 (6,52-8,31)	7,3 (6,1-8,4)
	≥ 55 años	30 (41,1)	6,7 (5,66-7,7)	7,4 (6,6-8,1)
<b>Sexo</b>	Hombre	14 (19,7)	7,1 (6,22-7,83)	7,1 (6,2-7,8)
	Mujer	57 (80,3)	6,9 (6,43-7,48)	7,5 (7,0-8,1)
<b>Tipo de contrato</b>	Fijo	27 (37,5)	7,1 (6,48-7,8)	7,4 (6,8-8,0)
	Interino	34 (47,2)	6,6 (5,89-7,33)	7,4 (6,5-8,2)
	Eventual	10 (13,9)	8,4 (7,42-9,47)	8,0 (6,7-9,3)
	Laboral	1 (1,4)	8,0 (8,00-8,00)	8,0 (8,0-8,0)
<b>Categoría profesional</b>	Facultativos	10 (13,7)	7,3 (5,9-8,8)	7,2 (5,8-8,6)
	Enfermeros	38 (42,1)	7,0 (6,28-7,71)	7,2 (6,6-7,9)
	Auxiliar enfermería	25 (34,2)	7,3 (6,49-8,01)	8,0 (7,1-8,8)
<b>Antigüedad laboral</b>	< 5 años	1 (1,4)	10,0 (10-10)	10,0 (10-10)
	De 5 a 9 años	5 (6,8)	8,1 (6,58-9,58)	7,8 (5,8-9,8)
	De 10 a 14 años	17 (23,3)	6,9 (5,96-7,84)	7,2 (6,2-8,2)
	De 15 a 19 años	22 (30,1)	6,9 (6,01-7,71)	7,5 (6,4-8,6)
	≥ 20 años	28 (38,3)	6,9 (6,19-7,66)	7,5 (6,8-8,2)
<b>Antigüedad en el hospital</b>	< 5 años	14 (21,2)	8,1* (7,36-8,9)	7,8 (6,7-8,8)
	De 5 a 9 años	27 (40,9)	6,6 (5,78-7,34)	7,2 (6,2-8,3)
	De 10 a 14 años	8 (12,1)	6,2* (4,43-8,02)	7,9 (6,8-8,9)
	De 15 a 19 años	9 (13,6)	6,5 (5,0-8,00)	7,4 (6,4-8,5)
	≥ 20 años	8 (12,1)	8,0 (6,84-9,08)	7,7 (6,7-8,6)
<b>Antigüedad en el puesto de trabajo</b>	< 5 años	22 (35,4)	7,2 (6,33-7,97)	7,3 (6,5-8,2)
	De 5 a 9 años	24 (38,7)	6,5 (5,54-7,49)	7,2 (6,2-8,3)
	De 10 a 14 años	8 (12,9)	7,0 (5,87-8,13)	8,1 (7,3-8,9)
	De 15 a 19 años	4 (6,4)	6,7 (4,29-9,04)	8,6 (6,4-10,8)
	≥ 20 años	4 (6,4)	8,0 (7,06-8,94)	7,5 (5,6-9,5)
<b>Dirección de equipos</b>	No	48 (71,6)	6,7 (6,12-7,27)	7,7 (7,0-8,2)
	Si	19 (28,4)	7,5 (6,57-8,28)	7,4 (6,7-8,2)
<b>Trabaja de noches</b>	No	17 (23,3)	6,8 (5,96-7,65)	7,6 (6,6-8,6)
	Si	56 (76,7)	7,1 (6,44-7,55)	7,4 (7,0-8,0)
<b>Trabaja los días festivos</b>	No	18 (24,7)	6,6 (5,57-7,5)	7,5 (6,5-8,4)
	Si	55 (75,3)	7,2 (6,57-7,66)	7,5 (6,9-8,0)
<b>Enfermedad crónica</b>	No	54 (74,0)	6,9 (6,38-7,49)	7,4 (6,8-7,9)
	Si	19 (26,0)	6,9 (6,02-7,71)	7,8 (7,1-8,5)
<b>Tratamiento con antidepresivos</b>	No	58 (80,6)	7,3* (6,81-7,74)	7,6 (7,0-8,1)
	Si	14 (19,4)	5,8 (4,5-7)	6,9 (5,8-8,0)
<b>Contacto directo con pacientes</b>	No	5 (6,8)	6,4 (4,94-7,64)	7,7 (6,0-9,0)
	Si	68 (93,2)	7,1 (6,48-7,61)	7,5 (7,0-7,9)

\*  $p < 0,05$ . DE = Desviación estándar.

La **Tabla 25** presenta la asociación entre las variables sociodemográficas y las variables resultado. Analizando la influencia de las variables sociodemográficas sobre las variables resultado tras corregir por los posibles factores de confusión, no se observó asociación con la satisfacción laboral. Respecto a la seguridad percibida, solo mostraron asociación el tipo de contrato, la

categoría profesional y la antigüedad en el hospital, con menor seguridad percibida entre el personal fijo, los facultativos y el personal con mayor antigüedad en el hospital.

**Tabla 25.** Asociación de las variables sociodemográficas con la satisfacción laboral y la seguridad percibida

		Satisfacción Laboral 2015		Seguridad Percibida 2015	
		Alto grado de satisfacción percibida/total. n (%)	OR ajustada (IC del 95%)	Alto grado de seguridad percibida/total. n (%)	OR ajustada (IC del 95%)
<b>Edad</b>	< 50 años	12/46 (26,1)	13,1 (1,0-171) <sup>1</sup>	15/46 (32,6)	4,4 (0,6-30,7) <sup>a</sup>
	≥50 años	3/15 (20,0)	1	4/14 (28,6)	1
<b>Sexo</b>	Mujer	15/58 (25,9)	5,7 (0,4-72) <sup>2</sup>	20/57 (35,1)*	No ajustable
	Hombre	1/14 (7,1)	1	0/14 (0)	1
<b>Tipo de contrato</b>	Fijo	6/28 (21,4)	0,6 (0,1-3,3) <sup>3</sup>	6/27 (22,2)	<b>0,2</b> (0,03-0,9)* <sup>c</sup>
	No fijo	12/45 (26,7)	1	16/45 (35,6)	1
<b>Categoría profesional</b>	Facultativos	2/11 (18,2)	0,6 (0,2-1,9) <sup>4</sup>	1/10 (10)	<b>0,03</b> (0,001-0,8) <sup>d</sup>
	Resto	16/63 (25,4)	1	21/63 (33,3)	1
<b>Antigüedad laboral</b>	< 15 años	7/23 (30,4)	4,6 (0,7-28,5) <sup>5</sup>	7/23 (30,4)	1,2 (0,3-4,9) <sup>e</sup>
	≥ 15 años	11/51 (21,6)	1	15/50 (30)	1
<b>Antigüedad en el hospital</b>	< 15 años	11/49 (22,4)	2,2 (0,3-16,4) <sup>6</sup>	17/49 (34,7)	<b>8,3</b> (1,1-64,5)* <sup>f</sup>
	≥15 años	4/18 (27,8)	1	3/17 (17,6)	1
<b>Antigüedad en el puesto</b>	< 15 años	12/54 (22,2)	4,1 (0,3-52) <sup>7</sup>	16/54 (29,6)	1,7 (0,2-12,1) <sup>g</sup>
	≥15 años	22,2	1	3/8 (37,5)	1
<b>Dirección de equipos</b>	Si	5/19 (26,3)	2,7 (0,3-25,9) <sup>8</sup>	5/19 (26,3)	2,4 (0,4-13,5) <sup>h</sup>
	No	10/49 (20,4)	1	15/48 (31,3)	1
<b>Trabaja de noches</b>	No	5/18 (27,8)	3,2 (0,5-22) <sup>9</sup>	6/17 (35,3)	2,5 (0,5-11,6) <sup>i</sup>
	Si	13/56 (23,2)	1	16/56 (28,6)	1
<b>Trabaja los días festivos</b>	No	4/18 (22,7)	1,3 (0,2-7,5) <sup>10</sup>	6/18 (33,3)	1,3 (0,3-5,7) <sup>j</sup>
	Si	42/56 (13,6)	1	16/55 (29,1)	1
<b>Enfermedad crónica</b>	No	16/55 (29,1)	4,4 (0,5-38) <sup>11</sup>	17/54 (31,5)	2,5 (0,5-13,7) <sup>k</sup>
	Si	2/19 (10,5)	1	5/19 (26,3)	1
<b>Tratamiento con antidepresivos</b>	No	16/59 (27,1)	1,6 (0,3-9,4) <sup>12</sup>	19/58 (32,8)	3,6 (0,6-26,8) <sup>l</sup>
	Si	2/14 (14,3)	1	2/14 (14,3)	1
<b>Contacto directo con pacientes</b>	No	2/5 (40,0)	5,1 (0,4-67) <sup>13</sup>	2/5 (40)	2,6 (0,2-29,9) <sup>m</sup>
	Si	16/69 (23,2)	1	40/68 (29,4)	1

OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de confianza; \* p<0,05

<sup>1</sup> Ajustado para categoría profesional, contacto directo con los pacientes, condiciones de trabajo y ambiente de trabajo

<sup>2</sup> Ajustado para categoría profesional, contacto directo con pacientes, franqueza en la comunicación y trabajo en equipo en la unidad

<sup>3</sup> Ajustado para antigüedad laboral, fármacos para dormir, condiciones de trabajo y gestión del cambio

<sup>4</sup> Ajustado para antigüedad en el hospital, contacto directo con pacientes, definición del puesto y relación con el mando

<sup>5</sup> Ajustado para categoría profesional, contacto directo con pacientes, acciones de la supervisión y trabajo en equipo en la unidad

<sup>6</sup> Ajustado para edad, contacto directo con pacientes, condiciones de trabajo y ambiente de trabajo

<sup>7</sup> Ajustado para tipo de contrato, contacto directo con pacientes, trabajo en equipo en la unidad y trabajo en equipo entre unidades

<sup>8</sup> Ajustado para edad, contacto directo con pacientes, relación con el mando y comunicación

<sup>9</sup> Ajustado para responsabilidad sobre dirección de equipos, enfermedad crónica, franqueza en la comunicación y trabajo en equipo entre unidades

<sup>10</sup> Ajustado para edad, contacto directo con pacientes, condiciones de trabajo y relación con el mando

<sup>11</sup> Ajustado para contacto directo con pacientes, fármacos para dormir, aprendizaje organizacional y problemas al cambio de turno

<sup>12</sup> Ajustado para responsabilidad sobre dirección de equipos, contacto directo con pacientes, condiciones de trabajo, comunicación

<sup>13</sup> Ajustado para tipo de contrato, fármacos para dormir, trabajo en equipo en la unidad y problemas al cambio de turno

<sup>14</sup> Ajustado para antigüedad en el puesto, contacto directo con pacientes, condiciones de trabajo, comunicación

<sup>15</sup> Ajustado para categoría profesional, contacto directo con pacientes, percepción de seguridad y trabajo en equipo en la unidad

<sup>16</sup> Ajustado para edad, antigüedad en el puesto, ambiente de trabajo y comunicación

<sup>17</sup> Ajustado para antigüedad en el hospital, tipo de contrato, trabajo en equipo en la unidad y problemas al cambio de turno

<sup>18</sup> Ajustado para edad, antigüedad en el puesto, clima de trabajo y comunicación

<sup>19</sup> Ajustado para edad, categoría profesional, franqueza en la comunicación y problemas al cambio de turno

<sup>20</sup> Ajustado para antigüedad en el puesto, contacto directo con pacientes, relación con el mando y comunicación

<sup>21</sup> Ajustado para edad, contacto directo con pacientes, expectativas de la supervisión y franqueza en la comunicación

<sup>22</sup> Ajustado para edad, contacto directo con pacientes, condiciones de trabajo y formación

<sup>23</sup> Ajustado para antigüedad en el puesto, tipo de contrato, trabajo en equipo en la unidad y problemas al cambio de turno

<sup>24</sup> Ajustado para edad, antigüedad laboral, relación con el mando y comunicación

<sup>25</sup> Ajustado para edad, categoría profesional, franqueza en la comunicación y trabajo en equipo en la unidad

La **Tabla 26** muestra la asociación entre las dimensiones que definen la satisfacción laboral y las variables resultado. Las dimensiones más asociadas a la satisfacción laboral, con OR  $\geq 10$ , fueron “Participación”, “Percepción de la dirección”, “Relación con el mando”, “Definición del puesto”, “Ambiente de trabajo” y “Reconocimiento”. Las dimensiones más asociadas a la seguridad percibida, con OR  $\geq 10$ , fueron “Condiciones de trabajo” y “Percepción de la dirección”.

**Tabla 26.** Asociación de las dimensiones que definen la satisfacción laboral con las variables resultado

Dimensiones Satisfacción laboral		Satisfacción Laboral 2015		Seguridad Percibida 2015	
		Alto grado de satisfacción percibida/total. n (%)	OR ajustada (IC del 95%)	Alto grado de seguridad percibida/total. n (%)	OR ajustada (IC del 95%)
<b>Condiciones de trabajo</b>	Evaluación excelente de la dimensión	4/11 (36,4)	2,9 (0,4-19,3) <sup>1</sup>	6/11 (54,5)*	<b>10,4</b> (1,2-92,5)* <sup>a</sup>
	Resto de profesionales	14/63 (22,2)	1	16/62 (25,8)	1
<b>Formación</b>	Evaluación excelente de la dimensión	8/13 (61,5)*	<b>5,0</b> (1,1-24)* <sup>2</sup>	8/13 (61,5)*	<b>5,8</b> (1,2-28,6)* <sup>b</sup>
	Resto de profesionales	10/59 (16,9)	1	14/58 (24,1%)	1
<b>Promoción y desarrollo</b>	Evaluación excelente de la dimensión	7/7 (100)**	No ajustable	7/7 (100)**	No ajustable
	Resto de profesionales	11/66 (16,7)	1	14/65 (21,5)	1
<b>Reconocimiento</b>	Evaluación excelente de la dimensión	6/10 (60)*	<b>10,4</b> (1,8-60)* <sup>3</sup>	6/10 (60)*	6,6 (1,0-45,3) <sup>c</sup>
	Resto de profesionales	11/62 (17,7)	1	15/61 (24,6)	1
<b>Definición del puesto</b>	Evaluación excelente de la dimensión	14/33 (42,4)*	<b>12,2</b> (12,2-67)* <sup>4</sup>	16/33 (48,5)*	<b>4,8</b> (1,1-20,4)* <sup>d</sup>
	Resto de profesionales	4/41 (9,8)	1	6/40 (15)	1
<b>Relación con el mando</b>	Evaluación excelente de la dimensión	14/26 (53,8)**	<b>12,3</b> (2,3-66,8)* <sup>5</sup>	15/26 (57,7)**	<b>6,7</b> (2,0-22,1)* <sup>e</sup>
	Resto de profesionales	4/44 (8,3)	1	7/47 (14,9)	1
<b>Participación</b>	Evaluación excelente de la dimensión	6/8 (75)**	<b>15,5</b> (1,5-172) <sup>6</sup>	6/8 (75)*	<b>8,6</b> (1,1-71)* <sup>f</sup>
	Resto de profesionales	12/66 (18,2)	1	16/65 (24,6)	1
<b>Gestión del cambio</b>	Evaluación excelente de la dimensión	11/17 (64,7)**	<b>6,0</b> (1,1-50)* <sup>7</sup>	10/16 (62,5)*	<b>6,5</b> (1,1-35,7)* <sup>g</sup>
	Resto de profesionales	7/57 (12,3)	1	12/57 (21,1)	1
<b>Ambiente de trabajo</b>	Evaluación excelente de la dimensión	10/16 (62,5)**	<b>11,1</b> (2,2-56,8)* <sup>8</sup>	11/16 (68,8)**	<b>7,4</b> (1,6-35,3)* <sup>h</sup>
	Resto de profesionales	8/58 (13,8)	1	11/57 (19,3)	1
<b>Comunicación</b>	Evaluación excelente de la dimensión	6/13 (68,8)*	<b>6,5</b> (1,2-34,7)* <sup>9</sup>	5/13 (38,5)	0,4 (0,1-3,3) <sup>i</sup>
	Resto de profesionales	12/61 (28,6)	1	17/60 (28,3)	1
<b>Conocimiento de objetivos</b>	Evaluación excelente de la dimensión	6/6 (100)**	No ajustable	4/6 (66,7)*	6,3 (0,7-54) <sup>j</sup>
	Resto de profesionales	12/67 (17,9)	1	17/66 (25,8)	1
<b>Percepción de la Dirección</b>	Evaluación excelente de la dimensión	10/16 (62,5)**	<b>14,1</b> (1,9-106) <sup>9</sup>	11/16 (68,8)**	<b>10,4</b> (1,9-57,1)* <sup>k</sup>
	Resto de profesionales	8/55 (14,5)	1	9/54 (16,7)	1

OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de confianza; \* p<0,05

<sup>1</sup> Ajustado edad, contacto directo con el paciente, definición del puesto y relación con el mando

<sup>a</sup> Ajustado para antigüedad en el hospital, trabajo de noches, participación y gestión del cambio

<sup>2</sup> Ajustado para antigüedad en el hospital, contacto directo con pacientes, reconocimiento y gestión del cambio

<sup>b</sup> Ajustado para categoría profesional antigüedad en el hospital, reconocimiento y definición del puesto

<sup>3</sup> Ajustado para edad, contacto directo con pacientes, condiciones de trabajo y comunicación

<sup>c</sup> Ajustado para antigüedad en el hospital, contacto directo con pacientes, condiciones de trabajo y comunicación

<sup>4</sup> Ajustado para edad, antigüedad en el hospital, condiciones de trabajo y comunicación

<sup>d</sup> Ajustado para categoría profesional antigüedad en el hospital, formación y reconocimiento

<sup>5</sup> Ajustado para edad, contacto directo con los pacientes, condiciones de trabajo y participación

<sup>e</sup> Ajustado para categoría profesional, contacto directo con los pacientes, condiciones de trabajo y comunicación

<sup>6</sup> Ajustado para fármacos para dormir, contacto directo con pacientes, condiciones de trabajo, y ambiente de trabajo

<sup>f</sup> Ajustado para categoría profesional, tipo de contrato, condiciones de trabajo y comunicación

<sup>7</sup> Ajustado para antigüedad en el hospital, contacto directo con pacientes, formación y reconocimiento

<sup>8</sup> Ajustado para antigüedad en el hospital, contacto directo con pacientes, condiciones de trabajo y formación

<sup>8</sup> Ajustado para fármacos para dormir, contacto directo con pacientes, condiciones de trabajo y participación

<sup>h</sup> Ajustado para sexo, contacto directo con los pacientes, condiciones de trabajo y formación

<sup>9</sup> Ajustado para antigüedad laboral, contacto directo con pacientes, condiciones de trabajo y promoción y desarrollo

<sup>i</sup> Ajustado para categoría profesional, contacto directo con pacientes, participación y ambiente de trabajo

<sup>j</sup> Ajustado para categoría profesional, antigüedad en el hospital, relación con el mando y comunicación

<sup>k</sup> Ajustado para categoría profesional, antigüedad en el hospital, formación y gestión del cambio

La **Tabla 27** presenta la asociación entre las dimensiones que definen la cultura de seguridad y las variables resultado. Las dimensiones más asociadas a la satisfacción laboral, con  $OR \geq 10$ , fueron “Dotación de personal”, “Problemas en los cambios de turno”, “Franqueza en la comunicación”, “Notificación de eventos adversos”, “Aprendizaje organizacional” y “Feedback sobre de errores”. Las dimensiones más asociadas a la seguridad percibida, con  $OR \geq 10$ , fueron “Acciones de la supervisión”, “Franqueza en la comunicación” y “Problemas en cambios de turno”.

**Tabla 27.** Asociación de las dimensiones que definen la cultura de seguridad y las variables resultado

Dimensiones Cultura de Seguridad		Seguridad Percibida 2015		Satisfacción Laboral 2015	
		Alto grado de seguridad percibida/total n (%)	OR ajustada (IC del 95%)	Alto grado de satisfacción percibida/total n (%)	OR ajustada (IC del 95%)
<b>Notificación de eventos adversos</b>	Evaluación excelente de la dimensión	8/16 (50)	<b>6,5</b> (1,3-33,3) <sup>1</sup>	8/16 (50)*	<b>12,3</b> (2,0-74,1) <sup>a</sup>
	Resto de profesionales	14/54 (25,9)	1	10/55 (18,2)	1
<b>Percepción de seguridad</b>	Evaluación excelente de la dimensión	15/31 (48,4)*	<b>6,6</b> (1,6-26,7)* <sup>2</sup>	13/31 (41,9)*	<b>7,2</b> (1,3-40,5)* <sup>b</sup>
	Resto de profesionales	7/41 (17,1)	1	5/42 (11,9)	1
<b>Acciones de la supervisión</b>	Evaluación excelente de la dimensión	7/8 (87,5)**	<b>22,5</b> (1,5-344)* <sup>3</sup>	3/8 (37,5)	0,5 (0,6-4,7)* <sup>c</sup>
	Resto de profesionales	15/64 (23,4)	1	15/65 (23,1)	1
<b>Aprendizaje organizacional</b>	Evaluación excelente de la dimensión	9/14 (64,3)*	<b>8,9</b> (1,9-41)* <sup>4</sup>	9/14 (64,3)*	<b>12,1</b> (2,5-58)* <sup>d</sup>
	Resto de profesionales	12/57 (21,1)	1	9/58 (15,5)	1
<b>Trabajo en equipo en la Unidad</b>	Evaluación excelente de la dimensión	9/17 (52,9)*	<b>6,3</b> (1,3-31,1)* <sup>5</sup>	8/17 (47,1)*	<b>6,3</b> (1,4-28,2)* <sup>e</sup>
	Resto de profesionales	13/56 (23,2)	1	10/57 (17,5)	1
<b>Franqueza en la comunicación</b>	Evaluación excelente de la dimensión	9/14 (64,3)*	<b>14,2</b> (2,4-83)* <sup>6</sup>	7/14 (50)*	<b>14,3</b> (1,8-116)* <sup>f</sup>
	Resto de profesionales	13/59 (22,0)	1	11/60 (18,3)	1
<b>Feed-back sobre errores</b>	Evaluación excelente de la dimensión	7/15 (46,7)	<b>5,7</b> (1,2-27,4)* <sup>7</sup>	9/15 (60)*	<b>10,4</b> (2,2-49)* <sup>g</sup>
	Resto de profesionales	15/56 (26,8)	1	9/57 (15,8)	1
<b>Respuesta no punitiva</b>	Evaluación excelente de la dimensión	1/3 (33,3)	0,2 (0,003-11) <sup>8</sup>	1/3 (33,3)	0,4 (0,03-6,0) <sup>h</sup>
	Resto de profesionales	20/67 (29,9)	1	15/68 (22,1)	1
<b>Dotación de personal</b>	Evaluación excelente de la dimensión	3/3 (100)*	No ajustable	2/3 (66,7)*	<b>19,7</b> (1,3-291)* <sup>i</sup>
	Resto de profesionales	19/70 (27,1)	1	16/71 (22,5)	1
<b>Apoyo de la Dirección</b>	Evaluación excelente de la dimensión	0 (0)	No ajustable	0 (0)	No ajustable
	Resto de profesionales	18/58 (31)	1	18/74 (24,3)	1
<b>Trabajo en equipo entre unidades</b>	Evaluación excelente de la dimensión	4/12 (33,3)	0,3 (0,04-2,6) <sup>9</sup>	5/12 (41,7)	3,5 (0,7-17,1) <sup>j</sup>
	Resto de profesionales	17/59 (28,8)	1	13/59 (22,0)	1
<b>Problemas en cambios de turno</b>	Evaluación excelente de la dimensión	5/9 (55,6)*	<b>13,9</b> (1,1-181)* <sup>10</sup>	7/9 (77,8)*	<b>19,4</b> (1,7-222)* <sup>k</sup>
	Resto de profesionales	17/64 (26,6)	1	11/65 (16,9)	1

OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de confianza; \*  $p < 0,05$

<sup>1</sup>Ajustado para categoría profesional, antigüedad en el hospital, respuesta no punitiva y dotación de personal

<sup>a</sup> Ajustado para categoría profesional, antigüedad en el hospital, respuesta no punitiva y dotación de personal

<sup>2</sup>Ajustado para antigüedad en el hospital, responsabilidad sobre dirección de equipos, trabajo en equipo entre unidades y problemas al cambio de turno

<sup>b</sup> Ajustado para antigüedad en el hospital, responsabilidad sobre dirección de equipos, trabajo en equipo entre unidades y problemas al cambio de turno

<sup>3</sup>Ajustado para categoría profesional, tipo de contrato, aprendizaje organizacional y trabajo en equipo en la unidad

<sup>c</sup> Ajustado para categoría profesional, tipo de contrato, franqueza en la comunicación y respuesta no punitiva

<sup>4</sup>Ajustado para antigüedad en el hospital, fármacos para dormir, feed back comunicación de errores y problemas al cambio de turno

<sup>d</sup> Ajustado para tipo de contrato, categoría profesional, acciones de la supervisión en pro de la seguridad del paciente y dotación de personal

<sup>5</sup>Ajustado para categoría profesional, tipo de contrato, respuesta no punitiva a los errores y acciones de la supervisión <sup>e</sup> Ajustado para categoría profesional, tipo de contrato, respuesta no punitiva a los errores y trabajo en equipo entre unidades

<sup>6</sup>Ajustado para categoría profesional, responsabilidad sobre dirección de equipos, feed back comunicación de errores y respuesta no punitiva

<sup>f</sup> Ajustado para categoría profesional, responsabilidad sobre dirección de equipos, feed back comunicación de errores respuesta no punitiva

<sup>7</sup>Ajustado para categoría profesional, responsabilidad sobre dirección de equipos, franqueza en la comunicación y respuesta no punitiva a los errores

<sup>8</sup> Ajustado para categoría profesional, tipo de contrato, franqueza en la comunicación y respuesta no punitiva a los errores

<sup>9</sup>Ajustado para edad, antigüedad en el hospital, aprendizaje organizacional y feed back comunicación de errores

<sup>h</sup> Ajustado para categoría profesional, fármacos ansiolíticos, acciones de la supervisión y trabajo en equipo en la unidad

<sup>i</sup> Ajustado para categoría profesional, antigüedad en el hospital, notificación (trabajo en equipo en la unidad en 2013) y respuesta no punitiva

<sup>9</sup>Ajustado para responsabilidad sobre dirección de equipos, contacto directo con pacientes, franqueza en la comunicación y problemas cambio de turno

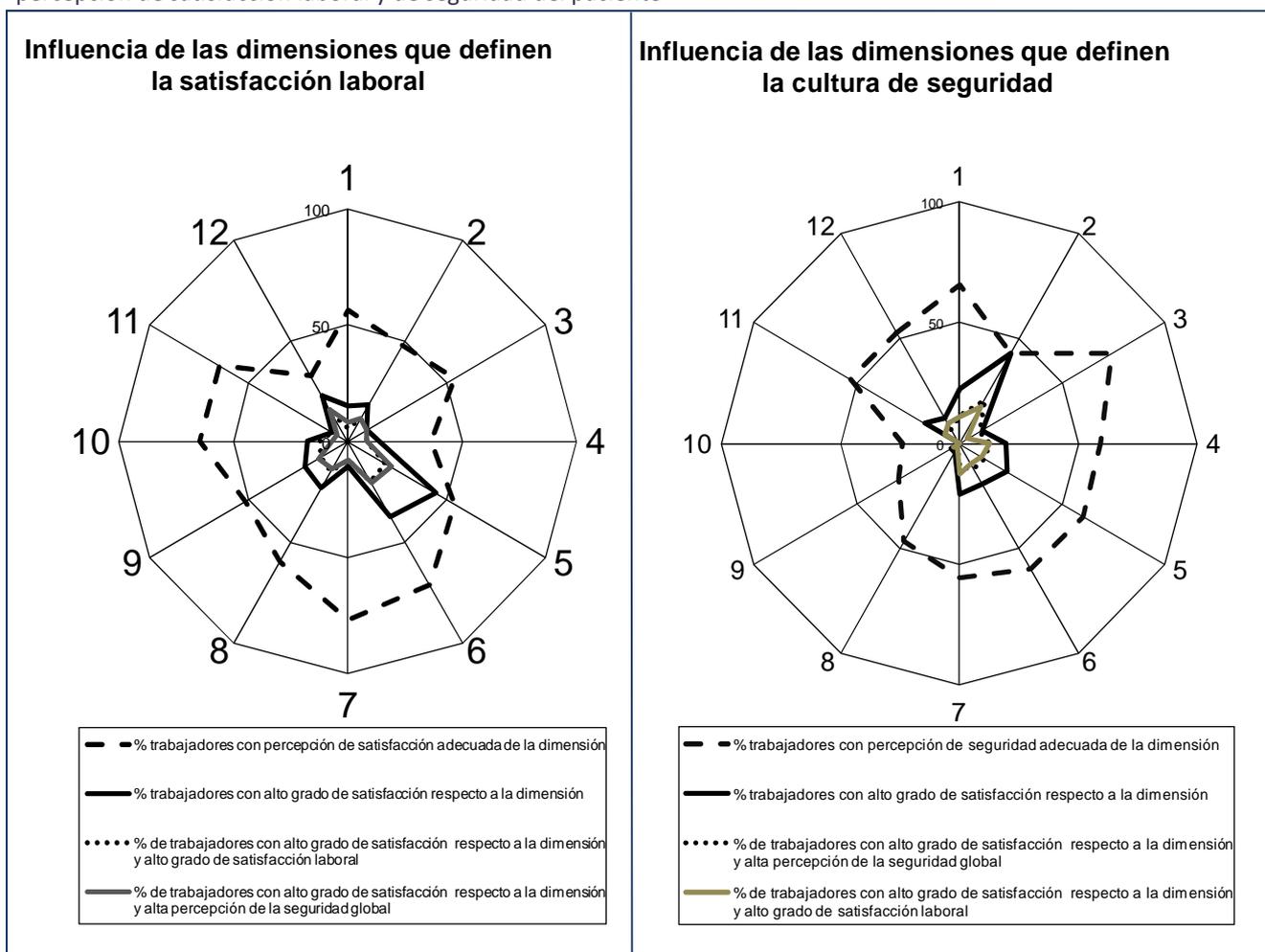
<sup>j</sup>Ajustado para fármacos ansiolíticos, contacto directo con pacientes, mejora continua y respuesta no punitiva

<sup>10</sup>Ajustado para antigüedad en el hospital, fármacos para dormir, trabajo en equipo entre unidades y respuesta no punitiva

<sup>k</sup> Ajustado para responsabilidad sobre dirección de equipos, contacto directo con pacientes, franqueza comunicación y trabajo en equipo entre unidades

Los diagramas de radar de la **Figura 18** representan la relación existente entre la percepción de las dimensiones que definen cada constructo y las dos variables resultado. En ambos diagramas, el polígono definido por los profesionales con alta satisfacción laboral prácticamente coincide con el que representa a los profesionales con alta seguridad percibida. La forma del polígono es diferente para cada uno de los constructos, pero la representación de la alta percepción de las dimensiones es paralela a los polígonos que representan las variables resultado, siendo éstos últimos prácticamente coincidentes. Este hecho sugiere que las 24 dimensiones se relacionan con las 2 variables resultado, y que éstas, también se relacionan entre sí.

**Figura 18.** Influencia del grado de satisfacción respecto a cada una de las dimensiones consideradas sobre la alta percepción de satisfacción laboral y de seguridad del paciente



**Leyenda del gráfico**

Dimensiones que definen la Satisfacción Laboral

1: Condiciones de trabajo; 2: Formación; 3: Promoción y desarrollo; 4: Reconocimiento; 5: Definición del puesto de trabajo; 6: Relación con el mando; 7: Participación; 8: Gestión del cambio; 9: Ambiente de trabajo; 10: Comunicación; 11: Conocimiento de objetivos; 12: Percepción de la Dirección

Dimensiones que definen la Cultura de Seguridad del Paciente

1: Notificación de Eventos Adversos; 2: Percepción global de seguridad; 3: Acciones de la supervisión que favorecen la seguridad del paciente; 4: Aprendizaje organizacional; 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 Dirección a la seguridad del paciente; 11: Trabajo en equipo entre unidades; 12: Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios

Respecto al análisis de correlación realizado, se comprobó que existe relación entre la satisfacción laboral y la seguridad percibida ( $r = 0,67$ ), y entre casi todas las dimensiones que definen la satisfacción laboral. Fueron significativas 65 de las correlaciones, con  $r > 0,50$  en 40 de los casos. La correlación más fuerte se observó entre las dimensiones “Participación” y “Relación con el mando” ( $r = 0,79$ ). La dimensión que presentó mayor número de correlaciones con  $r > 0,50$  fue “Gestión del cambio”. Respecto a la cultura de seguridad, 46 correlaciones fueron significativas, con  $r > 0,50$  en 11 de ellas. La correlación más fuerte se observó entre las dimensiones “Respuesta no punitiva a los errores” y “Acciones de la supervisión” ( $r = 0,66$ ). La dimensión que presentó mayor número de correlaciones con  $r > 0,50$  fue “Franqueza en la comunicación”. Respecto a la correlación entre las dimensiones que definen la cultura de seguridad y la satisfacción laboral, 107 de las 144 posibles correlaciones fueron significativas, con  $r > 0,50$  en 36 de ellas. La correlación más fuerte se observó entre las dimensiones “Acciones de la supervisión” y “Relación con el mando” ( $r = 0,70$ ).

En cuanto a la percepción de los profesionales de las dimensiones consideradas, los aspectos mejor evaluados para la satisfacción laboral fueron “Participación” y “Relación con el mando”, y los peor evaluados fueron “Percepción de la dirección” y “Reconocimiento”. Respecto a la cultura de seguridad, los aspectos mejor evaluados fueron “Acciones de la supervisión” y “Notificación de eventos adversos”, y los peor evaluados fueron “Dotación de personal” y “Apoyo de la dirección”.

### **5.2.3. EVALUACIÓN DE RIESGOS ASISTENCIALES**

La evaluación de los riesgos asistenciales constó de diferentes etapas. Una inicial de identificación, en la que se elaboró un catálogo de riesgos relacionados con la seguridad del paciente y una segunda etapa en la que se ponderaron los riesgos mediante la realización de un AMFE. Paralelamente, se puso en marcha un sistema de notificación voluntaria de eventos adversos. Finalmente, a partir de los resultados obtenidos, y tras seleccionar la dirección los 3 riesgos cuyo abordaje resultaba prioritario, se elaboraron y priorizaron planes de acciones para abordarlos.

#### **5.2.3.1. CATÁLOGO DE RIESGOS**

El Catálogo de riesgos identificados por el personal en la encuesta realizada en abril de 2014 para recoger la percepción de los profesionales sobre los riesgos más frecuentes relacionados con la seguridad del paciente, su gravedad, su origen y las posibles barreras que podrían implantarse para su prevención, se presenta en la **Tabla 28**.

**Tabla 28.** Catálogo de riesgos identificados en la encuesta

1	Caídas
2	Infección Nosocomial (IN)
3	Flebitis
4	Eventos Adversos (EA) relacionados con la medicación
5	Aspiración por disfagia (Riesgo neumonía por aspiración)
6	Error en la toma de muestras o realización de pruebas
7	Error en la identificación de los resultados de pruebas diagnósticas
8	Retraso en la realización de pruebas diagnósticas
9	Falta de realización de revisiones médicas al personal
10	Desplazamientos masivos de más de un paciente al tiempo, con un solo celador
11	Poca seguridad para cruzar desde el parking o cuando se pasea por el recinto hospitalario
12	Interrupciones frecuentes de las consultas por llamadas telefónicas o para poder fotocopiar informes, con riesgo de errores
13	Control del síndrome confusional / riesgo de fugas
14	Riesgo de aparición de Úlceras por presión (UPP)
15	Fallos en la identificación del paciente durante el Proceso Asistencial
16	Eventos Adversos (EA) relacionados con algún tipo de alergia
17	Fallos en la comunicación durante el traspaso de información entre profesionales o con el paciente
18	Pérdida de la intimidad del paciente
19	Repetición de procedimientos y pruebas diagnósticas
20	Trombosis Venosa Profunda (TVP) y/o Tromboembolismo Pulmonar (TEP)
21	Empeoramiento de la patología de base por los EA acaecidos durante el ingreso hospitalario
22	Reacción post-transfusional
23	Complicación de procedimiento invasivo
24	Agresión física
25	Sedación excesiva del paciente

### 5.2.3.2. MAPA DE RIESGOS

A partir del Catálogo de riesgos, en mayo de 2014 se elaboró el Mapa de Riesgos Operativo, identificando y estableciendo para cada uno de los riesgos identificados, sus agentes generadores, las causas que permiten su aparición y posibles acciones de mejora. La información se extrajo a partir de las aportaciones realizadas por los profesionales en la encuesta. En la **Tabla 29** se presenta, a modo de ejemplo, el mapa de riesgos operativo elaborado para las caídas.

**Tabla 29.** Mapa de riesgos operativo para las caídas

	Origen del Riesgo	Causas de su aparición	Posibles acciones preventivas
C A Í D A S	*Material deteriorado	*Falta de renovación y/o mantenimiento del material	*Valoración del riesgo de caída en el momento del ingreso
	*Falta de formación.		*Elaborar Protocolo de Movilización de pacientes.
	*Elevada presión asistencial	*Falta de protocolo de la indicación de sillas con sistema antivuelco.	*Elaborar Protocolo de Mantenimiento de camas y material ortopédico
	*Mala comunicación y asignación de competencias entre estamentos.	*Barandillas de la cama mal colocadas.	*Cursos y charlas de Formación
	*Falta de protocolos de movilización.	*Frenos defectuosos.	*Distribuir al personal en función de las cargas de trabajo
	*Pacientes sin acompañante	*Falta de material adecuado para la realización de transferencias.	*Educación a familiares y pacientes
	*Perfil del paciente atendido en el centro:	*Falta de actualización en la comunicación del estado del paciente	*Mejorar la comunicación con los familiares
	-Cuadros confusionales	*Pacientes sin conciencia de enfermedad o confusos.	*Renovación de las sillas de ruedas y camas deterioradas
	-Deterioro cognitivo	*Falta de acompañantes	*Mantenimiento del material ortopédico.
	-Lesiones cerebrales	*Falta de personal auxiliar	*Disponer de material adecuado para la sujeción mecánica

El siguiente paso fue relacionar los riesgos identificados con los diagramas de flujo de los procesos y actividades de la organización, para evidenciar en qué momento del proceso asistencial es más frecuente la aparición de cada uno de los riesgos identificados. Esta metódica se empleó para los principales procesos operativos de la organización, para tener identificados los riesgos que aparecen con más frecuencia en las distintas fases de los procesos asistenciales.

A partir de la información recopilada, en junio de 2014 se aplicó la herramienta de análisis modal de fallos y efectos (AMFE), para analizar los principales modos de fallo identificados en relación con la seguridad del paciente, sus causas, las posibles barreras o acciones de mejora recomendadas y su Índice de Prioridad/Riesgo. También se estimó dicho índice tras la implantación de las barreras recomendadas para disminuir la frecuencia y gravedad de los riesgos identificados. En el AMFE inicial se identificaron 31 modos de fallo, cuyas causas se analizaron en un segundo AMFE para disponer de información más pormenorizada para elaborar los planes de mejora. En dicho AMFE se identificaron 108 modos de fallo que se priorizaron también por su IPR. La representación gráfica de los 31 riesgos identificados en el primer AMFE en función de su IPR inicial y estimado fue útil, para facilitar la toma de decisiones por parte de la dirección para priorizar el abordaje de los riesgos identificados. La **Figura 19** presenta la estructura del AMFE realizado y analiza, a modo de ejemplo, la falta de adhesión del personal al protocolo de higiene de manos.

**Figura 19.** Estructura del AMFE realizado

Modo de Fallo	Efecto	Causas	Método de detección	G gravedad	O ocurrencia	D detección	IPR inicial	Acciones recomend.	Responsable	Acción Tomada	G gravedad	O ocurrencia	D detección	IPR final
1. Falta de adhesión al protocolo de higiene de manos	El personal actúa como transmisor de la IN	*Falta de formación del personal previa al inicio del contrato (Plan de Acogida); Material para la higiene de manos escaso o poco accesible; <b>Falta de concienciación del personal sobre la importancia del problema</b> ; Las soluciones hidroalcohólicas resecan las manos; Excesiva carga de trabajo; Falta de un responsable por sala para reponer la solución hidroalcohólica;	*Consumo de solución hidroalcohólica/ 1000 estancias; *Controles periódicos de observación directa por la enfermera de Medicina Preventiva; *Estudios de prevalencia de colonización de las manos del personal	7	10	4	280	1. Impartir talleres de formación en las unidades de hospitalización, tras los cortes de observación directa de la adhesión del personal al protocolo de lavado de manos; 2. Nombrar un responsable por sala para reponer la solución hidroalcohólica y controlar la disponibilidad del preparado	1. Enfermera de MP; 2. Dirección de Enfermería / Supervisor nombra como responsable a un Auxiliar de turno fijo de mañanas	1 y 2	7	7	1	49

Cualquier riesgo con un IPR igual o superior a 500, se considera grave y deben adoptarse medidas para resolverlo, bien sea implementando medidas mitigarlos, disminuyendo su frecuencia y/o gravedad, para transferirlos, o, en los casos en que sea posible, para evitarlos. Según los resultados del AMFE realizado, en nuestra organización aparecieron 3 riesgos con un IPR= 700, que fueron, los eventos adversos relacionados con la medicación, especialmente los relacionados con la distribución de la medicación en las salas (modo de fallo nº 6), los fallos en la

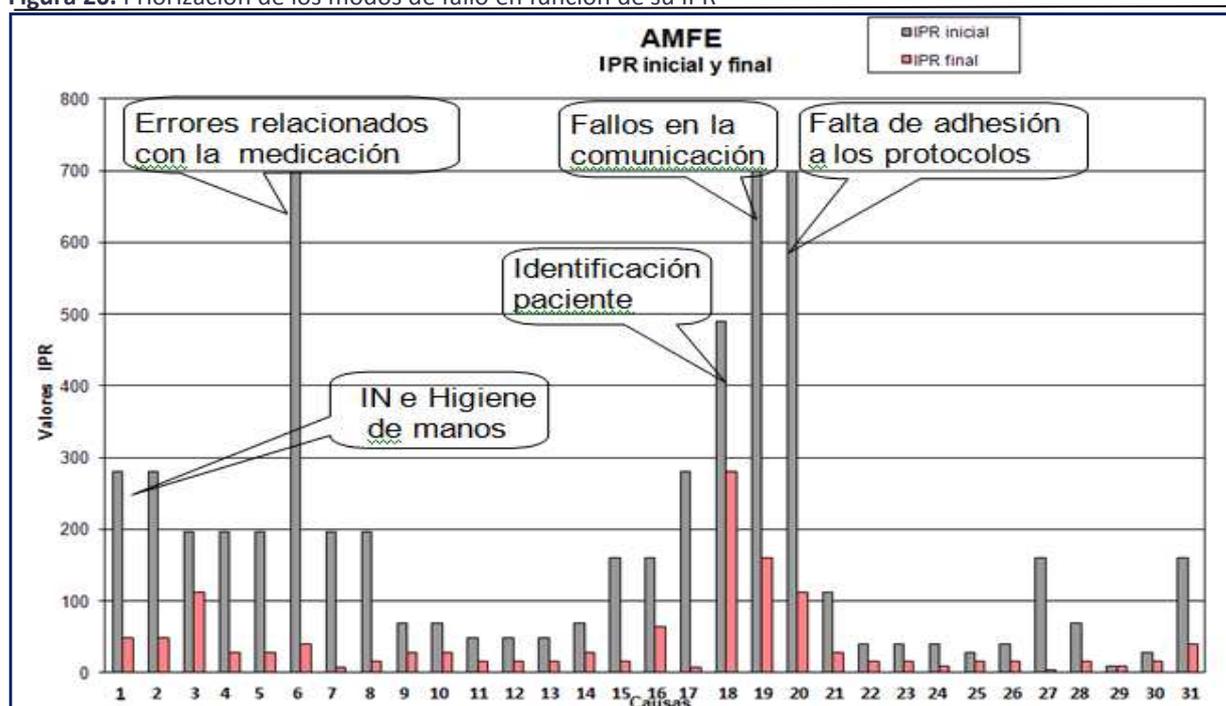
comunicación durante el traspaso de información (modo de fallo nº 19) y la falta de protocolización de algunas tareas o la falta de adhesión del personal a los protocolos existentes (modo de fallo nº 20), lo que produce variabilidad en los cuidados prestados al paciente. Un segundo grupo de riesgos a considerar, son aquellos con un IPR entre 125 y 500, cuyo abordaje es tanto más urgente, cuanto más alto es su IPR. En este grupo, cabe destacar el riesgo nº 18 (fallos en la identificación del paciente durante el proceso asistencial y realización de procedimientos y pruebas al paciente incorrecto, repeticiones o retrasos de pruebas diagnósticas), con un IPR de 490 y los riesgo nº 17 (frecuencia de borrado de la pulsera identificativa del paciente). nº 1 y nº 2 (falta de adhesión al protocolo de higiene de manos y la realización de técnicas invasivas sin aplicar la correcta asepsia), todos con un IPR de 280. El abordaje de los riesgos con IPR inferior a 125 es menos prioritario.

La priorización de los 31 riesgos evaluados mediante el AMFE, con los IPR inicial y final obtenidos y su representación gráfica se presentan en la **Tabla 30** y en la **Figura 20**.

**Tabla 30.** Índice de Prioridad Riesgo inicial y final de los modos de fallo evaluados

<b>Modos de Fallo evaluados</b>	<b>IPR INICIAL</b>	<b>IPR FINAL</b>
1. Falta de adhesión al protocolo de higiene de manos	280	49
2. Realización de técnicas invasivas sin aplicar la correcta asepsia	280	49
3. Excesiva presión antibiótica	196	112
4. Errores de prescripción de medicamentos	196	28
5. Errores de dispensación de medicamentos	196	28
6. Errores de distribución de medicamentos	<b>700</b>	<b>40</b>
7. Errores en el control de caducidades de los medicamentos dispensados a sala en envases multidosis	196	7
8. Respuesta inadecuada del paciente al tratamiento	196	16
9. Falta de aplicación de los recursos materiales y técnicos adecuados para la correcta movilización del paciente	70	28
10. Pacientes no conscientes de sus limitaciones funcionales	70	28
11. Movilización insuficiente del paciente	49	16
12. Falta de higiene e hidratación	49	16
13. Paciente con desnutrición	49	16
14. Textura inadecuada de los alimentos o las bebidas	70	28
15. Mantenimiento inadecuado de la vía	160	16
16. Uso prolongado de terapia intravenosa	160	64
17. Pérdida (o borrado) de la pulsera identificativa	280	7
18. Fallos en la identificación del paciente durante el proceso asistencial	490	280
19. Fallos en la comunicación durante el traspaso de información	<b>700</b>	<b>160</b>
20. Falta de protocolización de algunas tareas o de adhesión a los protocolos existentes	<b>700</b>	<b>112</b>
21. Fallo en la aplicación de medidas profilácticas respecto al riesgo de aparición de trombosis	112	28
22. Dieta u horario inadecuado	40	16
23. Incorrecta dosificación de la insulina	40	16
24. Fallos en la seguridad del recinto hospitalario	40	10
25. Fallos en la comunicación sobre el estado del paciente	28	16
26. Interacciones farmacológicas	40	16
27. Falta de empatía	160	4
28. Realización incorrecta de un procedimiento	70	16
29. Fallo en la aplicación de protocolos	10	10
30. Utilización inadecuada del material ortoprotésico	28	16
31. Historia clínica incompleta o con información poco accesible	160	40

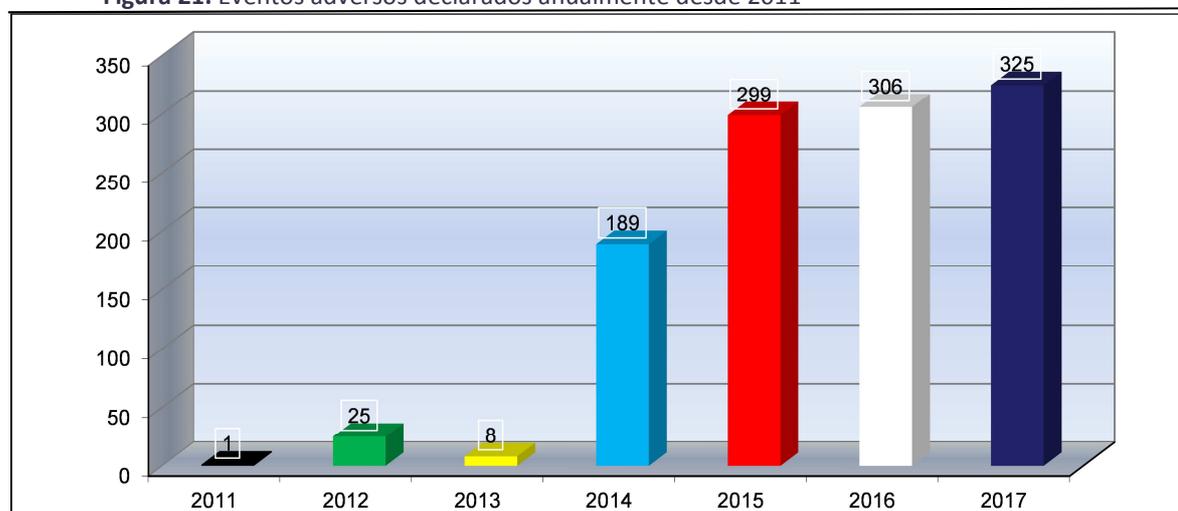
Figura 20. Priorización de los modos de fallo en función de su IPR



5.2.3.3. SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Desde 2011 existe en el centro un sistema de notificación de eventos adversos. En 2013 se implantó SINEA, el sistema corporativo de notificación y registro de eventos adversos de la Comunidad Valenciana. Sin embargo, hasta 2014, la declaración de eventos adversos por parte del personal era escasa, tal como puede apreciarse en la **Figura 21**. A partir de 2013, con la realización de encuestas sobre cultura de seguridad y la participación del personal en la elaboración del mapa de riesgos de la organización durante 2014, se produjo un aumento de la concienciación y el número de eventos adversos declarados a través del sistema de notificación, aumentó significativamente.

Figura 21. Eventos adversos declarados anualmente desde 2011



Debido a la falta de terminales informáticos y de historia clínica electrónica, en marzo de 2014 se diseñó una planilla específica (**Figura 3** (metodología)), ubicada en los controles de enfermería, que se recoge mensualmente para su evaluación y análisis y cuyos datos se introducen a posteriori en el sistema de notificación (SINEA) y en una base de datos Access propia, para dar feed-back periódicamente al personal con los resultados obtenidos. A partir de ese momento, la declaración voluntaria de eventos adversos aumentó significativamente. El facilitar al personal la forma de declarar e informar periódicamente de los resultados obtenidos, ha hecho que no solo aumente la cantidad de eventos adversos declarados, sino que también ha variado el tipo y gravedad de los mismos, tal como puede apreciarse en las **Figuras 22 y 23**, lo que ha permitido un mejor conocimiento de la situación real y la realización, no sólo de análisis reactivos tras la aparición de eventos adversos, sino también, un diseño proactivo de barreras para evitar que se produzcan. En la **Figura 24** puede apreciarse el cambio en el perfil de caídas declaradas tras la aplicación de medidas preventivas. También se ha observado una disminución importante de los eventos adversos relacionados con la medicación tras la implantación del sistema de prescripción electrónica y un incremento significativo en la declaración de infecciones nosocomiales, evento adverso frecuente, dado el perfil de paciente atendido en nuestro centro, y que hasta 2014, prácticamente no se declaraba. En la **Figura 25** se observa el incremento en la declaración de eventos adversos relacionados con la IN durante el periodo considerado.

**Figura 22.** Gravedad de los eventos adversos declarados en el periodo 2014-17

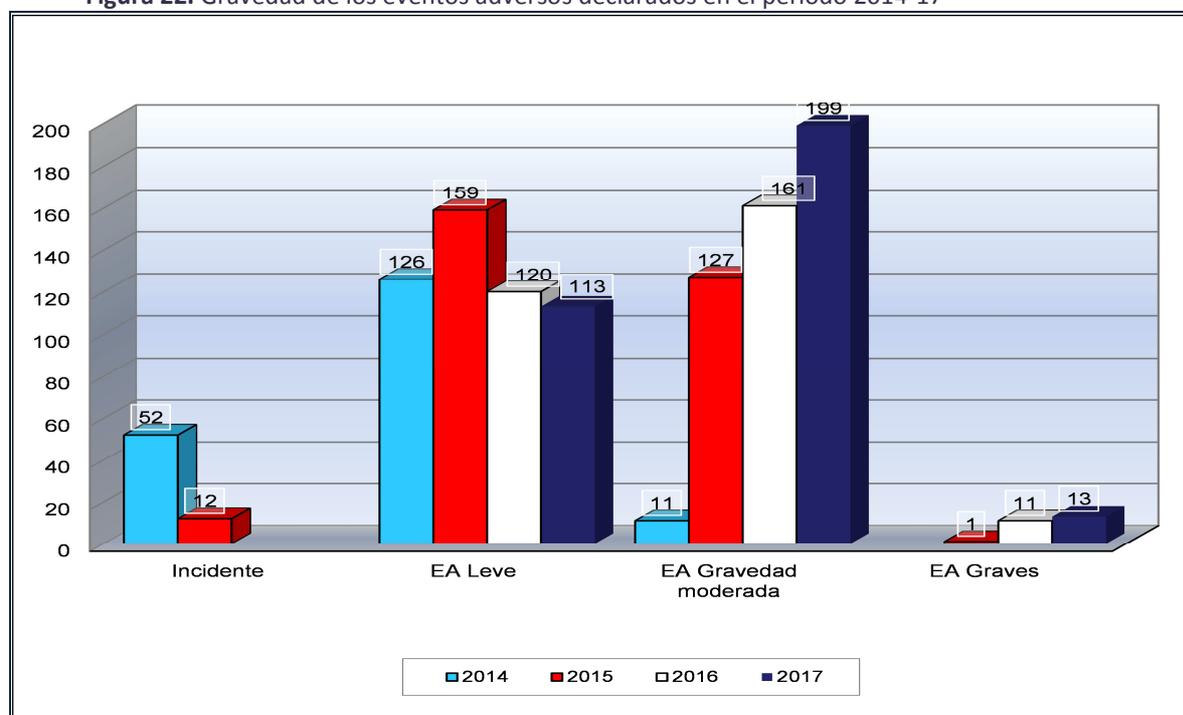


Figura 23. Tipo de eventos adversos declarados en el periodo 2014-17

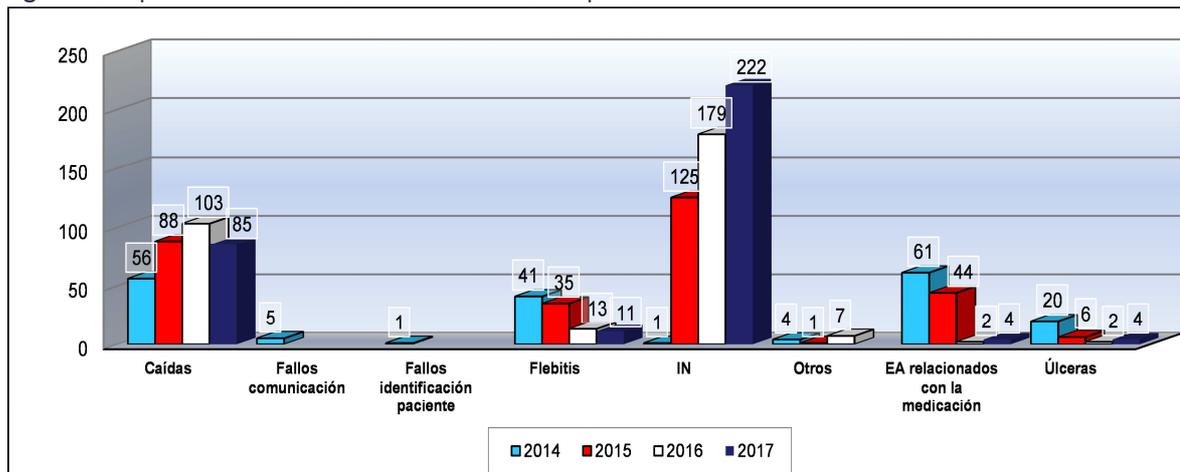


Figura 24. Tipo de caídas declaradas en el periodo 2014-17

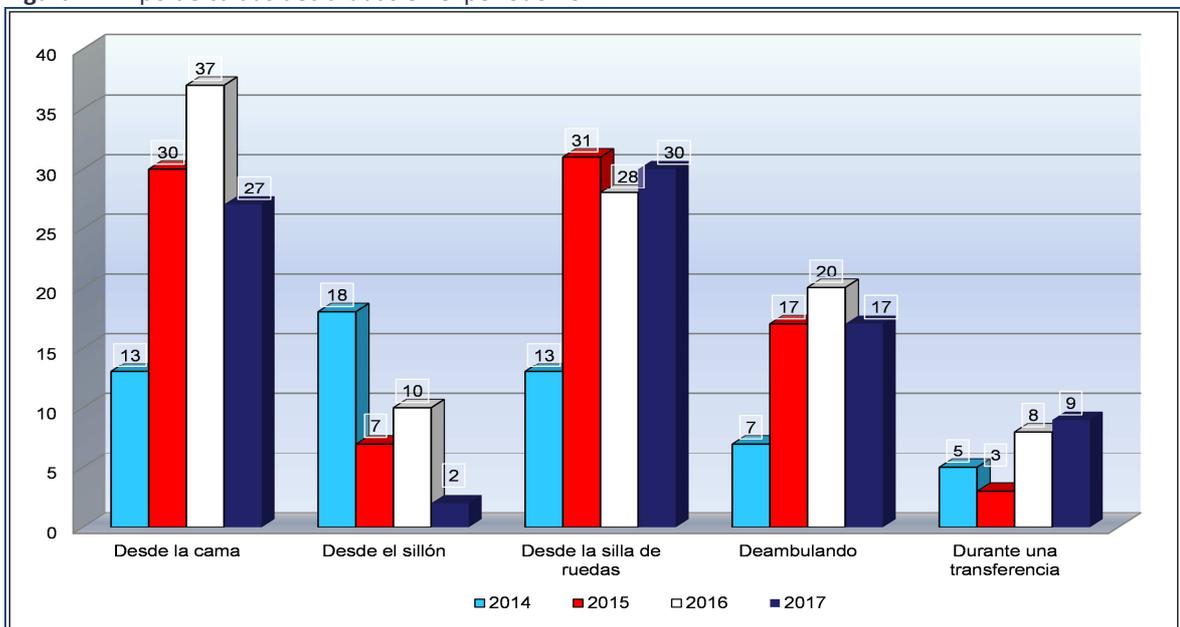
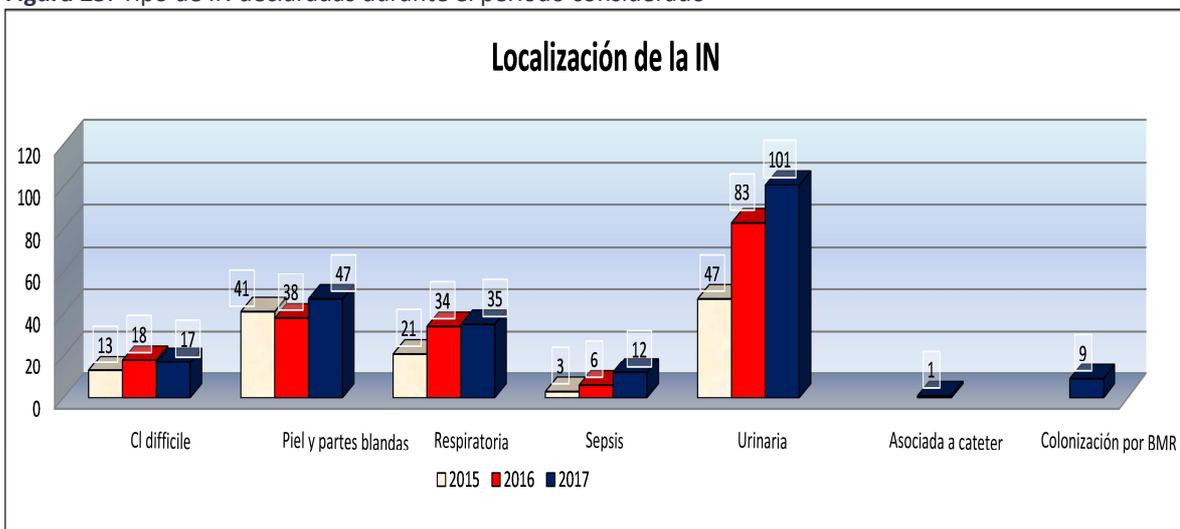


Figura 25. Tipo de IN declaradas durante el periodo considerado



### 5.2.3.4. ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE RIESGOS ASISTENCIALES

Tras la obtención del IPR para priorizar los riesgos identificados y evaluados en el AMFE, se propusieron medidas preventivas, clasificadas en distintos campos, e Indicadores de seguimiento. En enero de 2015 se presentó el proyecto a la Dirección del centro, junto con el informe de los eventos adversos declarados en el sistema de notificación durante 2014. Las medidas e indicadores propuestos en el informe del Mapa de Riesgos fueron los siguientes:

#### 1. A. Medidas de Gestión: Planificación y Organización

1. Adecuación de la plantilla a la carga de trabajo y programación de refuerzos.
2. Adecuación del flujo de actividades a la dotación de personal
3. Reorganizar y redistribuir tareas.
4. Contar al menos con un profesional de cada colectivo con experiencia por sala en cada turno.
5. Disponibilidad de personal de seguridad.
6. Identificación de los eventos adversos más frecuentes y elaboración de un plan de contingencias
7. Fomentar registro de alergias y EA relacionados con la medicación.
8. Acompañamiento de pacientes de riesgo, por un familiar o por voluntariado
9. Asignar un responsable del paciente en cada cambio de turno.
10. Establecer turnos mixtos que incluyan personal con + y con – experiencia.
11. Potenciar el trabajo en equipo.
12. Humanización de la asistencia (por ejemplo, respetar la intimidad del paciente).
13. Adecuada Organización del Servicio o unidad en función de los procesos

#### 1. B. Medidas de Gestión: Medidas estructurales

1. Aislamiento específico para el paciente agitado.
2. Adecuado diseño arquitectónico (prevención de caídas, circuito limpio-sucio...).
3. Mantenimiento preventivo de las instalaciones.
4. Disponibilidad de sala de RCP y adecuado mantenimiento de equipos y carros de parada.
5. Adecuado mantenimiento del suelo y uso de productos antideslizantes (caídas)
6. Limpieza y fregado de suelo en las horas de mínima asistencia de pacientes
7. Camas, sillas de ruedas y camillas adecuadas. Barandillas en correcto estado de uso
8. Renovación infraestructuras deterioradas (caídas).
9. Circuito de atención al paciente dependiente.
10. Adecuada separación de los circuitos limpio/sucio (IN)
11. Renovación y/o actualización de equipos y ayudas técnicas
12. Señalización adecuada. Carteles informativos.
13. Señalización de límites de velocidad y sentido obligatorio de circulación (atropellos).
14. Barreras mecánicas y señalización pasos de cebra (atropellos).
15. Regulación del flujo de vehículos al centro (prevenir riesgo de atropellos).
16. Selección de personal por competencias para el desempeño de ciertas tareas clave.

#### 2. Protocolos y procedimientos

1. Existencia de protocolo de identificación inequívoca del paciente.
2. Existencia de protocolos para la preparación de la medicación.
3. Existencia de protocolos para la administración de medicación.
4. Protocolizar la comunicación entre profesionales para órdenes terapéuticas.
5. Protocolizar la información a pacientes / familiares de cómo-cuándo-quiéndonde
6. Plan o sistema de difusión e implementación de los protocolos.
7. Formación en RCP.
8. Protocolizar el control de stocks (caducidades).
9. Elaboración de un protocolo de Sepsis.
10. Protocolizar la actuación ante paciente con agitación psicomotriz
11. Protocolo de asepsia y antisepsia
12. Protocolizar la Atención a pacientes dependientes.
13. Protocolizar la prevención de TVP.

14. Planes de cuidados estandarizados. Registro de úlceras por presión
15. Protocolizar los cambios posturales.
16. Guía de Práctica Clínica para la prevención y el tratamiento de UPP
17. Criterios de indicación de pañales. Cambio periódico de pañal.
18. Protocolo de Sedación –analgesia
19. Protocolo de Preservación de la intimidad de los pacientes
20. Protocolo de Transferencia de información en los cambios de turnos.
21. Protocolo de Inmovilización de pacientes.

### 3. Proceso asistencial y práctica clínica

1. Establecer flujos de trabajo para evitar tiempos de espera excesivos.
2. Acompañamiento del paciente de riesgo por un familiar siempre que sea posible (caídas).
3. Introducción de la prescripción electrónica.
4. Establecimiento de un circuito de pruebas complementarias (para evitar repeticiones).
5. Vigilancia estrecha del paciente inmovilizado.
6. Introducción de la historia clínica electrónica
7. Correcta recogida de información sobre alergias en la historia clínica.
8. Supervisión directa de pacientes dependientes o discapacitados
9. Control de constantes por turnos

### 4. TIC's

1. Informatización del proceso de prescripción farmacéutica
2. Informatización de los resultados de pruebas diagnósticas
3. Implantación de la historia clínica electrónica con alarmas informatizadas

### 5. Información a pacientes y familiares

1. Carteles de concienciación sobre la importancia de la prevención de la IN
2. Señalización de "suelo húmedo" (caídas)
3. Información periódica del estado de los pacientes y sobre las pruebas que se le han hecho
4. Información para concienciación de familiares sobre los cuidados: guías, dípticos y manuales de ayuda (UPP).
5. Información para concienciar a familiares y pacientes sobre el estado funcional del paciente para prevenir el riesgo de caídas.
6. Horarios de información accesibles en carteles y respeto a la intimidad

### 5. Medidas de comprobación de puntos críticos

1. Checklist de verificación de la identidad del paciente previo a cualquier actuación
2. Listado de verificación de asepsia en técnicas invasivas
3. Estandarizar las comprobaciones, por turno de trabajo, en pacientes inmovilizados o con riesgo de caídas
4. Check list de aplicación del protocolo de sepsis.

### 7. Formación

1. Curso de RCP a todo el personal
2. Cómo dar malas noticias.
3. Manejo de la agitación psicomotriz. Entrenamiento del personal para evitar agresiones físicas.
4. Manejo de sondas y catéteres
5. Movilización/inmovilización de pacientes.
6. Infecciones Nosocomiales.
7. Atención a pacientes incapacitados.
8. Mejora de la comunicación y habilidades sociales
9. Prevención y cuidados de úlceras por presión (incluyendo Auxiliares de Clínica).
10. Manejo de psicofármacos más frecuentes.
11. Atención a pacientes con patologías de salud mental.
12. Supervisión de profesionales con poca experiencia en venopunción

### 8. Comunicación entre profesionales

1. Garantizar la comunicación sistemática entre profesionales durante el traspaso de pacientes
2. Revisar el proceso de farmacia, para evitar la administración errónea de fármacos
3. Plan de comunicación entre los miembros del grupo de trabajo multidisciplinar, especialmente cuando se produce una descompensación de la patología de base.

## INDICADORES DE SEGUIMIENTO PROPUESTOS

### 1. Indicadores de proceso

1. Existencia de protocolo de identificación de pacientes
2. Existencia de sistema de notificación de Eventos Adversos
3. Existencia de protocolo de prescripción, transcripción, dispensación, administración y registro de medicación con seguimiento especial de medicaciones de alto riesgo
4. Existencia de protocolo de prevención de caídas (contempla la valoración del riesgo y se verifica)
5. Existencia de protocolo de prevención y tratamiento de UPP
6. Existencia de guías de control de la IN basadas en los mecanismos de transmisión
7. Existencia de protocolos de mantenimiento de vías
8. Existencia de protocolo de sondaje vesical
9. Existencia de protocolo de prevención y manejo de la sepsis
10. Existencia de protocolo de prevención de TVP y TEP
11. Grado de implantación del protocolo de lavado de manos, con seguimiento y evaluación
12. Existencia de protocolo de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias
13. Existencia de protocolo de transfusión sanguínea
14. Existencia de protocolo de administración correcta de heparina
15. Existencia de protocolo de conciliación de la medicación al alta del paciente

### 2. Indicadores de alianzas y recursos

1. Existencia de un procedimiento de revisión sistemática de los carros de parada
2. Existencia de protocolo de control de las caducidades de los medicamentos y material fungible de las salas
3. Se tienen establecidos sistemas de mantenimiento preventivo para los aparatos de electromedicina
4. Disponibilidad de dispensadores de solución hidroalcohólica en las habitaciones
5. Existencia de un plan de clasificación y segregación de residuos sanitarios que permite una adecuada gestión

### 3. Indicadores de resultados clave

1. % de Pacientes con IN
2. % de camas con solución hidroalcohólica en el punto de atención
3. % de cumplimiento de higiene de manos en los 5 momentos de la OMS
4. % de pacientes con eventos adversos relacionados con la medicación
5. % de pacientes con dispensación de medicación en dosis unitaria
6. % de pacientes con eventos adversos relacionados con la transfusión
7. % de pacientes con flebitis (INCATIV)
8. Tasa de variable estándar* (indicador de calidad relacionado con la flebitis (INCATIV))

La información se presentó a la dirección del centro en enero de 2015, para que pudiera priorizar de forma objetiva el abordaje de los distintos riesgos identificados. Los 3 modos de fallo seleccionados fueron los eventos adversos relacionados con la medicación, los fallos en la comunicación durante el proceso asistencial (ambos con IPR 700) y las caídas, ya que aunque su IPR fue mucho menor (IPR 70), había sido el riesgo que mayor número de profesionales habían identificado en la encuesta realizada en abril de 2014 y era el riesgo que más se había notificado, por lo que la dirección decidió abordarlo dada la evidente sensibilización del personal ante este problema. Para elaborar los distintos planes que formaron parte del plan de gestión de la seguridad del paciente, se propusieron una serie de acciones para cada uno de ellos y se priorizaron en octubre de 2014 mediante la realización de QFD's. Las acciones propuestas para la prevención de los riesgos relacionados con la medicación, se presentan en la **Tabla 31**. Los resultados del QFD realizado para priorizarlas se presentan en la **Figura 26** y el plan de acciones

priorizadas que se presentó a la Dirección en enero de 2015, se presenta en la **Tabla 32**. En mayo de 2015, se implantó el programa de prescripción electrónica Prisma y a partir de ese momento, disminuyeron de forma importante los eventos adversos relacionados con la medicación.

**Tabla 31.** Plan de acciones para la prevención de los errores de medicación

Objetivos	Acciones propuestas	Responsable	Recursos técnicos	Recursos humanos	Proceso relacionado	Plazo de consecución
Reducir los errores de prescripción	<p><b>1. Instaurar un programa informático para la prescripción electrónica</b></p> <p>1. Actualizar y mejorar la accesibilidad de la guía farmacoterapéutica (mediante el programa informático de prescripción on line) para facilitar, entre otras cosas, la actualización de los tratamientos del paciente en el momento del ingreso, prescribiendo fármacos disponibles en hospital, evitando así, errores de dispensación en los turnos en los que no funciona el servicio de farmacia</p> <p>1.No utilizar abreviaturas ni siglas, para evitar errores de transcripción</p> <p><b>2. Pesar y tallar a todos los pacientes y hacer accesibles los datos al personal de farmacia para ajustar mejor las dosis de medicación</b></p> <p>3. Identificar las alergias medicamentosas mediante el uso de un sistema adecuado de pulsera identificativa</p> <p>4. Informatizar la historia clínica</p>	*Aprobado por Dirección	*Programa informático de prescripción on line y la informatización de la historia clínica	*Personal sanitario implicado en la implementación de las medidas propuestas	*Prescripción de la medicación	1, 2 y 3: 6 meses 4: 2 años
Reducir los errores de transcripción	<p>*Instaurar un programa informático para la prescripción electrónica</p> <p>**Modificar el sistema de pauta de tratamientos mediante prescripciones más legibles, utilizando mayúsculas en fármacos con nombres parecidos</p> <p>***No utilizar abreviaturas e indicar la dosis y vías de administración de forma clara</p> <p>***Las dos últimas medidas propuestas lo son solo hasta el momento en que se disponga del programa de prescripción electrónica</p>	*Aprobado por Dirección **Facultativos prescriptores	*Programa informático de prescripción on line y la informatización de la historia clínica	*Personal sanitario implicado en la implementación de las medidas propuestas	*Prescripción de la medicación	*6 meses
Reducir los errores de dispensación	<p>1. Automatizar el sistema de dispensación en los turnos de tardes y noches</p> <p>2. Modificar en el momento del ingreso los tratamientos del paciente, incluyendo en las hojas de tratamiento fármacos disponibles en el hospital (reducción del riesgo de errores en los turnos en los que no funciona el servicio de farmacia)</p> <p>3. Evitar realizar sustituciones en el servicio de farmacia por personal no formado</p> <p>4. Mantener actualizados los cambios de ubicación de los pacientes (actualización diaria y protocolizada)</p> <p>5. Incrementar el control de calidad en el reensado de unidades</p>	1 y 3: Aprobado por Dirección 2. Facultativo que realiza el ingreso del paciente 4. Admisión 5. Servicio de Farmacia	*Sistema de automatización de la dispensación	*Personal de farmacia para la puesta en marcha del sistema	*Dispensación de la medicación	*6 meses
Reducir los errores de administración	<p>1. Instaurar un programa informático para la administración de la medicación, a ser posible, integrado en el sistema de prescripción electrónica, para asegurar la trazabilidad de la administración en sala y la identificación inequívoca del paciente y de su tratamiento</p> <p>2. Hasta que se disponga de dicho programa, estandarizar el proceso de preparación de la medicación parenteral, elaborando tablas con instrucciones claras y accesibles al personal</p> <p>3. Distribuir el trabajo por pacientes, en lugar de por tareas</p> <p>4. Mantener un ratio adecuado de personal en todos los turnos</p> <p>5. Evitar interrupciones innecesarias durante el proceso de revisión/distribución de la medicación</p> <p>6. Precargar los medicamentos en jeringa justo antes de la administración e identificar el inyectable siempre con los datos del paciente (NUNCA con el nº de cama)</p> <p>7. Utilizar bombas de infusión para la medicación iv en la que la velocidad de infusión sea un factor crítico</p> <p>8. Uso de envases unidosis siempre que sea posible</p> <p>9. Supervisar la toma de medicación, especialmente en los pacientes en los que se ha detectado falta de adherencia al tratamiento.</p> <p>10. Disponer de fármacos adecuados para los pacientes con disfagia</p> <p>11. Establecer controles en las unidades de hospitalización, comprobando el contenido de las unidosis</p>	1 : Aprobado por Dirección 2. Servicio de Farmacia y Supervisores 3 y 4. Dirección y Supervisores de las unidades de hospitalización 6, 7, 8 , 9 y 11: Personal de enfermería 10: Servicio de farmacia	*Programa informático para la administración de la medicación	*Personal de farmacia para la puesta en marcha del sistema *Personal de enfermería para la supervisión de la toma de medicación por el paciente	*Administración de la medicación	*6 meses
Mejorar el control de la fecha de caducidad de la medicación	<p>1. Instaurar el sistema de doble cajón en las unidades de hospitalización, para el control de stocks en planta</p> <p>2. Protocolizar la devolución a farmacia de la medicación sobrante, para evitar la acumulación en sala y mejorar el control de caducidades</p> <p>3. Protocolizar y nombrar un responsable de la revisión de los carros de curas y carros de paradas, para evitar errores en el control de caducidades de los medicamentos dispensados a sala en envases multidosis</p>	1. Aprobado por Dirección 2 y 3 Supervisores de las unidades de hospitalización	*Sistema de doble cajón para el control de stocks de medicación en sala	*Personal de enfermería de las salas	*Control de stocks de medicación	*6 meses
Incrementar la implicación del personal y de los pacientes	<p>1. Impartir charlas de formación y concienciación al personal y a los pacientes para mejorar la comunicación e incrementar su adherencia a los tratamientos.</p> <p>2. Implicar al cuidador en los cuidados del paciente</p> <p>3. Mejorar la comunicación con los pacientes para explicarles bien la importancia de los tratamientos y entrenarlos sobre cómo y cuándo deben tomarlos y tratar de conseguir su participación activa en el tratamiento</p>	1. Aprobado por dirección 2 y 3 Grupo "Enseñar a cuidar"	*	*Personal facultativo de farmacia *Grupo de "Enseñar a cuidar"	*Formación	*6 meses

Figura 26. Priorización de las acciones propuestas para la prevención de los errores relacionados con la medicación

<b>Formato de QFD</b>																							
			<b>Implementar mejoras tecnológicas</b>				<b>Mejorar la accesibilidad de la información</b>				<b>Evitar errores de interpretación</b>				<b>Realizar controles de calidad en las distintas fases del proceso</b>				<b>Distribuir los recursos en función de las necesidades</b>				<b>Importancia para el cliente (1 -5)</b>
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
		<b>CÓMO's</b> →																					
		↓ <b>QUE's</b>																					
1		Reducir los errores de prescripción	9				3	9						9							3	5	
2		Reducir los errores de transcripción	9	9					9	9	9										3	5	
3		Reducir los errores de dispensación*	9		9		3	3	9		3	9			9			9		3	5		
4		Reducir los errores de administración	9	9			1		3	9	3	9	3	3	3	9		3		3	3	5	
5		Mejorar el control de la fecha de caducidad de la					9													3	9	4	
6		Incrementar la implicación del personal	3	9	1	3	1	1	1	3	3	3		3	3	3	1	1		1	3	4	
<b>DIFICULTAD (1 - 5)</b>			4	3	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	2	3	1		
<b>EVALUACIÓN CARACT. DE NUESTRO SERVICIO</b>	<b>ABSOLUTA</b>		192	126	49	48	39	64	64	102	87	147	60	27	72	57	49	19	45	19	84	36	

Tabla 32. Programa para la prevención de los errores de medicación

Acciones propuestas para la prevención de los Eventos Adversos relacionados con la medicación	Puntuación
Indicar la dosificación y vía de administración de forma clara y legible	163,3
Instaurar un programa informático para la prescripción electrónica	163,0
No utilizar abreviaturas	124,5
Instaurar un programa informático para la administración de la medicación	117,3
Estandarizar el proceso de preparación de la medicación parenteral, elaborando tablas con instrucciones claras y accesibles al personal	107,0
Mantener actualizados los cambios de ubicación de los pacientes	106,6
Actualizar en el momento del ingreso los tratamientos del paciente, incluyendo fármacos disponibles en el hospital	99,3
Mantener un ratio de personal adecuado en todos los turnos	83,5
Identificar las alergias en la pulsera identificativa	78,5
Mantener actualizada y accesible la Guía farmacoterapéutica	75,3
Evitar realizar sustituciones en el servicio de farmacia por personal no formado	61,6
Peso y talla de los pacientes accesible para los facultativos y el servicio de farmacia	61,2
Evitar interrupciones innecesarias durante el proceso de revisión y distribución de la medicación	57,2
Automatizar el sistema de dispensación en los turnos de tarde y noche	56,1
Instaurar el sistema de doble cajón en las unidades de hospitalización, para el control de stocks en planta	53,3
Incrementar el control de calidad en el reenvasado de unidosis	49,3
Supervisar la toma de la medicación por parte del paciente	48,8
Distribuir el trabajo por pacientes, en lugar de por tareas	48,7
Nombrar un responsable de la revisión de los carros de curas y carros de paradas, para evitar errores en el control de caducidades de los medicamentos dispensados a sala en envases multidosis	48,5
Precargar los medicamentos en jeringa justo antes de la administración e identificar el inyectable siempre con los datos del paciente	39,1

El proceso seguido para la elaboración del plan de acciones para la mejora de la comunicación durante el proceso asistencial y para la prevención del riesgo de caídas fue el mismo: elaboración de un plan de mejora desde la Comisión de Calidad, que se presenta en las **Tabla 33 y 35** respectivamente, priorización de las mismas mediante la realización de QFD's (**Figuras 27 y 28**) y presentación a la dirección de un plan de acciones priorizadas para la mejora de la comunicación durante el proceso asistencial (**Tabla 34**) y para la prevención del riesgo de caídas (**Tabla 36**).

**Tabla 33.** Plan de acciones para la mejora de la comunicación durante el proceso asistencial

Objetivos	Acciones propuestas	Responsable	Recursos técnicos	Recursos humanos	Proceso relacionado	Plazo de consecución
Evitar los fallos en la comunicación durante el traspaso de información entre profesionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Elaborar protocolos para el traspaso de información al cambio de turno.</li> <li>*Distribuir al personal en función de las cargas de trabajo</li> <li><b>*Dar formación al personal</b> en Comunicación, para modificar actitudes y concienciar al personal sobre la importancia de este tema</li> <li>*Mejorar el clima laboral y potenciar el trabajo en equipo</li> <li>*Potenciar la integración de los nuevos profesionales en los equipos de trabajo</li> <li>*Informatizar la historia clínica para que la información esté accesible a todos los profesionales en función de su perfil de acceso.</li> <li>*Usar método Kanban en controles de enfermería para la señalización de la información clave de cada paciente.</li> <li>*Distribuir el trabajo por paciente, en lugar de por tareas, para facilitar su seguimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Dirección</li> <li>*Comisión de Docencia</li> <li>*Supervisores de enfermería</li> </ul>	*Orion Clinic	*Todo en personal del centro	*Comunicación horizontal	*1 año
Evitar los fallos en la comunicación durante el traspaso de información con el paciente y/o familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Dar formación al personal en Comunicación, para modificar actitudes y concienciar al personal sobre la importancia de este tema</li> <li>*Establecer medidas organizacionales para prevenir el Burnout que, en ocasiones, hace percibir a las personas como objetos</li> <li>*Distribuir al personal en función de las cargas de trabajo</li> <li>*Potenciar la empatía con el paciente, evitando situaciones como la pérdida de intimidad o la transmisión de la información, sin tener en cuenta el estado emocional del paciente</li> <li>*Utilizar carteles que señalicen que no se debe entrar en la habitación en un momento determinado</li> <li>*Evitar dar información a familiares en los pasillos o en momentos en los que no se pueda respetar la privacidad; dedicando el tiempo necesario para las situaciones más complejas</li> <li>*Distribuir el trabajo por paciente, en lugar de por tareas, para asegurar la coherencia de los mensajes transmitidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Dirección</li> <li>*Comisión de Docencia</li> <li>*Mandos intermedios</li> </ul>	*	*Todo en personal del centro	*Comunicación horizontal y vertical	*6 meses
Implicar a pacientes y familiares en el cuidado de su enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Mejorar la comunicación con los familiares y pacientes, especialmente cuando se aplica el protocolo de acogida</li> <li>*Durante el ingreso hospitalario, dedicar el tiempo necesario para que el paciente y sus familiares comprendan y sean conscientes de su enfermedad y de sus limitaciones funcionales</li> <li>*Puesta en marcha de talleres formativos para pacientes y familiares con contenidos adaptados a las necesidades del paciente, para que se impliquen en sus cuidados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Grupo "Enseñar a cuidar"</li> <li>*SAIP</li> </ul>	*	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Miembros del grupo "Enseñar a cuidar"</li> <li>*Todo el personal del centro que trabaja en contacto directo con el paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Comunicación</li> <li>*Formación e implicación del paciente en su autocuidado</li> </ul>	*6 meses
Evitar fallos en la identificación del paciente durante el proceso asistencial	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Protocolizar la colocación/sustitución de la pulsera de identificación del paciente y la frecuencia de revisión</li> <li>*Mejorar la calidad de la tinta de impresión de las pulseras identificativas para evitar que se borren los datos</li> <li>*Confirmación de la identidad del paciente antes de la realización de cualquier procedimiento</li> <li>*Identificar al paciente siempre con sus datos demográficos y no con el nº de cama</li> <li>*Distribuir el trabajo por pacientes en lugar de por tareas, de forma que sea más fácil realizar su seguimiento</li> <li>*Protocolizar la actualización diaria de los cambios de ubicación de los pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Supervisores de enfermería</li> <li>*Informática</li> <li>*Admisión</li> </ul>	*	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Miembros de los grupos de trabajo encargados de protocolizar las acciones descritas</li> <li>*Todo en personal del centro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Diagnóstico, seguimiento y cuidados del paciente durante el proceso asistencial</li> </ul>	*3 meses

Figura 27. Priorización de las acciones propuestas para la mejora de la comunicación durante el proceso asistencial

		Formato de QFD																			Importancia para el cliente (1 -5)	
		Mejorar la comunicación entre los profesionales				Mejorar la comunicación con el paciente				Identificación correcta del paciente				Potenciar el trabajo en equipo				Centrar la atención en el paciente				
CÓMO's → ↓ QUE's		Elaborar protocolos para el traspaso de información al cambio de turno	Informatizar la historia clínica	Utilizar método Kanban para el traspaso de información clave	Dar formación al personal en Comunicación para modificar actitudes	Potenciar la empatía con el paciente	Evitar la pérdida de intimidad del paciente	Tener en cuenta el estado emocional del paciente	Promover la formación en Counselling	Identificar al paciente siempre con sus datos demográficos	Confirmar la identidad del paciente antes de realizar cualquier procedimiento	Protocolizar la colocación de la pulsera identificativa del paciente y la frecuencia de revisión	Protocolizar la actualización diaria de los cambios de ubicación de los pacientes	Distribuir al personal en función de las cargas de trabajo	Evaluar la integración de los nuevos profesionales en los equipos de trabajo	Distribuir el trabajo por paciente, en lugar de por tareas, para facilitar su seguimiento	Establecer medidas organizacionales para prevenir el Burnout que, en ocasiones, hace percibir a las personas como objetos	Practicar un correcto protocolo de Acogida al paciente	Concienciar al paciente de su enfermedad y de sus limitaciones funcionales	Impartir talleres formativos para pacientes y familiares con contenidos adaptados a las necesidades del paciente, para que se impliquen en sus cuidados	Evitar dar información a familiares en los pasillos o en momentos en los que no se pueda respetar la privacidad; dedicando el tiempo necesario para las situaciones más complejas	
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	Traspaso de información entre profesionales	9	9	9	9				3					3	3	3	3					5
2	Traspaso de información con el paciente y/o familiares				9	3	9	9	9		1			3	3	9	3	3	9	3	3	5
3	Implicar al paciente en el cuidado de su enfermedad				3	3	3	9	3		1			3	3	9	3	3	9	9	1	4
4	Evitar fallos en la identificación del paciente		9							9	9	3	9	3	1	3	1					5
DIFICULTAD (1 - 5)		2	5	2	2	3	1	2	2	1	1	2	2	3	1	2	4	1	3	4	1	
EVALUACIÓN CARACT. DE NUESTRO SERVICIO	ABSOLUTA	45	90	45	102	27	57	81	72	45	54	15	45	57	47	111	47	27	81	51	19	

Tabla 34. Programa para la mejora de la comunicación durante el proceso asistencial

Acciones propuestas para la mejora de la comunicación	Puntuación
Distribuir el trabajo por paciente, en lugar de por tareas, para facilitar su seguimiento	118,2
Dar formación al personal en Comunicación para modificar actitudes	103,4
Informatizar la historia clínica	91,9
Tener en cuenta el estado emocional del paciente cuando se le transmite información	82,4
Concienciar al paciente de su enfermedad y de sus limitaciones funcionales	81,4
Confirmar la identidad del paciente antes de realizar cualquier procedimiento	77,7
Identificar al paciente siempre con sus datos demográficos	68,6
Promover la formación en Counselling	67,8
Evitar la pérdida de intimidad del paciente	64,2
Distribuir al personal en función de las cargas de trabajo	50,1
Elaborar protocolos para el traspaso de información al cambio de turno	48,8
Utilizar método Kanban para el traspaso de información clave	48,5
Impartir talleres formativos para pacientes y familiares con contenidos adaptados a las necesidades del paciente, para que se impliquen en sus cuidados	47,5
Protocolizar la actualización diaria de los cambios de ubicación de los pacientes	47,1
Establecer medidas organizacionales para prevenir el burnout que, en ocasiones, hace percibir a las personas como objetos	42,0
Potenciar la empatía con el paciente	36,8
Evaluar la integración de los nuevos profesionales en los equipos de trabajo	36,5
Evitar dar información a familiares en los pasillos o en momentos en los que no se pueda respetar la privacidad; dedicando el tiempo necesario para las situaciones más complejas	35,2
Protocolizar la colocación de la pulsera identificativa del paciente y la frecuencia de revisión	29,1
Practicar un correcto protocolo de Acogida al paciente	27,0

Tabla 35. Plan de acciones para la prevención de los eventos adversos relacionados con las caídas

Objetivos	Acciones propuestas	Responsable	Recursos técnicos	Recursos humanos	Proceso relacionado	Plazo de consecución
Reducir las caídas relacionadas con los recursos materiales y técnicos utilizados para la movilización del paciente	<ol style="list-style-type: none"> <li>Solicitar en tiempo y forma el <b>mantenimiento y renovación</b> de las camas, barandillas, sillas de ruedas y material utilizado para movilizar al paciente siempre que se considere necesario</li> <li>Asegurar la disponibilidad de ameses y dispositivos ortoprotésicos específicos (nombrar responsable para controlar el stock y realizar pedidos en función de las necesidades detectadas)</li> <li>Disponer de material adecuado, en cantidad suficiente, para poder realizar la sujeción mecánica del paciente, cuando sea necesario</li> <li>Comprobar periódicamente que el paciente lleva calzado apropiado</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Aprobado por Dirección</li> <li>Protocolizado por los grupos de trabajo de enfermería</li> </ol>	*Material ortoprotésico suficiente y adecuado	*Grupos de trabajo encargados de la protocolización de las acciones *Personal asistencial	*Movilización del paciente	*6 meses
Reducir las caídas relacionadas con el perfil de paciente	<ol style="list-style-type: none"> <li>Protocolizar el uso de <b>escalas de valoración del riesgo de caída</b> del paciente al ingreso</li> <li>Protocolizar la indicación de material ortoprotésico en función del perfil de paciente</li> <li>Protocolizar la indicación de ameses pélvicos de sujeción en los pacientes con riesgo de caídas</li> <li>Protocolizar la frecuencia de revisión y ajuste de los tratamientos farmacológicos en los pacientes con perfil de riesgo de caídas (agitados, desorientados o con disminución del nivel de conciencia)</li> <li>Incidir en la importancia del voluntariado (debidamente formado) para el acompañamiento del paciente solo y con perfil de riesgo de caídas.</li> <li>Utilizar más medidas de seguridad en la cama y sillas de ruedas para paciente anciano y solo.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Enfermero responsable del ingreso del paciente</li> <li>Rehabilitadoras</li> <li>Facultativo responsable del paciente</li> <li>Supervisor de la sala</li> </ol>	*Material ortoprotésico suficiente y adecuado	*Personal asistencial	*Seguridad del paciente	*3 meses
Reducir las caídas relacionadas con las infraestructuras del edificio y/o minimizar sus consecuencias	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Dotar de los asideros necesarios y disponer de baños adaptados</b> en todas las habitaciones del hospital para realizar las transferencias de los pacientes</li> <li>Poner timbres en los lavabos, para que se pueda avisar al personal sanitario de forma inmediata siempre que sea necesario.</li> <li>Eliminar barreras arquitectónicas y revisar periódicamente el estado del suelo, tanto en el interior como en el exterior del centro</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 y 2. Aprobado por Dirección</li> <li>3. Unidad de mantenimiento</li> </ol>	*Asideros y timbres	*Personal de mantenimiento	*Seguridad del paciente	*6 meses
Reducir las caídas relacionadas con la formación/concienciación de familiares, pacientes y voluntariado	<p>*Mejorar la comunicación con los familiares de pacientes de riesgo, especialmente cuando se aplica el protocolo de acogida del paciente, informando a los familiares del riesgo de caída</p> <p>*Educación a familiares, voluntariado y pacientes para concienciarlos del riesgo de caídas e implicarlos en los cuidados del paciente</p>	*Grupo de "Enseñar a Cuidar"		*Miembros del grupo encargados de dar la formación / información a pacientes y familiares	*Implicación del paciente en sus autocuidados	*6 meses
Asegurar la correcta formación/información del personal en temas relacionados con la movilización del paciente	<ol style="list-style-type: none"> <li>Formación del personal en temas relacionados con la movilización del paciente durante el Plan de Acogida</li> <li>Establecer programas de Formación periódica del personal (celadores y auxiliares) en función de las necesidades detectadas</li> <li>Elaborar protocolos para la correcta movilización del paciente</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Comisión de docencia</li> <li>Rehabilitadoras</li> </ol>	*	*Personal de PRL o de RHB encargado de dar la formación	*Formación del personal	*6 meses
Asegurar el flujo de información y la dotación de personal	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mejorar la comunicación y asignación de competencias entre los distintos estamentos en temas relacionados con la movilización del paciente</li> <li>Distribuir al personal en función de las cargas de trabajo en todos los turnos</li> <li><b>Protocolizar el traspaso de información en los relevos</b></li> <li>Utilizar los principios Kanban para actualizar a diario la información relacionada con la movilización del paciente en los controles de enfermería</li> <li>Disponer de personal auxiliar suficiente en el área de tratamiento (gimnasio), especialmente en las horas de máxima presión asistencial</li> <li>Adaptar de forma continua el material ortopédico utilizado, en función de las necesidades del paciente</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Supervisor de la sala</li> <li>Dirección</li> <li>Facultativo responsable del paciente</li> </ol>	*	*Supervisores y personal de las unidades de hospitalización	*Comunicación	*6 meses

Figura 28. Priorización de las acciones propuestas para la prevención del riesgo de caídas

Formato de QFD																						
CÓMO'S →	QUE'S ↓	Material ortoprot adecuado, suficiente y bien mantenido				Distribuir los recursos en función de las necesidades				Personalizar los recursos y mejorar el traspaso de información				Protocolizar las actividades relacionadas con la movilización del paciente				Concienciar al paciente de sus limitaciones funcionales/Otros				Importancia para el cliente (1 - 5)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	Recursos adecuados para la movilización del paciente	9	9	9	3	9	9	3	9		3	9		9			9			9	1	5
2	Valoración adecuada del riesgo de caída del pacient				1	3	3		3		9	3	3		3			9	1	3	3	4
3	Infraestructuras del edificio adecuadas			9																9		3
4	Concienciación de familiares y pacientes				3	1	1	1	1		3	3	3		1			1	1	9	9	4
5	Disponibilidad de voluntariado formado				1	1	1	1	1		1	9	1		1			1		9		3
6	Formación y dotación de personal	1	1		1	9	9	9	9						9		3		1	1	1	5
7	Asegurar el flujo de información					3	1	3						9	1	9	1	1	1	9	9	4
DIFICULTAD (1 - 5)		1	3	3	1	2	2	2	2	1	3	1	2	3	1	2	2	2	3	3	1	
EVALUACIÓN CARACT. DE NUESTRO SERVICIO		ABSOLUTA																				
		50	50	72	39	121	113	79	57	51	66	72	81	68	51	44	65	89	116	76	46	

Tabla 36. Programa para la prevención del riesgo de caídas

Acciones propuestas para la prevención del riesgo de caídas	Puntuación
Distribuir al personal en función de las cargas de trabajo en todos los turnos	130,1
Educación a familiares, voluntariado y pacientes para concienciarlos del riesgo de caídas e implicarlos en los autocuidados	111,1
Disponer de personal auxiliar suficiente en el gimnasio, especialmente en las horas de máxima presión asistencial	110,9
Dotar de los asideros necesarios y disponer de baños adaptados en todas las habitaciones del hospital para realizar las transferencias de los pacientes	99,9
Mejorar la comunicación con los familiares de pacientes de riesgo, especialmente cuando se aplica el protocolo de acogida del paciente, informando a los familiares del riesgo de caída	93,1
Establecer programas de Formación periódica del personal (celadores y auxiliares) en función de las necesidades detectadas	90,8
Utilizar más medidas de seguridad en la cama y sillas para pac anciano y solo.	87,8
Mejorar la comunicación y asignación de competencias entre los distintos estamentos en temas relacionados con la movilización del paciente	84,8
Poner timbres en los lavabos, para que se pueda avisar al personal sanitario de forma inmediata si es necesario	81,8
Elaborar protocolos para la correcta movilización del paciente	76,7
Protocolizar la indicación de material ortoprotésico en función del perfil de paciente	71,2
Protocolizar el traspaso de información en los relevos	63,4
Protocolizar el uso de escalas de valoración del riesgo de caída del paciente al ingreso	62,0
Utilizar los principios Kanban para actualizar a diario la información relacionada con la movilización del paciente en los controles de enfermería	57,5
Adaptar de forma continua el material ortoprotésico utilizado, en función de las necesidades del paciente	57,2
Comprobar periódicamente que el paciente lleva calzado apropiado	56,9
Disponer de voluntarios para el acompañamiento del paciente solo y con perfil de riesgo de caídas.	56,7
Asegurar la disponibilidad de arneses y dispositivos ortoprotésicos específicos	55,4
Solicitar en tiempo y forma el mantenimiento y renovación de las camas, barandillas, sillas de ruedas y material utilizado para movilizar al paciente	53,4
Protocolizar la frecuencia de revisión y ajuste de los tratamientos farmacológicos en pacientes con perfil de riesgo de caídas	40,4

Tras la propuesta de estas medidas, algunas se pusieron en marcha (adquisición de arneses específicos, renovación de sillas de ruedas, adquisición de suplementos para las barandillas de las camas...), pero con los frecuentes cambios en la dirección del centro y en los métodos de gestión, no se ha aplicado el plan de gestión de riesgos de forma uniforme en toda la organización, por lo que la mejora de resultados no ha sido tan evidente como en el caso de los eventos adversos relacionados con la medicación.

### 5.3. ADOPCIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS ASISTENCIALES

Para evaluar la adopción de buenas prácticas asistenciales y su repercusión sobre la calidad asistencial y la seguridad del paciente, se siguieron diferentes etapas, cuyos resultados se exponen a continuación.

#### 5.3.1. CRIBADO DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE

En 2014 se hizo un estudio longitudinal (antes-después) para evaluar la utilidad de los índices pronósticos en la detección precoz de la DN. Se valoró el estado nutricional de 121 pacientes al ingreso y al alta, realizando una intervención nutricional en los casos de DN detectados. En 2015 se hizo un segundo estudio en el que se valoraron 155 pacientes para estimar si existían diferencias en el perfil de riesgo nutricional en función de las patologías más prevalentes. Las características sociodemográficas de los pacientes se presentan en la **Tabla 37**.

**Tabla 37.** Características sociodemográficas de los pacientes evaluados (2014-2015)

Variables estudiadas	2014	2015
<b>Edad</b> (años), Media (Desviación estándar)	71,6 (15,2)	65,9 (16,1)
<b>Sexo;</b> n (%)	Hombre	60 (49,6)
	Mujer	61 (50,4)
<b>Destino al alta</b> n (%)	Éxito	11 (9,1)
	Alta	106 (87,6)
	Traslado a otro centro	4 (3,3)
<b>Principales patologías</b> n (%)	Ictus	70 (45,2)
	Insuficiencia cardiaca	32 (20,6)
	Demencia	No evaluado
	Insuficiencia respiratoria	25 (16,1)
	Fallo Renal	24 (15,5)
		14 (9)

El uso del índice pronóstico CONUT permitió identificar precozmente al paciente con probable desnutrición, con mayor sensibilidad que los parámetros antropométricos. En la **Tabla 38** se presentan los parámetros antropométricos y nutricionales al ingreso y al alta de los pacientes incluidos en el estudio realizado en 2014. La intervención nutricional redujo la prevalencia y severidad de la desnutrición, mejorando fundamentalmente a expensas de corregir la DN proteica.

**Tabla 38.** Parámetros antropométricos y nutricionales de los pacientes al ingreso y al alta (2014)

		Valoración nutricional al ingreso	Valoración nutricional al alta	Significación estadística (p)
Parámetros antropométricos				
<b>Índice de masa corporal (IMC)</b> n (%)	< 16 (DN severa)	6/121 (5)	2/121 (1,7)	0,27 †
	16-18,4 (DN leve-mod)	13/121 (10,7)	10/121 (8,3)	
	≥ 18,5 (Normonutrido)	102/121 (84,3)	109/121 (90,1)	
<b>Pliegue tricípital</b> (percentiles) n (%)	< 5 (DN severa)	8/121 (6,6)	8/121 (6,6)	0,77 †
	5-10 (DN leve-mod)	11/121 (9,1)	8/121 (6,6)	
	>10 (Normonutrido)	102/121 (84,3)	105/121 (86,8)	
<b>Circunferencia braquial</b> (percentiles) n (%)	< 5 (DN severa)	8/121 (6,6)	7/121 (5,8)	0,38 †
	5-10 (DN leve-mod)	4/121 (3,3)	1/121 (0,8)	
	>10 (Normonutrido)	109/121 (90,1)	113/121 (93,4)	
<b>Circunferencia muscular braquial</b> (percentiles) n (%)	< 5 (DN severa)	8/121 (6,6)	8/121 (6,6)	0,81 †
	5-10 (DN leve-mod)	4/121 (3,3)	6/121 (5,0)	
	>10 (Normonutrido)	109/121(90,1)	107/121 (88,4)	
Datos analíticos				
<b>Filtro CONUT</b> n (%)	0-1 (Normonutrido)	17/121 (14,2)	37/121 (30,6)	< 0,001 †
	2-4 (DN leve)	50/121 (41,7)	63/121 (51,9)	
	5-8 (DN moderada)	39/121 (32,5)	20/121 (16,7)	
	9-12 (DN severa)	14/121 (11,7)	1/121 (0,9)	
<b>Albúmina</b> (mg/dl) n (%)	< 2,8 (DN severa-mod)	27/121 (22,3)	10/121 (8,3)	< 0,001 †
	2,8-3,5 (DN leve)	70/121 (57,9)	59/121 (48,3)	
	>3,5 (Normonutrido)	24/121 (19,8)	52/121 (43,3)	
<b>Prealbúmina</b> (mg/dl) n (%)	< 10 (DN severa-mod)	17/121 (13,9)	7/121 (6,2)	0,06 †
	10-15 (DN leve)	26/121 (21,5)	23/121 (18,9)	
	>15 (Normonutrido)	78/121 (64,6)	91/121 (75,5)	
<b>Transferrina</b> (mg/dl) n (%)	< 150 (DN severa-mod)	31/121 (25,5)	17/121 (14,2)	0,004 †
	150-175 (DN leve)	30/121 (24,5)	19/121 (15,3)	
	>175 (Normonutrido)	60/121 (50,0)	85/121 (70,4)	
<b>Linfocitos</b> (cel/μl) n (%)	<1200 (DN severa-mod)	30/121 (24,8)	19/121 (15,7)	0,01 †
	1200-1600 (DN leve)	56/121 (46,3)	45/121 (37,2)	
	>1600 (Normonutrido)	35/121 (28,9)	57/121 (47,1)	
Tipo y grado de desnutrición valorado por la unidad de nutrición				
<b>Tipo de desnutrición</b> n (%)	Normonutrido	23/121 (18,9)	62/121 (51,2)	< 0,001 †
	DN calórica	6/121 (5)	6/121 (5)	
	DN proteica	71/121 (58,7)	44/121 (36,4)	
	DN mixta	21/121 (17,4)	9/121 (7,7)	
<b>Grado de desnutrición</b> n (%)	Normonutrido	23/121 (19)	62/121 (51,2)	< 0,001 †
	DN leve	31/121 (25,6)	21/121 (17,4)	
	DN moderada	35/121 (29)	17/121 (14)	
	DN severa	32/121 (26,4)	21/121 (17,4)	

En el estudio realizado en 2015, los pacientes normonutridos en el momento del ingreso presentaron una estancia hospitalaria más larga debido a la mayor tasa de éxitus, observada entre los pacientes con desnutrición (**Tablas 39 y 40**).

**Tabla 39.** Situación nutricional y estancia hospitalaria (2015)

Variables consideradas	Sin Desnutrición	Con Desnutrición	Significación estadística (p)	
<b>Estancia hospitalaria</b>	< 30 días	0/42 (0)	4/113 (3,5)	< 0,001 †
	31-90 días	15/42 (35,7)	68/113 (60,2)	
	91-180 días	20/42 (47,6)	29/113 (25,7)	
	>180 días	7/42 (16,7)	12/113 (10,6)	

En el estudio realizado en 2015, ninguno de los pacientes normonutridos de la serie fue éxitus. Se observaron diferentes patrones nutricionales para las patologías más prevalentes, tal como se

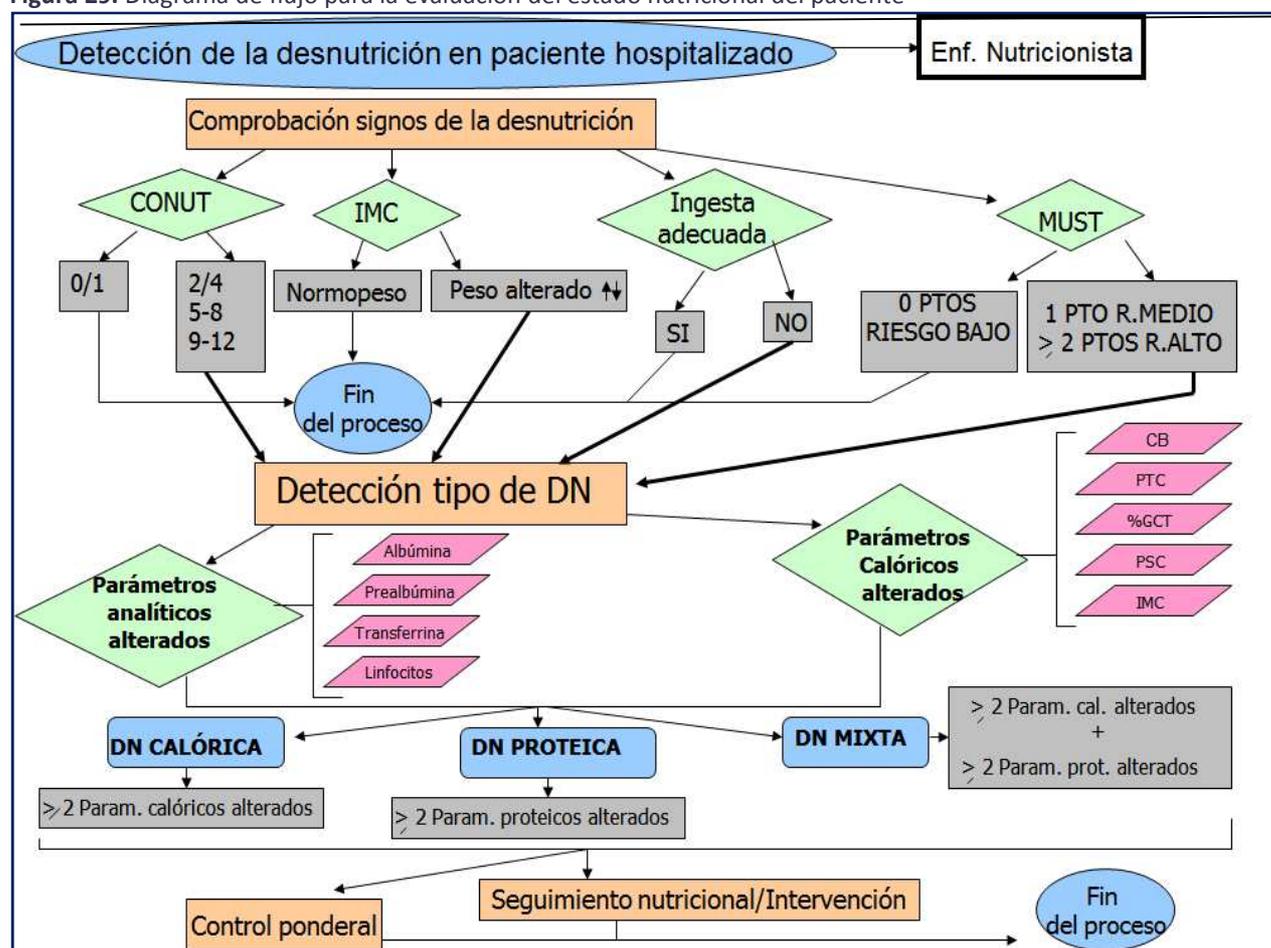
presenta en la **Tabla 40**. Existieron diferencias significativas en la media de edad de los pacientes normonutridos y aquellos que presentaban desnutrición al ingreso (61,6 años vs 67,5;  $p= 0,046$ ). También se observó un mayor número de categorías diagnósticas entre los pacientes desnutridos frente a los pacientes normonutridos (1,6 categorías vs 1,3;  $p= 0,042$ )

**Tabla 40.** Patrón nutricional según las patologías más prevalentes (2015)

		Normonutrido	DN Calórica	DN Proteica	DN mixta	Significación estadística (p)
<b>Patrón nutricional al ingreso según patologías</b> n (%)	Cardiaca	6/32 (18,7)	1/32 (3,1)	24/32 (75)	1/32 (3,1)	< 0,001 †
	Renal	4/14 (28,5)	0/14 (0)	7/14 (50)	3/14 (21,4)	
	Respiratoria	7/24 (29,1)	0/24 (0)	16/24 (66,6)	1/24 (4,1)	
	Ictus	31/70 (44,2)	4/70 (5,7)	33/70 (47,1)	2/70 (2,8)	
	Demencia	3/25 (12)	1/25 (4)	19/25 (76)	2/25 (8)	
<b>Patrón nutricional de los éxitos</b> n (%)	Éxitos	0/42 (0)	1/11 (9)	10/82 (12)	3/20 (15)	< 0,001 †
	No éxitos	42/42 (100)	10/11 (91)	72/82 (88)	17/20 (85)	

Para implicar al personal en la solicitud de la interconsulta a la unidad de nutrición e incrementar su concienciación sobre la importancia de la detección precoz de los pacientes con desnutrición, en 2015 se elaboró un diagrama de flujo con fines formativos que se distribuyó por las unidades de hospitalización (**Figura 29**) y se incluyó la valoración del estado nutricional de los pacientes como indicador de los acuerdos de gestión.

**Figura 29.** Diagrama de flujo para la evaluación del estado nutricional del paciente



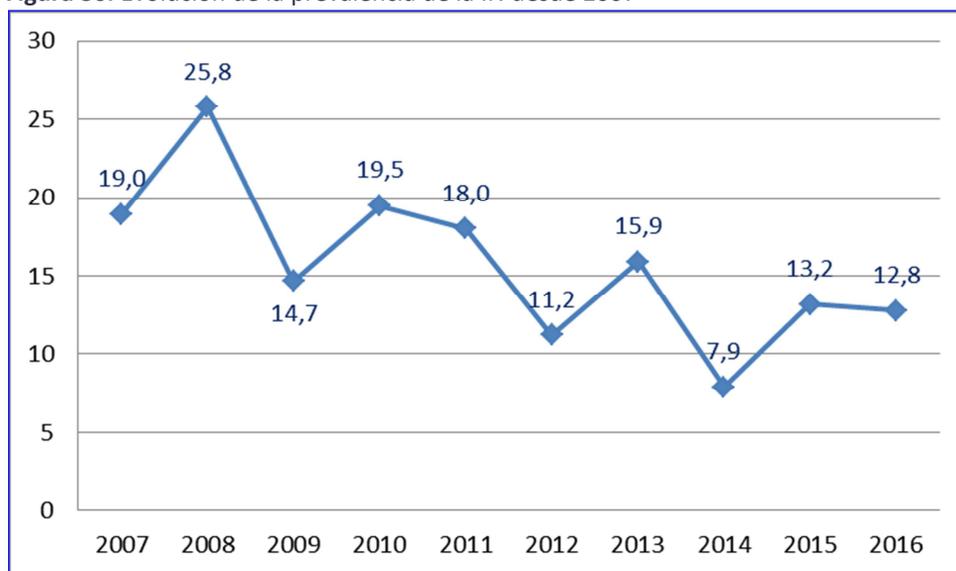
El diagrama de flujo permite, de manera clara y concisa generar conocimientos entre los profesionales del centro sobre los parámetros empleados en la detección de la desnutrición, la intervención nutricional y el posterior seguimiento de la patología.

La difusión del diagrama de flujo nos ha permitido unificar modos de actuación ante un proceso complejo como es la desnutrición y nos ha ayudado a instruir al personal rotatorio y con poca experiencia.

### 5.3.2. VIGILANCIA Y CONTROL DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL

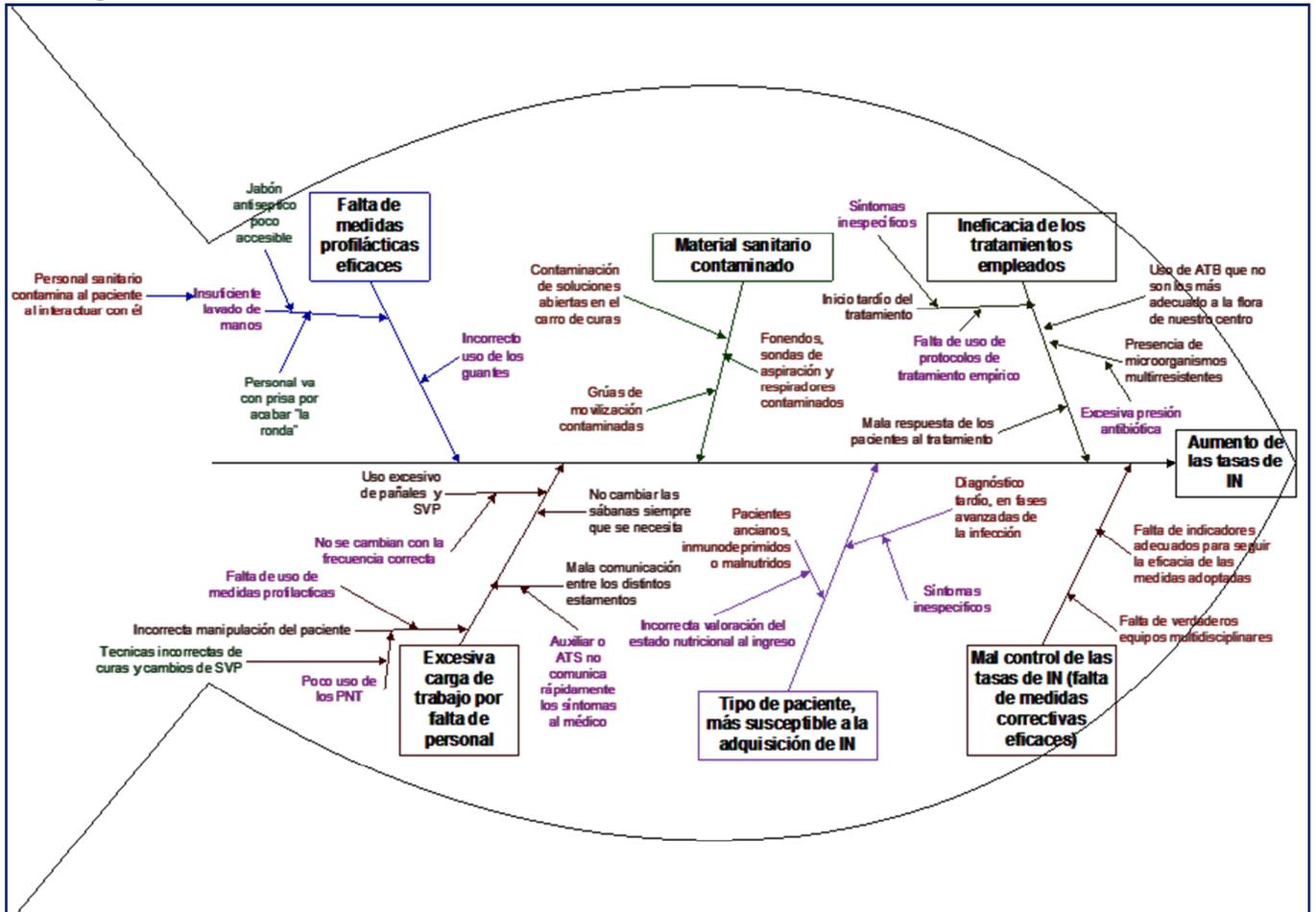
Los resultados del hospital en el estudio de prevalencia de la IN en España (EPINE) desde 2007 se presentan en la **Figura 30**. Por ser un hospital de perfil HACLE, la prevalencia de infección nosocomial es superior a la de los hospitales de agudos, pero en los últimos años, se ha observado un descenso importante en las tasas de IN, con un coeficiente de correlación de Spearman de -0,7 y  $p=0,01$ .

**Figura 30.** Evolución de la prevalencia de la IN desde 2007



En 2011 se elaboró un diagrama Causa-Efecto para identificar las causas de las elevadas tasas de IN en nuestro centro e identificar posibles acciones preventivas. El diagrama elaborado se muestra en la **Figura 31**.

Figura 31. Análisis Causa-Efecto de las elevadas tasas de IN en nuestro centro



El problema de la IN es multifactorial, por lo que las medidas adoptadas para reducirla deben afrontar los distintos aspectos identificados. Para abordar cada una de las causas identificadas en el diagrama, se han adoptado las siguientes medidas correctoras:

Para disminuir la transmisión cruzada, entre otras medidas, se han colocado soluciones hidroalcohólicas en lugares accesibles y se realizan talleres periódicos de formación sobre la importancia de la higiene de manos y el correcto uso de guantes.

Para evitar la transmisión a través del material sanitario contaminado, se realiza un control periódico de los carros de curas y se realiza un control del material sanitario que entra en contacto directo con el paciente y se ha insistido en la importancia de no utilizar sonda vesical permanente, si no es estrictamente necesario.

Para abordar el problema de la ineficacia de los tratamientos antibióticos empleados se han elaborado protocolos de tratamiento empírico de las infecciones más prevalentes en nuestro centro, acordes con el perfil de resistencia de los principales microorganismos aislados y se está abordando el tema de la política antibiótica del hospital

Para abordar el problema del mal control de las tasas de IN, se está mejorando la comunicación entre los equipos multidisciplinares que interactúan con el paciente.

Para controlar mejor al paciente susceptible de adquirir una IN, se ha insistido en la importancia de la observación del paciente y del registro y revisión de los datos en la HC y se ha implantado el índice CONUT para la valoración del estado nutricional del paciente, ya que la desnutrición hace más vulnerable al paciente e incrementa el riesgo de aparición de IN.

Para abordar el problema de la excesiva carga de trabajo por falta de personal, se ha enfatizar en la importancia de la comunicación entre los distintos colectivos profesionales, se ha incidido en la importancia de la correcta organización del trabajo (protocolos, coordinación adecuada, uso de tableros kanban...).

Los principales protocolos implantados en el centro para tratar de disminuir la prevalencia de la IN han sido los siguientes:

- Documento de consenso sobre Infección nosocomial
- Protocolo de higiene de manos
- Protocolo de aislamientos
- Protocolo tratamiento empírico de la ITU
- Prevención de la Infección urinaria asociada al catéter vesical
- Protocolo de tratamiento de las UPP
- Protocolo de tratamiento empírico de la neumonía
- Programa de vigilancia y control de microorganismos multirresistentes

De todas las medidas adoptadas, las más efectivas han sido la concienciación del personal a cerca de la magnitud del problema a través de la formación, la protocolización de cuidados y la promoción de la higiene de manos, medida simple y eficaz, pero que no siempre cuenta con una adecuada adhesión del personal. A continuación se describen las etapas seguidas para incrementar la adhesión del personal al protocolo de higiene de manos.

### **5.3.2.1. ADHESIÓN DEL PERSONAL AL PROTOCOLO DE HIGIENE DE MANOS**

Las características sociodemográficas de los profesionales que participaron en los distintos estudios se presentan en la **Tabla 41**. La edad aumentó durante el periodo de seguimiento. La distribución por sexos fue similar en todas las fases del estudio, con un 80% de mujeres y el colectivo más numeroso fue el de enfermería (enfermeras y auxiliares).

**Tabla 41.** Características sociodemográficas de la plantilla en los distintos momentos del estudio (2010-2015)

		Estudios de colonización		Evaluación del conocimiento de la técnica de HM
		2010 (n = 106)	2012 (n = 146)	2015 (n = 103)
<b>Plantilla personal asistencial</b>		238	242	210
<b>Edad (años); (Media, DE)</b>		42,5 (9,7)	46,1 (8,3)	48,2 (8,1)
<b>Sexo; n (%)</b>	Hombre	26 (17,8)	18 (17,0)	17 (16,5)
	Mujer	120 (82,2)	88 (83,0)	86 (83,5)
<b>Categoría profesional n (%)</b>	Facultativo	11 (7,5)	11 (10,4)	6 (5,8)
	DUE	47 (32,2)	31 (42,6)	33 (32)
	Estudiante DUE	-	9 (8,5)	-
	Auxiliar enfermería	43 (29,5)	37 (34,6)	36 (35)
	Celador	23 (15,8)	11 (10,4)	15 (14,6)
	Fisioterapeuta	8 (5,5)	5 (4,7)	8 (7,8)
	Otros	14 (9,6)	2 (1,9)	5 (4,9)
<b>Unidades o Servicios n (%)</b>	U. Hospitalización A	22 (15,1)	9 (8,5)	11 (10,7)
	U. Hospitalización B	19 (13,0)	11 (10,4)	15 (14,6)
	U. Hospitalización C	15 (10,3)	11 (10,4)	15 (14,6)
	U. Hospitalización D	10 (6,8)	11 (10,4)	-
	U. Hospitalización E	9 (6,2)	12 (11,3)	9 (8,7)
	U. Hospitalización F	15 (10,3)	11 (10,4)	14 (13,6)
	Otras Unidades	56 (38,3)	41 (38,7)	39 (37,9)
<b>Años de antigüedad laboral n (%)</b>	≤ 11 años			28 (27,2)
	12-22 años	NA	NA	45 (43,7)
	> 22 años			30 (29,2)
<b>Uso de complementos n (%)</b>	Ninguno			62 (60,2)
	Uno	NA	NA	24 (23,3)
	Múltiples			17 (16,5)
<b>Lateralidad n (%)</b>	Diestros			97 (94,2)
	Zurdos	NA	NA	6 (5,8)

NA: No aplica

-En la estratificación por servicios, en las Unidades de hospitalización, se considera únicamente el personal sanitario.

-La Categoría profesional de "Otros" engloba a limpiadoras, pinches de cocina y profesionales no sanitarios con contacto con el paciente, a excepción de los celadores, que se han considerado como categoría con entidad propia

Las muestras obtenidas en los distintos momentos del estudio alcanzaron suficiente tamaño para ser representativas. En el corte realizado en 2010 participaron 106 profesionales. En 2012 participaron 146 trabajadores y en 2015 se realizaron 103 observaciones.

En la **Tabla 42** se presentan los resultados de los cortes realizados para conocer la prevalencia de colonización de las manos del personal. De los 106 profesionales evaluados en 2010, en 52 se aisló flora regional (*Estafilococo coagulasa negativo*, *St viridans* y/o *Corynebacterium spp*), considerándose negativos para el cálculo de la prevalencia de colonización. Las manos del 28,3% de los profesionales estaban colonizadas por microorganismos patógenos. En el análisis bivariante se observaron diferencias significativas respecto a todas las variables explicativas consideradas, con mayor prevalencia de colonización entre los profesionales más jóvenes, los hombres y los colectivos de facultativos, celadores y estudiantes de enfermería. Se observó gran variabilidad en los resultados obtenidos respecto a la unidad en la que el profesional prestaba sus servicios (prevalencia= 11,1%-63,6%).

En el corte realizado en 2012, se evaluaron 146 profesionales. Presentaron flora regional 110, considerándose negativos respecto a la colonización de sus manos. La prevalencia de colonización fue del 21,2%, un 7,1% inferior a la obtenida en 2010. En este estudio, no se observaron diferencias significativas respecto a ninguna de las variables explicativas consideradas (edad, sexo, categoría profesional, unidad), aunque el colectivo de celadores continuaba siendo el que presentaba mayor prevalencia de colonización (34,9%). La prevalencia de colonización de las manos en función de la unidad en la que los profesionales prestaban sus servicios, presentó menor variabilidad que en el estudio inicial (prevalencia= 18%-44%).

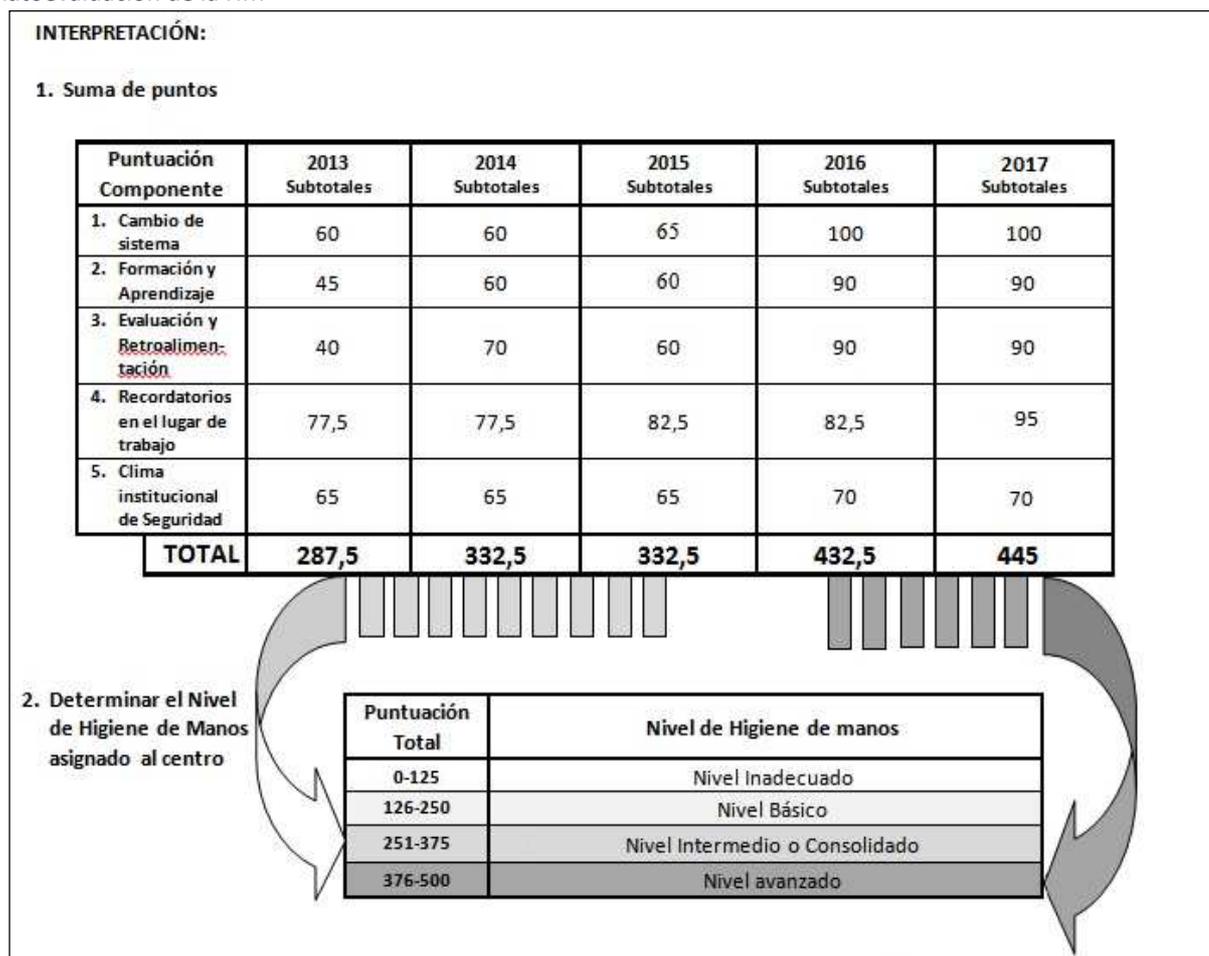
**Tabla 42.** Resultados de los estudios de colonización de las manos del personal (2010-2012)

Variables consideradas		Resultados 2010	Significación estadística (p)	Resultados 2012	Significación estadística (p)
<b>Resultados de los cultivos microbiológicos</b>	Cultivo negativo	24/106 (22,6)	No aplica	5/146 (3,4)	No aplica
	Flora regional	52/106 (49,1)		110/146 (75,3)	
	Cultivo positivo	30/106 (28,3)		31/146 (21,2)	
<b>Sexo</b> n (%)	Hombre	9/18 (50,0)*	0,025 †	6/26 (23,1)	0,77 †
	Mujer	21/88 (23,9)		25/120 (20,1)	
<b>Categoría profesional</b> n (%)	Facultativo	4/11 (36,4)*	0,003 †	1/11 (9)	0,66 †
	DUE	7/31 (22,6)		9/47 (19,1)	
	Estudiante DUE	5/9 (55,5)*		-	
	Auxiliar enfermería	7/37 (18,9)		9/43 (20,9)	
	Celador	4/11 (36,4)*		8/23 (34,9)	
	Fisioterapeuta	1/5 (20,0)		1/8 (12,5)	
	Otros	2/2 (100,0)*		3/14 (21,4)	
<b>Unidad en la que el profesional presta sus servicios</b> n (%)	U. Hospitalización A	1/9 (11,1)	0,032 †	4/22 (18,0)	0,44 †
	U. Hospitalización B	3/11 (27,3)		5/19 (26,3)	
	U. Hospitalización C	2/11 (18,2)		3/15 (20,0)	
	U. Hospitalización D	2/11 (18,2)		2/10 (20,0)	
	U. Hospitalización E	4/12 (33,3)		4/9 (44,0)	
	U. Hospitalización F	7/11 (63,6)*		3/15 (20,0)	
	Otras Unidades	11/41(26,8)		10/56 (17,8)	
<b>Edad (años)</b> <b>Media (DE)</b>	Cultivo negativo	43,9 (8,7)	0,023 ††	48,1 (6,7)	0,34 ††
	Cultivo positivo	39,1 (11,5)		45,6 (8,6)	

\*Categorías con mayor índice de colonización de manos  
DE=Desviación estándar; † Test  $\chi^2$ ; †† Test t de Student

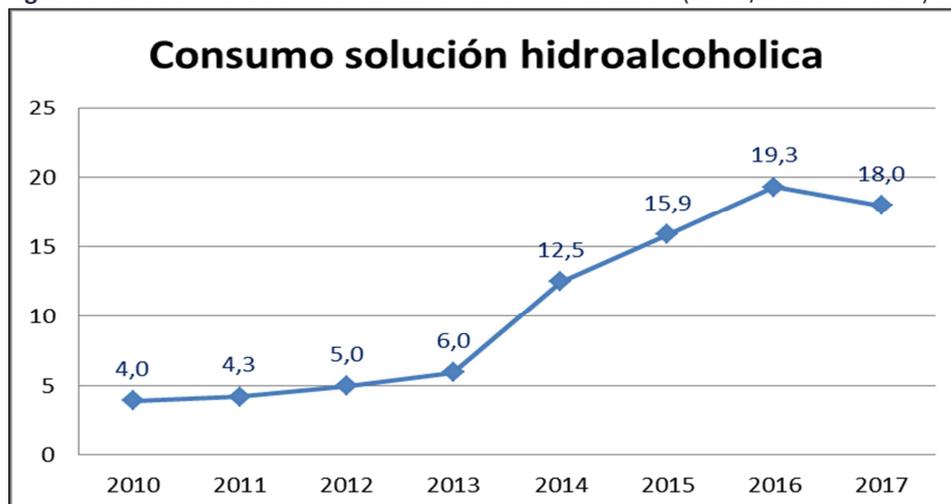
En la **Figura 32** se presentan los resultados de la segunda fase del estudio. Desde 2013 se monitorizaron los 5 componentes de la Estrategia Multimodal aplicando anualmente el Marco OMS de Autoevaluación de la HM y elaborando sucesivos planes de mejora en función de los resultados obtenidos. En el cuadro resumen se presenta la monitorización de los resultados, habiendo pasado de un nivel intermedio en 2013, con 287,5 puntos, a un nivel avanzado en 2016, con 432,5 puntos, manteniéndose dicho nivel en 2017, con 445 puntos. Las mejoras más evidentes se obtuvieron en los componentes 2 y 3 de la estrategia, pasando de 45 a 90 y de 40 a 90 puntos respectivamente.

**Figura 32.** Monitorización de la adhesión al protocolo de higiene de manos aplicando el Marco OMS de Autoevaluación de la HM



Respecto al indicador de proceso utilizado durante todo el periodo, se observó un incremento progresivo del consumo de solución hidroalcohólica con el paso del tiempo, habiendo pasado de 3,95 l/1000 estancias en 2010 a 19,29 en 2016, manteniéndose en 18 l/1000 estancias en 2017 ( $r_{\text{Spearman}} = 0,98$ ,  $p < 0,01$ ), (Figura 33).

**Figura 33.** Evolución del consumo de solución hidroalcohólica (Litros/1000 estancias)



En la **Tabla 43** se presentan los resultados del corte transversal realizado en 2015 (tercera fase del estudio) para valorar los conocimientos de la técnica de HM. De las 103 observaciones realizadas, el 66% de los profesionales ejecutaron la técnica adecuadamente, con al menos 9 zonas limpias de las 12 consideradas. El análisis bivalente mostró asociación entre la adecuación de la técnica y la categoría profesional, lateralidad y unidad en la que trabajaba el profesional, siendo los colectivos de fisioterapeutas, celadores, facultativos y personas diestras, quienes mostraron mayor conocimiento de la técnica.

**Tabla 43.** Resultados de la valoración de los conocimientos de la técnica de higiene de manos (2015)

		<b>Técnica adecuada</b> (> 8 zonas limpias)	<b>Técnica inadecuada</b> (≤ 8 zonas limpias)	Significación estadística (p)
<b>Aplicación de la técnica de higiene de manos</b>		68/103 (66,02)	35/103(33,98)	
<b>Sexo</b> n (%)	Hombre	12/17 (70,6)	5/17 (29,4)	0,48 †
	Mujer	56/86 (65,1)	30/86 (34,9)	
<b>Categoría profesional</b> n (%)	Facultativo	5/6 (83,3)*	1/6 (16,7)	0,005 †
	DUE	21/33 (63,3)	12/33 (36,4)	
	Auxiliar enfermería	16/36 (44,4)	20/36 (55,6)	
	Celador	14/15 (93,3)*	1/15 (6,7)	
	Fisioterapeuta	8/8 (100,0)*	0/8 (0,0)	
	Otros	4/5 (80,0)	1/5 (20,0)	
<b>Unidad en la que el profesional presta sus servicios</b> n (%)	U. Hospitalización A	4/11 (36,4)	7/11 (63,6)	≤ 0,001 †
	U. Hospitalización B	9/15 (60,0)	6/15 (40,0)	
	U. Hospitalización C	10/15 (66,7)*	5/15 (33,3)	
	U. Hospitalización E	6/9 (66,7)*	3/9 (33,3)	
	U. Hospitalización F	3/14 (21,4)	11/14 (78,6)	
	Otras Unidades	36/39 (92,3)*	3/39 (7,7)	
<b>Años de antigüedad laboral</b> n (%)	≤ 11 años	17/28 (60,7)	11/28 (39,3)	0,53 †
	12-22 años	28/45 (62,2)	17/45 (37,8)	
	> 22 años	23/30 (76,7)	7/30 (23,3)	
<b>Uso de complementos</b> n (%)	Ninguno	39/62 (62,9)	23/62 (37,1)	0,51 †
	Uno	18/24 (75,0)	6/24 (25,0)	
	Múltiples	11/17 (64,7)	6/17 (35,3)	
<b>Lateralidad</b>	Diestros	66/97 (68,04)*	31/97 (31,96)	0,04
	Zurdos	2/6 (33,3)	4/6 (66,7)	

\*Categorías con mayor conocimiento de la técnica de higiene de manos † Test  $\chi^2$

En la **Tabla 44** se presentan los resultados de los tres estudios observacionales descriptivos realizados en 2015, 2016 y 2017 para evaluar el cumplimiento del protocolo en la práctica asistencial y la efectividad de los planes de mejora aplicados. Los resultados obtenidos evidencian un incremento estadísticamente significativo, de 32,5 puntos en la adhesión al protocolo de HM entre 2015 y 2016 habiéndose mantenido dicho incremento en 2017. De las 215 oportunidades de realización de la HM evaluadas en 2015, se observaron 85 acciones (39,5%) y 130 omisiones, 51 de las cuales estuvieron relacionadas con un mal uso de los guantes. Por categoría profesional, el mayor número de omisiones relacionadas con el mal uso de guantes se observó en los celadores. En 2016, de las 489 oportunidades evaluadas, se observaron 351 acciones (72%) y 138 omisiones, 68 de las cuales estuvieron relacionadas con un mal uso de los guantes, siendo también los celadores la categoría profesional con mayor número de omisiones

relacionadas con el mal uso de guantes. En 2017 se observaron 99 profesionales, evaluando 465 oportunidades, alcanzándose un cumplimiento del 75%. El incumplimiento por uso inadecuado de guantes fue del 49,1%.

**Tabla 44.** Resultados de la evaluación por observación directa del grado de cumplimiento de las recomendaciones sobre higiene de manos en las Unidades de Hospitalización (2015-2016)

		Oportunidades de higiene de manos observadas en los distintos momentos del estudio			Significación estadística (p)	
		2015	2016	2017	2015-2016	2016-2017
<b>Categoría profesional n (%)</b>	Facultativo	24/215 (11,2)	34/489 (7,0)	23/465 (4,9)	0,22 †	0,73 †
	DUE	76/215 (35,3)	182/489 (37,2)	183/465 (39,4)		
	Auxiliar enfermería	87/215 (40,5)	240/489 (49,1)	181/465 (38,9)		
	Celador	28/215 (13,0)	33/489 (6,7)	22/465 (4,7)		
<b>Unidad en la que el profesional presta sus servicios n (%)</b>	U. Hospitalización A	32/215 (14,8)	77/489 (15,7)	103/465 (22,2)	0,66 †	0,88 †
	U. Hospitalización B	47/215 (21,9)	83/489 (17,0)	78/465 (16,8)		
	U. Hospitalización C	34/215 (15,8)	67/489 (13,7)	68/465 (14,6)		
	U. Hospitalización D	22/215 (10,2)	81/489 (16,5)	64/465 (13,8)		
	U. Hospitalización E	44/215 (20,5)	72/489 (14,7)	77/465 (16,6)		
	U. Hospitalización F	42/215 (19,5)	72/489 (14,7)	53/465 (11,4)		
		Acciones de higiene de manos realizadas/Total de Oportunidades observadas			Significación estadística (p)	
		2015	2016	2017	2015-2016	2016-2017
<b>Categoría profesional n (%)</b>	Facultativo	14/24 (58,3)*	29/34 (85,3)*	19/24 (79,2)	0,02 †	0,54 †
	DUE	35/76 (46,1)	141/182 (77,5)	162/210 (77,1)	≤ 0,001 †	0,94 †
	Auxiliar enfermería	29/87 (33,3)	164/240 (68,3)	147/209 (70,3)	≤ 0,001 †	0,65 †
	Celador	7/28 (25,0)	17/33 (51,5)	21/22 (95,5)*	0,03 †	≤ 0,001 †
<b>Unidad en la que el profesional presta sus servicios n (%)</b>	U. Hospitalización A	12/32 (37,5)	45/77 (58,4)	59/103 (59,43)	0,046 †	0,88 †
	U. Hospitalización B	35/47 (74,5)*	64/83 (77,1)	64/78 (82,1)	0,73 †	0,44 †
	U. Hospitalización C	16/34 (47,1)	52/67 (77,6)	57/68 (83,8)	0,002 †	0,36 †
	U. Hospitalización D	6/22 (27,3)	61/81 (75,3)	47/64 (73,4)	≤ 0,001 †	0,80 †
	U. Hospitalización E	4/44 (9,1)	64/72 (88,9)*	54/77 (70,1)	≤ 0,001 †	0,005 †
	U. Hospitalización F	12/36 (28,6)	44/72 (61,1)	47/53 (88,7)*	0,006 †	≤ 0,001 †
		Omisiones de la higiene de manos por mal uso de guantes/Total de omisiones de higiene de manos			Significación estadística (p)	
		2015	2016	2017	2015-2016	2016-2017
<b>Categoría profesional n (%)</b>	Facultativo	1/10 (10,0)	0/5 (0,0)	1/5 (20,0)	-	-
	DUE	17/41 (41,5)	18/41 (43,9)	27/48 (56,3)	0,82 †	0,25 †
	Auxiliar enfermería	22/58 (37,9)	37/76 (48,7)	28/62 (45,2)	0,21 †	0,68 †
	Celador	11/21 (52,4)**	13/16 (81,3)**	1/1 (100)**	0,07 †	-
<b>Unidad en la que el profesional presta sus servicios n (%)</b>	U. Hospitalización A	12/20 (60,0)**	17/32 (53,1)**	26/44 (59,1)	0,63 †	0,60 †
	U. Hospitalización B	6/12 (50,0)	10/19 (52,6)	3/14 (21,4)	0,89 †	0,70 †
	U. Hospitalización C	7/18 (38,8)	3/15 (20)	8/11 (72,7)**	0,24 †	0,007 †
	U. Hospitalización D	6/16 (37,5)	10/20 (50,0)	7/17 (41,2)	0,45 †	0,59 †
	U. Hospitalización E	11/40 (27,5)	4/8 (50,0)	12/23 (52,2)	0,21 †	0,92 †
	U. Hospitalización F	9/24 (37,5)	11/28 (39,3)	0/6 (0)	0,90 †	-
<b>Acciones /Oportunidades totales n(%)</b>		85/215 (39,5)	351/489 (71,8)	349/465 (75,1)	≤ 0,001 †	0,25 †
<b>Omisiones por mal uso de guantes / Total de omisiones n(%)</b>		51/130 (39,2)	68/138 (49,3)	57/116 (49,1)	0,10 †	0,98 †

\*Categorías con mayor tasa de cumplimiento de la técnica de higiene de manos

\*\*Categoría con mayor tasa de omisiones de la higiene de manos por mal uso de los guantes. †Test  $\chi^2$

### 5.3.3. SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES CON EL PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA

En 2016 se realizó un estudio para conocer el grado de satisfacción de los profesionales con el programa de prescripción electrónica implantado en 2015 en el hospital y para tratar de obtener

un cuestionario único para evaluar la satisfacción de todos los colectivos profesionales que utilizan el programa. La tasa de participación en la encuesta realizada fue del 63,6% (n = 68; población objetivo = 107), y fue mayor en PF (n = 18; 81,8%) que en PE (n = 50; 58,8%). Las principales variables consideradas para cada grupo de profesionales se muestran en la **Tabla 45** y solo existen diferencias significativas para la edad y los años en el actual puesto de trabajo.

**Tabla 45.** Características sociodemográficas de los participantes en el estudio (2017)

Variables	Personal Facultativo n=18	Personal de Enfermería n=50	Significación estadística (p)
Edad en años, media (DE)	52,2 (7,94)	45,4 (10,6)	0,014
Mujeres/Hombres, n (%)	5/13 (27,8/72,2)	41/9 (82,0/18,0)	0,498†
Antigüedad laboral, n (%)			
≤ 10 años	0 (0)	11 (22,0)	
> 10 años	18 (100)	39 (78,0)	0,053†
Antigüedad en el hospital, n (%)			
≤ 10 años	5 (27,8)	28 (56,0)	
> 10 años	13 (71,4)	22 (44,0)	0,055
Antigüedad en su puesto actual, n (%)			
≤ 10 años	6 (33,3)	36 (72,0)	
> 10 años	12 (66,7)	14 (28,0)	0,004
Trabaja por las noches, n (%)	13 (72,2)	38 (76,0)	0,758†
Trabaja los días festivos, n (%)	13 (72,2)	39 (78,0)	0,747†

\*DE: desviación estándar. † Test exacto de Fisher

Las respuestas positivas y negativas para cada elemento y el valor medio se muestran en la **Tabla 46** para el personal facultativo y en la **Tabla 47** para el personal de enfermería. El 72,2% del PF (n = 13) y el 40% del PE (n = 20) se mostraron satisfechos con la PEA. Sin embargo, teniendo en cuenta las respuestas a la pregunta general sobre la satisfacción con el PEA (preguntas números 8 y 10 de los cuestionarios del PF y PE, respectivamente), 16 PF (88,9%) y PE (56,0%) dieron la respuesta Muy Satisfecho.

**Tabla 46-** Resultados para el personal facultativo en la escala original\*.

Preguntas	Negativas n (%)	Positivas n (%)	Media (IC 95%)
1.- La PEA mejora la información disponible sobre los medicamentos (diferentes fármacos, dosis y formas farmacéuticas, vía de administración...) en el momento de la prescripción	0 (0)	18 (100)	4,39 (4,14-4,64)
2.- La PEA permite un acceso a la información del paciente (nombre, edad, NHC...) de forma fácil.	1 (5,6)	15 (83,3)	4,11 (3,60-4,62)
3.- La PEA hace que el proceso terapéutico sea más rápido	5 (27,8)	12 (66,7)	3,61 (2,97-4,25)
4.- Con la PEA aumenta la seguridad del paciente y se reducen, por lo tanto, los errores de medicación	0 (0)	18 (100)	4,39 (4,14-4,64)
5.- La PEA mejora la coordinación médico-farmacéutico-enfermera en el proceso necesario para la prescripción-validación- y administración de los medicamentos	1 (5,6)	15 (83,3)	4,17 (3,74-4,59)
6.- Valore la colaboración del Servicio de Farmacia a la hora de resolver problemas e incidentes relacionados con la PEA	0 (0)	17 (94,4)	4,22 (3,95-4,49)
7.- Globalmente, la PEA es mejor que el proceso manual. Si no está de acuerdo, explique brevemente sus motivos:	0 (0)	18 (100)	4,44 (4,19-4,70)
8.- Estoy muy satisfecho con el sistema de prescripción electrónica Prisma	0 (0)	16 (88,9)	4,00 (3,76-4,24)
9.- ¿Facilita la PEA la prescripción de los medicamentos al paciente?	0 (0)	16 (88,9)	4,00 (3,76-4,24)

\*IC95%: intervalo de confianza al 95%. PEA: prescripción electrónica asistida.

**Tabla 47.** Resultados para el personal de enfermería de la escala original\*.

Preguntas	Negativas n (%)	Positivas n (%)	Media (IC 95%)
1.- La PEA mejora la información disponible sobre los medicamentos (vía de administración, pauta, dosis...) en el momento de su administración	4 (8)	42 (84)	4,08 (3,84-4,32)
2.- Con la PEA la información del paciente (nombre, edad, NHC, diagnóstico...) es más clara	5 (10)	39 (78)	3,96 (3,67-4,25)
3.- El registro de la administración es más legible	4 (8)	40 (80)	4,00 (3,74-4,26)
4.- El sistema de registro de la medicación en PEA aporta seguridad al proceso	4 (8)	35 (70)	3,86 (3,59-4,13)
5.- La PEA hace que el proceso terapéutico sea más rápido	12 (24)	24 (48)	3,42 (3,11-3,73)
6.- Con la PEA aumenta la seguridad del paciente y se reducen, por lo tanto, los errores de medicación	10 (20)	33 (66)	3,66 (3,34-3,98)
7.- La PEA mejora la coordinación médico-farmacéutico-enfermera en el proceso necesario para la prescripción-validación- y administración de los medicamentos	10 (20)	25 (50)	3,44 (3,13-3,75)
8.- Valore la colaboración del Servicio de Farmacia a la hora de resolver problemas e incidentes relacionados con la PEA	12 (24)	29 (58)	3,38 (3,06-3,70)
9.- Globalmente, la PEA es mejor que el proceso manual. Si no está de acuerdo, explique brevemente sus motivos:	5 (10)	37 (74)	3,90 (3,61-4,19)
10.- Estoy muy satisfecho con el sistema de prescripción electrónica Prisma.	9 (18)	28 (56)	3,60 (3,29-3,91)

\*IC95%: intervalo de confianza al 95%. PEA: prescripción electrónica asistida.

La puntuación media no difirió significativamente entre ambos grupos ( $t = 0,022$ ;  $p = 0,982$ ), que fue 37,33 (rango: 31-45) para el personal facultativo y 37,3 (rango: 11-50) para el personal de enfermería. Ninguna distribución de las respuestas siguió la ley normal y se observa un efecto techo para la mayoría de los ítems en ambas escalas. Todas las preguntas tuvieron una mediana de 4 con la excepción de las preguntas del personal de enfermería referentes a un proceso más rápido (mediana = 3,0) y una mejor coordinación (mediana = 3,5). En la regresión logística, incluyendo todas potenciales variables confundidoras, la satisfacción positiva no ajustó significativamente en la escala para PE ( $p=0,540$ ) ni para el PF ( $p=0,806$ ).

La fiabilidad fue mayor para el personal de enfermería ( $\alpha$  de Cronbach = 0,935) que para el personal facultativo ( $\alpha$  de Cronbach = 0,770), aunque también mostró una alta fiabilidad. El resto de parámetros considerados para la validez de los dos las escalas originales se muestran en la **Tabla 48**. Ambas escalas tienen dos factores con un autovalor mayor a 1 que explicaron el 76% de la varianza para el personal de enfermería. Sin embargo la escala para el personal facultativo mostró menor índice KMO y menor porcentaje de la varianza explicado (60,1%).

**Tabla 48.** Resultados de la fiabilidad y validez de las distintas escalas obtenidas en el proceso de depuración de ítems.

Modelo	Modificación realizada	Nº ítems	Componentes*	Test de esfericidad de Bartlett	KMO†	Total de la varianza explicada (%)	α-Cronbach (IC95%‡)
Enfermería	Original	10	2	421,351 (p<0,001)	0,898	76,1	0,935 (0,905-0,959)
Facultativos	Original	9	2	61,633 (p=0,005)	0,630	60,6	0,770 (0,568-0,900)
Enfermería reducido	Eliminar ítems nº 8	9	1	398,667 (p≤0,001)	0,921	71,1	0,947 (0,922-0,967)
Facultativos reducido	Eliminar ítems nº 3	8	1	33,148 (p=0,004)	0,778	54,2	0,788 (0,599-0,908)
Enfermería por analogía	Eliminar ítems nº 5	8	1	353,877 (p≤0,001)	0,923	72,8	0,945 (0,918-0,965)
Facultativos por analogía	Eliminar ítems nº 6	7	1	26,275 (p=0,003)	0,765	57,9	0,758 (0,538-0,896)
Fusionado	Fusión de ítems	8	1	353,877 (p<0,001)	0,923	72,8	0,945 (0,918-0,965)
Siete ítems	Eliminar iF4	7	1	360,819 (p<0,001)	0,909	69,6	0,923 (0,892-0,948)
Final	Eliminar iF8	6	1	243,745 (p<0,001)	0,877	67,0	0,896 (0,853-0,930)

\*Método de extracción: Análisis principal de componentes sin rotación. †KMO: Índice de Kaiser-Meyer-Olkin. ‡ IC95%: intervalo de confianza al 95%. iF: ítem fusionado.

Las comunalidades de escalas para PF y PE se muestran en la **Tabla 49**. En la escala PF el ítem número 8 sobre la satisfacción global no tiene el mayor peso del componente 1 (comunalidad=0,700), siendo el ítem PF5 el mayor (comunalidad=0,815). En la escala PE sí que pesa más en el primer componente la pregunta 10, sobre satisfacción global (comunalidad=0,944).

**Tabla 49.** Comunalidades obtenidas en el análisis factorial de las escalas originales\*.

ítem	Personal de enfermería		ítem	Personal de facultativo	
	Componente 1	Componente 2		Componente 1	Componente 2
1	0,790	0,207	1	0,630	-0,637
2	0,727	0,084	2	0,600	-0,311
3	0,847	0,101	3	0,522	0,646
4	0,876	0,037	4	0,806	-0,015
5	0,768	-0,398	5	0,815	-0,040
6	0,897	-0,248	6	0,616	-0,151
7	0,785	0,110	7	0,769	0,137
8	0,452	0,830	8	0,700	0,177
9	0,912	-0,174	9	0,204	0,781
10	0,944	-0,126			

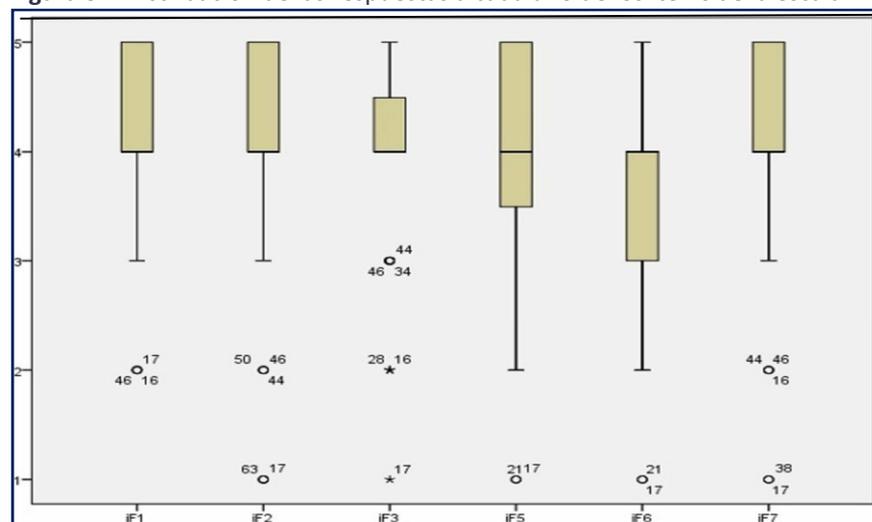
\*Método de extracción: Análisis principal de componentes sin rotación.

Al eliminar de las escalas los ítems que más peso tenían en el componente 2, es decir el ítem número 3 de la escala PF con una comunalidad de 0,646; y el ítem número 8 de la PE con una comunalidad de 0,830 (**Tabla 49**), obtenemos escalas modificadas con un único componente aumentando su fiabilidad (α Cronbach) respecto al original en 0,012 en la escala del PE y para la escala PF en 0,018, cumpliéndose el criterio para eliminar estos ítems en cada una de las escalas. Por analogía se eliminan de cada escala la misma pregunta que depuramos previamente, es decir se eliminan el ítem número 5 de la encuesta del PE y el ítem número 3 de la encuesta del PF, obteniéndose resultados bastante similares a su escala precedente e incluso mejorando el

porcentaje de la varianza total explicada, tal como se muestra en la **Tabla 48**. Posteriormente se procedió a la fusión de las dos escalas monocomponentes en una única escala que sirva para medir la satisfacción de todos los profesionales implicados en la prescripción electrónica. No es necesario fusionar los ítems anteriormente depurados como son el que habíamos definido previamente como iF7 en métodos. Esta escala fusionada de ocho ítems, como se muestra la **Tabla 48**, explica la varianza y presenta una fiabilidad similar a la obtenida para el PE del anterior modelo. Se puede proceder a su análisis factorial por ser significativo el test de esfericidad de Bartlett y tener un índice KMO alto. Para la depuración de la escala fusionada, el ítem iM4=PF4 tiene una alta correlación con PE6 ( $r=0,789$ ;  $p<0,001$ ) y por tanto puede eliminarse de la futura encuesta. Las propiedades del modelo resultante de siete ítems se muestran en la **Tabla 48**, en la que no se aprecian grandes diferencias con el modelo fusionado. Asimismo el ítem iF8, sobre la satisfacción global con PEA, también podemos eliminarlo porque es redundante del constructo que deseamos medir con un único dominio.

El modelo definitivo seleccionado de seis ítems con un solo componente presenta una fiabilidad alta superior al 0,896 y explica un 67% del total de la varianza. Este modelo definitivo ha sido construido con 11,3 respondedores por ítem. Esta escala tiene un rango entre 6 y 30 puntos, cuyo punto de corte para evaluar la satisfacción individual es de 24 puntos (**Anexo V**). La distribución de las respuestas a cada ítem de la escala final se muestra en la **Figura 34**, donde todas las respuestas a cada ítem tienen una mediana= 4. La media de las puntuaciones obtenidas fue de 23,7 (DE: 4,68). El 58,8% de los participantes se mostraron satisfechos con la PEA si se utiliza la nueva escala, existiendo diferencias significativas entre el PF (satisfechos el 83,3%) y el PE (satisfechos 50%) (test exacto de Fisher:  $p=0,024$ ). Al realizar un modelo explicativo mediante una regresión logística multivariante ( $p= 0,953$ ), la única variable significativa fue el del tipo de profesional ( $p=0,028$ ) con una OR = 5,36 (IC 95%: 1,20 a 23,96) tomando como referencia al PE.

**Figura 34.** Distribución de las respuestas a cada uno de los ítems de la escala final.



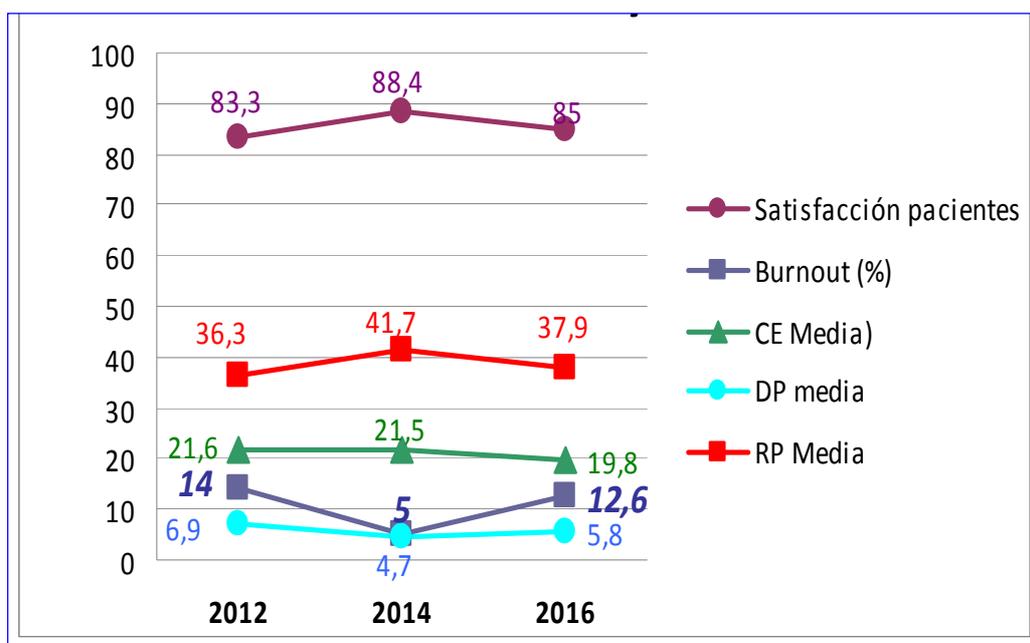
## 5.4. CALIDAD ASISTENCIAL

### 5.4.1. RELACIÓN ENTRE BURNOUT, SATISFACCIÓN LABORAL Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

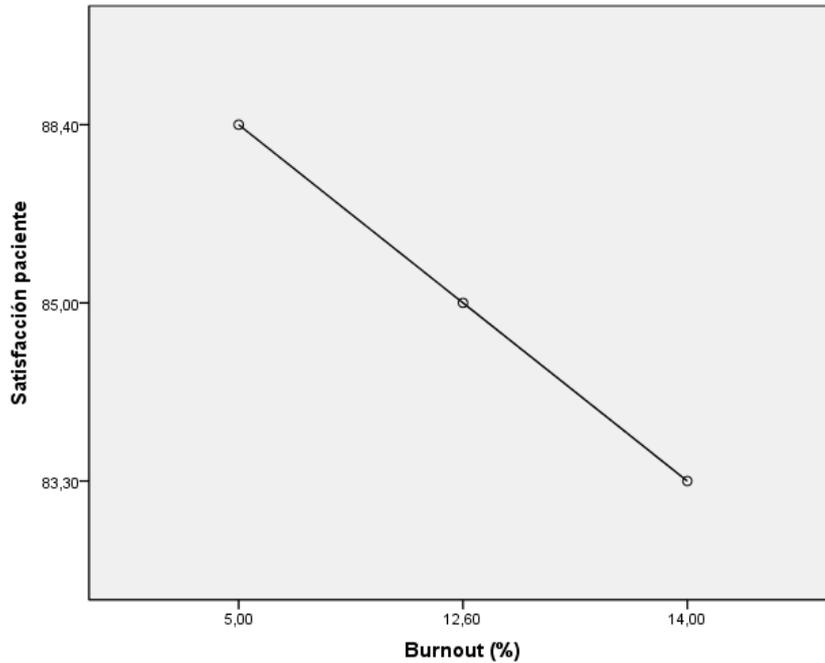
Las Figuras 35, 36 y 37 representan los gráficos evolutivos de las tres variables en el periodo comprendido entre 2012 y 2017. Los datos son los obtenidos al cruzar los resultados de los estudios transversales realizados bianualmente en el hospital para evaluar el grado de burnout del personal y la Satisfacción laboral con los resultados de las encuestas realizadas anualmente desde la Conselleria de Sanitat para evaluar la satisfacción del paciente.

Según nuestros datos, la satisfacción del paciente y la realización personal (media de la subescala) son directamente proporcionales, siendo la representación gráfica de ambas variables dos líneas paralelas, tal como se muestra en la Figura 35. Por el contrario, la satisfacción del paciente es inversamente proporcional al grado de burnout y a la despersonalización.

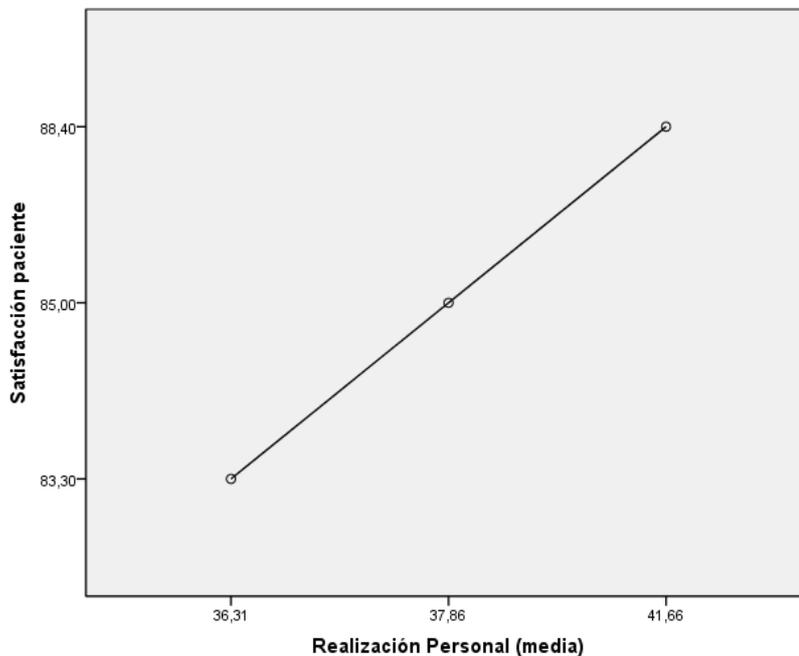
Figura 35. Relación entre el burnout, la media de sus subescalas y la satisfacción del paciente



Representando la satisfacción del paciente frente al grado de burnout obtenido en los distintos momentos del estudio, se confirma la relación inversa entre ambas variables, ya que, según nuestros datos, ambas variables correlacionan entre sí, con un coeficiente de correlación de Spearman= -1 y  $p=0,01$  (Figura 36).

**Figura 36.** Relación entre el burnout y la satisfacción del paciente

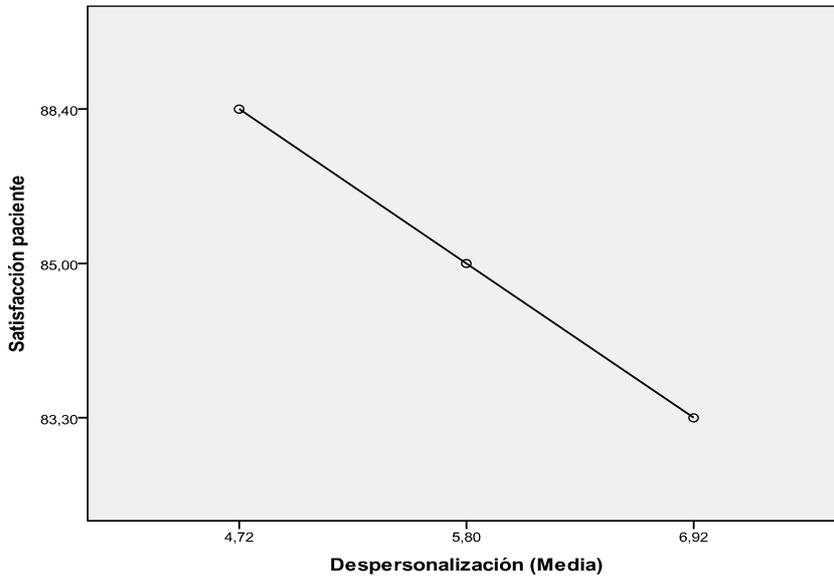
Representando la satisfacción del paciente frente a la realización personal obtenida en los distintos momentos del estudio, se observa que, según nuestros datos, ambas variables presentan una correlación positiva, con  $r_{\text{spearman}} = 1$  y  $p = 0,01$  (Figura 37).

**Figura 37.** Relación entre la realización personal y la satisfacción del paciente

Representando la Satisfacción de Pacientes frente a la despersonalización obtenida en los distintos momentos del estudio, se confirma la relación inversa entre ambas variables, ya que,

según nuestros datos, ambas variables correlacionan entre sí, con un coeficiente de correlación de Spearman= -1 y  $p= 0,01$  (Figura 38).

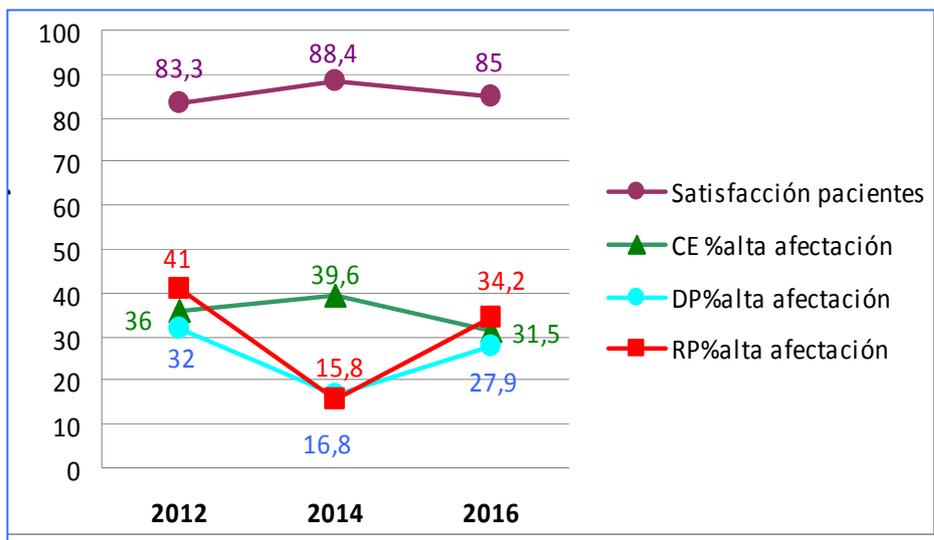
**Figura 38.** Relación entre la despersonalización y la satisfacción del paciente



Sin embargo, no existe correlación significativa entre la Satisfacción del paciente y el cansancio emocional, ya que el coeficiente de correlación obtenido es -0,5, con  $p= 0,667$ .

La alta afectación de las subescalas de realización personal y despersonalización es inversamente proporcional a la satisfacción del paciente, tal como se muestra en las **Figura 39, 40 y 41**.

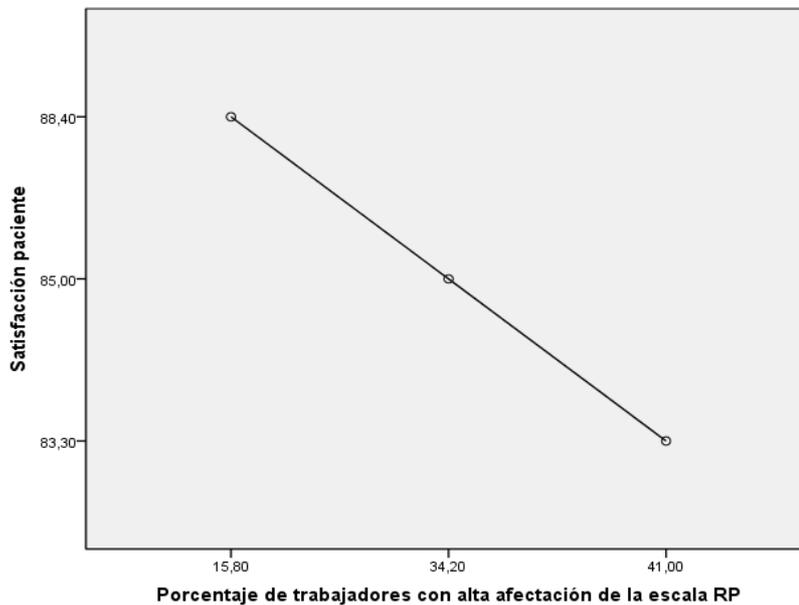
**Figura 39.** Relación entre el porcentaje de profesionales con alta afectación de las subescalas de burnout y la satisfacción del paciente



Representando la satisfacción del paciente frente al porcentaje de profesionales con alta afectación de la subescala de realización personal obtenida en los distintos momentos del

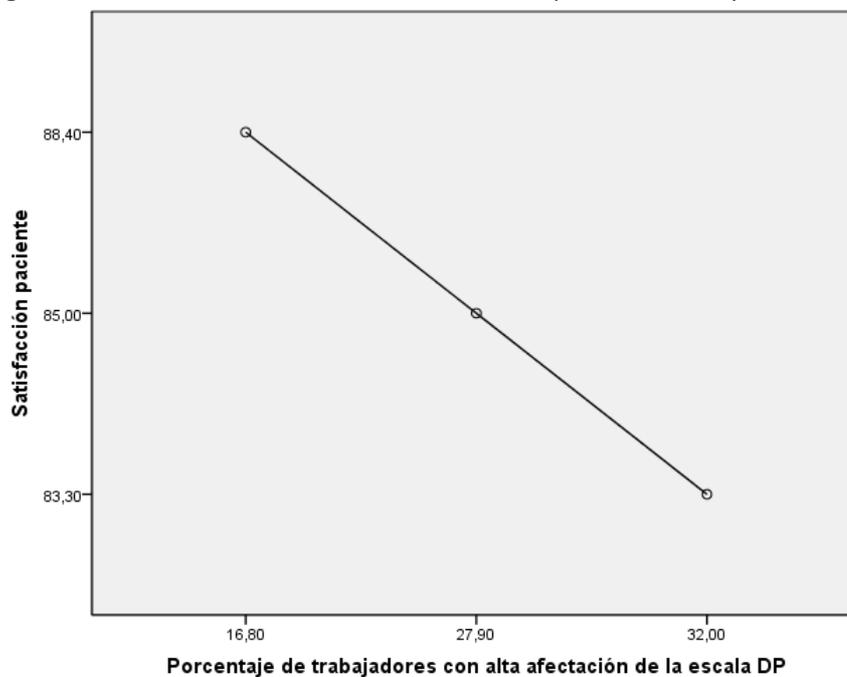
estudio, se observa que, según nuestros datos, ambas variables presentan una correlación negativa, con  $r_{\text{Spearman}} = -1$  y  $p = 0,01$  (Figura 40).

**Figura 40.** Relación entre la alta afectación de la realización personal y la satisfacción del paciente



Lo mismo sucede con la alta afectación de la subescala de despersonalización, que es inversamente proporcional a la satisfacción del paciente con  $r_{\text{Spearman}} = -1$  y  $p = 0,01$  (Figura 41).

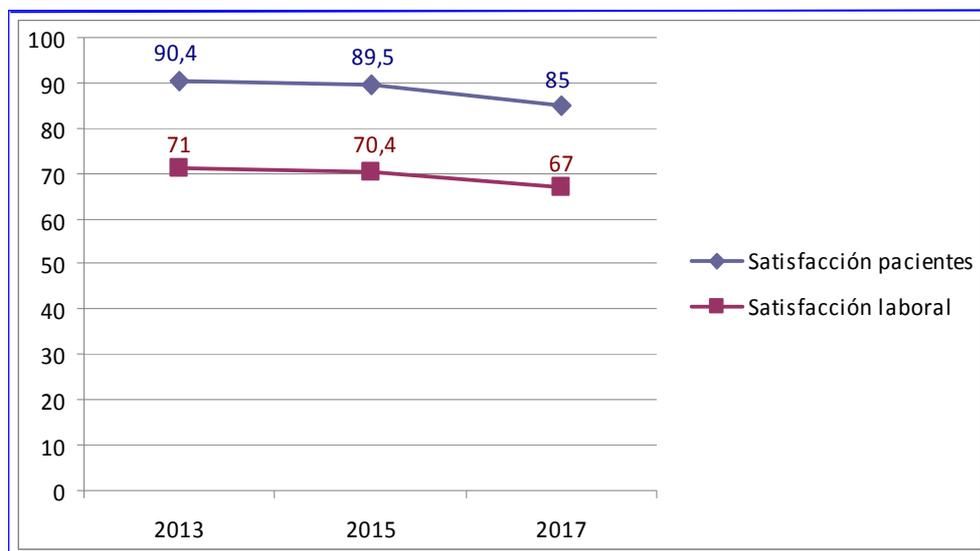
**Figura 41.** Relación entre la alta afectación de la despersonalización y la satisfacción del paciente



Sin embargo, no se observa correlación significativa entre el cansancio emocional y la satisfacción del paciente.

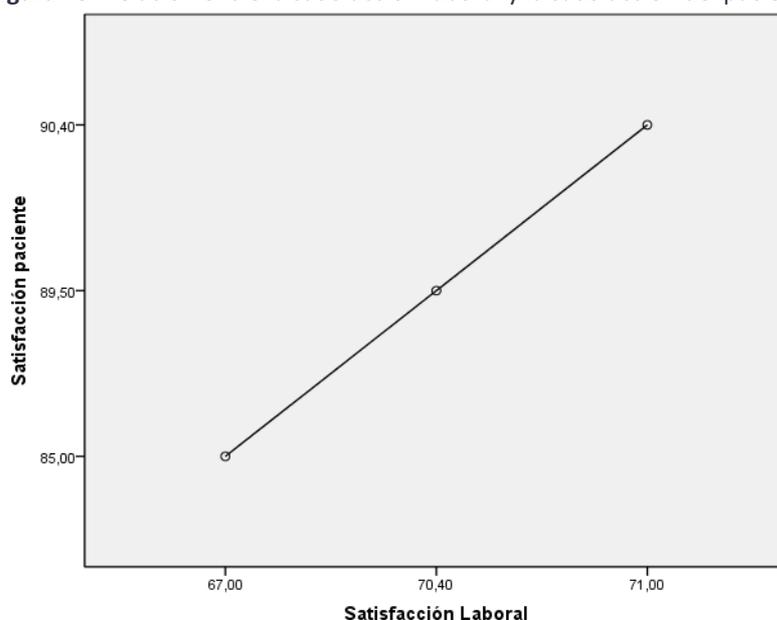
Analizando el gráfico que muestra la evolución de la satisfacción laboral y la satisfacción del paciente en el periodo considerado, se observa que ambas variables son directamente proporcionales, siendo paralelas las líneas que las representan, tal como se muestra en la **Figura 42**.

**Figura 42.** Relación entre la satisfacción laboral y la satisfacción del paciente



Representando la satisfacción del paciente frente a la satisfacción laboral obtenida en los distintos momentos del estudio, se observa que, según nuestros datos, ambas variables presentan una correlación positiva, con  $r_{\text{Spearman}} = 1$  y  $p = 0,01$  (**Figura 43**).

**Figura 43.** Relación entre la satisfacción laboral y la satisfacción del paciente



#### 5.4.2. RELACIÓN ENTRE EL BURNOUT, LA SATISFACCIÓN LABORAL Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS ACUERDOS DE GESTIÓN

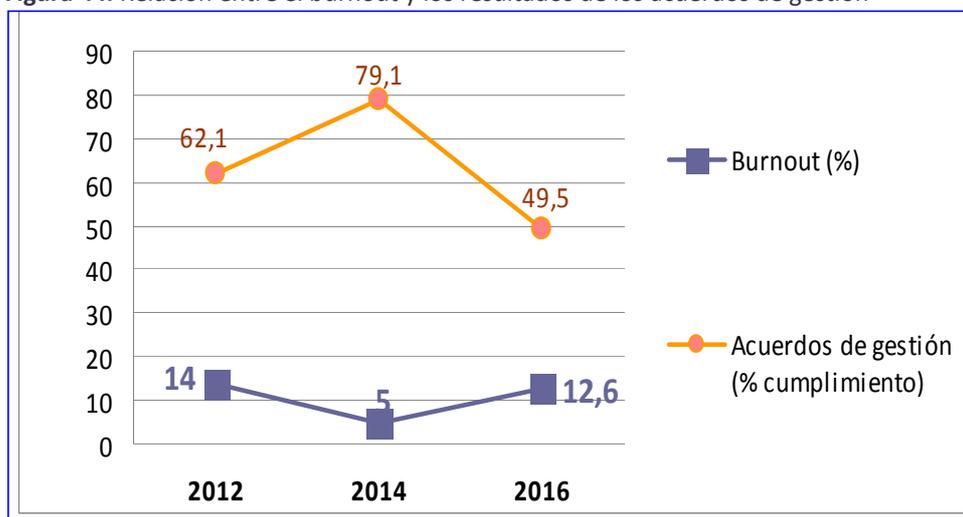
En la **Tabla 50** se presentan los resultados de los acuerdos de gestión en los últimos años.

**Tabla 50.** Resultados de los acuerdos de gestión del hospital en el periodo 2009-2016

Año	Porcentaje de consecución de los Acuerdos	Posición del hospital respecto al resto de su categoría
2009	62,3	4
2010	59,9	5
2011	55,4	5
2012	62,1	4
2013	74,2	2
2014	79,1	1
2015	73,4	1
2016	49,5	4
2017	69,5	4

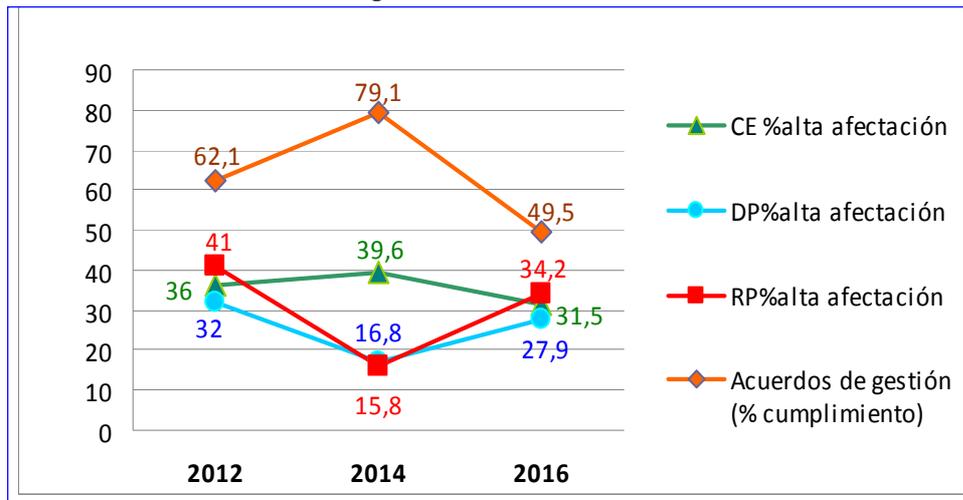
En las Figuras **44 y 45** se presentan los gráficos evolutivos de los resultados de los acuerdos de gestión del centro y el grado de burnout del personal en el periodo comprendido entre 2012 y 2016. Los datos son los obtenidos al cruzar los resultados de los estudios transversales realizados bianualmente en el hospital para evaluar el grado de burnout del personal y la satisfacción laboral con los resultados de los acuerdos de gestión del Hospital con la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana

**Figura 44.** Relación entre el burnout y los resultados de los acuerdos de gestión



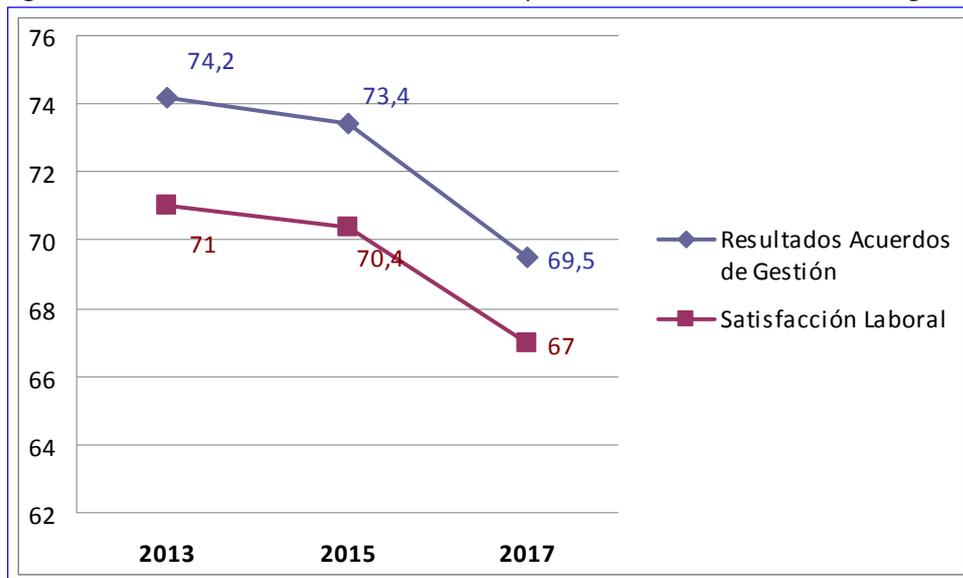
Aunque observando las **Figura 44 y 45**, parece existir una relación inversa entre el grado de burnout y el grado de cumplimiento de los acuerdos de gestión, no existe correlación significativa entre ambas variables  $r_{\text{Spearman}} = -0,5$  y  $p = 0,667$ , ni con el grado de afectación de sus subescalas (CE, DP, RP)

**Figura 45.** Relación entre el porcentaje de profesionales con alta afectación de las subescalas de burnout y los resultados de los acuerdos de gestión



Sin embargo, el gráfico que representa la satisfacción laboral y los resultados de los acuerdos de gestión, muestra que ambas variables son directamente proporcionales, ya que las líneas que representan ambas variables son paralelas, tal como se muestra en la **Figura 46**.

**Figura 46.** Relación entre la satisfacción laboral y los resultados de los acuerdos de gestión



Estos hechos parecen indicar que si el personal está satisfecho con su trabajo y se siente realizado, se implica más y mejoran los resultados de la calidad asistencial, incrementándose la satisfacción del paciente y mejorando los resultados de los acuerdos de gestión. En caso contrario, si disminuye la satisfacción laboral, empeoran los resultados obtenidos, disminuyendo la satisfacción del paciente y empeorando los resultados de los acuerdos de gestión.

# 6. *D*ISCUSIÓN

---





## 6. DISCUSIÓN

### 6.1. PREVALENCIA DE BURNOUT E IMPORTANCIA DE LOS PUNTOS DE CORTE UTILIZADOS PARA SU EVALUACIÓN

En el MBI, al no definirse un criterio clínico de referencia que identifique claramente las personas que han desarrollado el síndrome, la clasificación resulta arbitraria y puede inducir a errores en la interpretación de los resultados, especialmente cuando las subescalas no presentan una distribución ajustada a la normalidad (Gil-Monte & Marucco, 2008). En nuestro estudio, para calcular la prevalencia de burnout, se han utilizado diferentes puntos de corte, evidenciando la importancia de la selección de valores normativos adecuados para evitar sesgos en la interpretación de los resultados. La prevalencia obtenida varió considerablemente en función de los puntos de corte utilizados. La causa de esta variabilidad es que, para definir los puntos de corte que evalúan el síndrome, Maslach y Jackson (Maslach C & Jackson SE, 1986) proponen utilizar los percentiles 33 y 66, de modo que dividen la muestra en tres grupos iguales para cada subescala. Pero este método, proporciona puntos de corte diferentes en función de la población estudiada. Esta variabilidad se debe a las diferencias ocupacionales y transculturales de las muestras utilizadas en los distintos estudios realizados sobre el síndrome.

Por otra parte, los puntos de corte definidos por Maslach para la población americana son más altos para CE y DP que los europeos, mientras que sus valores normativos son más bajos para la RP, observándose diferencias significativas respecto a la aplicación de puntos de corte obtenidos por los autores que han trabajado en muestras de habla hispana. De todos los puntos de corte considerados en el presente estudio, el criterio más restrictivo es el de Schaufeli, ya que al basarse en percentiles obtenidos sobre una muestra de profesionales con problemas de estrés ocupacional, es el único criterio validado clínicamente para el diagnóstico del burnout. En el presente estudio, como en otros trabajos (Grau-Alberola et al., 2010) (Gil-Monte & Marucco, 2008), obtuvimos prevalencias menores al aplicar este criterio, ya que estos puntos de corte sólo detectan los casos clínicamente relevantes.

Nuestro índice de participación en los dos cortes realizados para evaluar el grado de burnout del personal, fue inferior al 50%, aunque en estudios similares realizados mediante cuestionarios auto-administrados y anónimos enviados al personal sanitario, es difícil superar esa tasa (Grau-Alberola et al., 2010) (Grau et al., 2005). Sin embargo, algunos autores obtuvieron índices superiores, por encima del 60%, en estudios realizados sobre colectivos más específicos o en el ámbito de atención primaria (Prieto Albino et al., 2002). La tasa de participación pasó del 31,5 en

2012 al 39,3 en 2014, incrementándose en casi en un 8% en el corte realizado en 2014, lo que indica cierto aumento en la adhesión al procedimiento.

Existen múltiples estudios sobre burnout y estrés ocupacional realizados en profesionales sanitarios, pero muchos presentan limitaciones metodológicas. Algunos trabajos refieren porcentajes bajos, medios y altos de CE, DP y RP, sin aportar las medias de las subescalas ni la prevalencia del síndrome (Caballero Martín, Bermejo Fernández, Nieto Gómez, & Caballero Martínez, 2001). Otros aportan el dato de la prevalencia de burnout, pero es difícil comparar los resultados obtenidos por distintos investigadores. Esta dificultad se debe a que utilizan criterios normativos diferentes (Domínguez Fernández et al., 2012), refiriendo los resultados en muchas ocasiones a puntos de corte estadounidenses (Albaladejo et al., 2004) o a valores de sus propios terciles (Pera & Serra-Prat, 2002). Algunos clasifican como burnout a los profesionales con un nivel medio o alto de afectación de las tres subescalas (Prieto Albino et al., 2002) (Jimenez Blanco, Frutos Llanes, & Blanco Montagut, 2011), o diagnostican el síndrome cuando están afectadas a alto nivel dos de las subescalas (Fonseca et al., 2010), sobredimensionando la prevalencia del síndrome. Otros estudios, al igual que el nuestro, se han realizado en muestras pequeñas o tienen bajas tasas de respuesta, por lo que es difícil extrapolar los resultados (Bracco & Reyna, 2011). Sin embargo, casi todos los trabajos coinciden en que la principal manifestación del síndrome y la más estable en el tiempo es el CE (C. Maslach et al., 2001) (R. T. Lee et al., 2013), hecho también observado en nuestro estudio. Se observaron diferencias significativas entre ambos momentos para las subescalas de DP y RP, pero el CE no mostró cambios significativos.

Hemos comprobado la variabilidad del criterio estadístico de los percentiles propuesto por Maslach para el cálculo de los puntos de corte poblacionales, ya que los valores obtenidos en 2014 fueron sensiblemente diferentes a los de 2012. Esa variabilidad corrobora la necesidad de establecer criterios normativos estandarizados, estables y acordes a las características de la población estudiada. Muchos autores proponen utilizar puntos de corte específicos por país y profesión (Gil-Monte & Peiró, 2000) (Schaufeli & Van Dierendonck, 1995) (Schaufeli et al., 2001), para evitar estos sesgos. En nuestro trabajo, para estudiar la asociación entre variables, hemos utilizado los criterios normativos definidos por Gil-Monte (Gil-Monte & Peiró, 2000) para una muestra multiocupacional española, ya que son los que mejor se adaptan a las características de la población estudiada.

Analizando la influencia de las variables sociodemográficas, se observó asociación entre la edad y la realización personal en el corte realizado en 2013, con mayor realización personal en los profesionales de más edad. Estos resultados difieren de los observados en otros estudios, en los

que se observaba asociación entre ciertas variables sociodemográficas y la presencia de burnout (Cañadas-De la Fuente et al., 2015) (Prieto Albino et al., 2002) (Pera & Serra-Prat, 2002) (Atance Martínez, 1997). Sin embargo, no existe consenso en la configuración del perfil epidemiológico del síndrome (Prieto Albino et al., 2002) (Jimenez Blanco et al., 2011). Chernis y Maslach proponen que con el tiempo, el profesional adquiere mayor seguridad y experiencia en su trabajo, volviéndose menos vulnerable a la tensión laboral, mientras que en los primeros años de ejercicio profesional el riesgo es mayor por producirse la transición desde las expectativas idealistas hacia la realidad de la práctica cotidiana. Gil-Monte también opina que los profesionales nuevos e inexpertos tienen más riesgo, al no estar preparados para hacer frente a los conflictos emocionales que se producen en el desarrollo profesional. Por el contrario, Pines, en sus estudios sobre el síndrome, observó que los profesionales están más quemados cuanto más tiempo llevan en la profesión, pero, en ocasiones, los más afectados por el síndrome cambian de empleo, lo que explicaría que en algunos estudios, el personal que permanece en la profesión es el menos afectado por el síndrome por el sesgo de supervivencia. Respecto al sexo, existen trabajos en los que se encuentra mayor afectación en las mujeres (Atance Martínez, 1997) (Teixeira, Ribeiro, Fonseca, & Carvalho, 2013), otros lo encuentran en los varones (Seisdedos-Cubero N, 1997) (Prieto Albino et al., 2002) y otros que no hallan diferencias significativas, como fue nuestro caso. Maslach y Jackson afirman que las mujeres soportan mejor las situaciones problemáticas, mientras que Freudenberg opina que las mujeres acaban «quemadas» con gran frecuencia al añadir las tareas laborales a las domésticas.

En los cortes realizados en 2012 y 2014 para evaluar el grado de burnout del personal, no se halló relación entre el burnout y las variables sociodemográficas consideradas, pero el apoyo social sí que actuaba como factor protector frente a la afectación de la escala de RP en ambos momentos del estudio, probablemente porque amortigua el estrés laboral percibido, hecho también descrito en la literatura consultada (Mingote Adán et al., 2004). Por el contrario, actuaron como factores de riesgo respecto al CE, RP y la presencia de burnout, la baja valoración por pacientes, familiares y superiores. La escala de DP no mostró asociación con ninguna de las variables consideradas, mientras que la RP fue la escala que mostró mayor número de asociaciones con las variables explicativas, igual que sucedía en otros estudios consultados (Cañadas-De la Fuente et al., 2015) (Grau et al., 2005) (Pera & Serra-Prat, 2002). La falta de formación y una percepción negativa de la valoración por pacientes, familiares y superiores incrementaba el riesgo de afectación de la subescala, mientras que una alta

percepción de experiencia profesional, optimismo y apoyo social actuaron como factores protectores.

Para algunos autores, ciertas características personales y laborales (ambiente caótico, malas relaciones interpersonales, sensación de inequidad) se asocian con niveles altos de burnout (Prieto Albino et al., 2002) (Salanova, Del Líbano, Llorens, & Schaufeli, 2014). Otros han encontrado asociación entre burnout y bajos niveles de empatía (Yuguero, Ramon Marsal, Esquerda, Vivanco, & Soler-González, 2017), pues si el ambiente es tóxico, se altera la dinámica laboral y se genera estrés.

Las características del presente estudio no permiten extraer conclusiones generales. Pero puede plantear la posibilidad de reducir el desgaste profesional aplicando medidas que permitan reducir el estrés laboral y mejorar la calidad de vida de los trabajadores. Es dudosa la eficacia que pueden tener unos profesionales que a su vez están necesitando ayuda (Albaladejo et al., 2004). La vocación profesional, ciertos rasgos de personalidad y el trabajo en equipo bien planteado, con objetivos claros, realistas y asumidos por todos, son el mejor antídoto para el burnout. Los profesionales con personalidad positiva, optimismo y autoeficacia, son menos propensos a quemarse (Cañadas-De la Fuente et al., 2015), hallazgos también observados en nuestro estudio.

### **6.2. RIESGOS PSICOSOCIALES Y BURNOUT**

El burnout, es un proceso dinámico en el que la secuencia de aparición sería una situación de estrés crónico, con desajuste entre las demandas y los recursos del trabajador, seguida de una fase de CE y falta de RP. Las personas con burnout perciben una presión laboral excesiva, sienten cansancio y desilusión y presentan una emotividad patológica, donde eventos intrascendentes disparan reacciones emocionales desproporcionadas. Dada la importancia del problema, en 2016 se realizó un nuevo corte transversal para evaluar los riesgos psicosociales y su relación con el grado de burnout del personal. La tasa de participación en este caso fue del 46,6%, similar a otros estudios realizados mediante cuestionarios auto-administrados y anónimos (Moreno Jiménez & Baez León, 2010) (Grau et al., 2005), aunque algunos autores, en el contexto de envíos personalizados o de revisiones laborales, obtuvieron tasas de respuesta superiores al 65% (Escribà-Agüir et al., 2008) (Hocine et al., 2016).

Nuestros profesionales se mostraron afectados fundamentalmente por estresores relacionados con aspectos organizacionales y de gestión (desequilibrio en la asignación de recursos, escasa participación en la toma de decisiones, alteración de turnos de trabajo para cubrir incidencias, sistemas de turnos rotatorios desequilibrados, sobrecarga de trabajo en ciertas unidades, falta de apoyo y reconocimiento, escasa participación de los profesionales en la definición de

objetivos, etc) Estos “estresores” dominaron sobre los que podemos considerar más específicos de unidad de trabajo o de factores individuales de la persona.

No existe un criterio unánime sobre los puntos de corte a utilizar para diagnosticar el burnout y calcular su prevalencia, por lo que el MBI-HSS se ha adaptado a distintos idiomas y culturas para evitar sesgos de interpretación (Loera et al., 2014). Para calcular la prevalencia de burnout, se utilizaron los puntos de corte definidos por Gil-Monte para una muestra multiocupacional española (Gil-Monte & Peiró, 2000). Las puntuaciones obtenidas para las subescalas, sitúan a nuestros profesionales en un nivel medio de desgaste profesional, similar al de otros estudios realizados en hospitales de agudos, siendo el CE y la RP las subescalas más afectadas entre nuestros profesionales. Sin embargo, la prevalencia de burnout en el presente estudio, fue sensiblemente superior a la objetivada en el estudio transversal realizado en 2014, habiendo pasado de una tasa del 5% al 12,6%. Existen estudios que relacionan el grado de burnout de los profesionales con los estilos de dirección y la cultura organizacional (Watts, Robertson, Winter, & Leeson, 2013) (Frutos Martín, 2015) y que podrían explicar el incremento de la prevalencia de burnout observado, ya que durante el periodo considerado, la dirección del hospital cambió de un estilo más horizontal y participativo, a otro más vertical y jerarquizado.

En el presente estudio, vivir en pareja se asoció positivamente a la RP. Tener hijos fue factor protector para todas las subescalas, probablemente porque la implicación del sujeto con la familia le proporciona mayor capacidad para afrontar problemas y conflictos emocionales (Cañadas-De la Fuente et al., 2015). El CE se asoció positivamente al consumo de ansiolíticos, hecho también descrito en otros trabajos (Moreno Jiménez & Baez León, 2010) (Grau et al., 2005) (Mingote Adán et al., 2004). Esta asociación podría ser un indicador indirecto de la relación entre el burnout y las psicopatías, pero al tratarse de un estudio transversal, no puede establecerse relación causal.

Trabajar de noches y consumir ansiolíticos incrementó el riesgo de DP, hallazgo también descrito por otros autores (Moreno Jiménez & Baez León, 2010) (C. Maslach et al., 2001). Es importante recordar que los turnos de trabajo rotatorios y los horarios irregulares originan alteraciones del sueño que producen cansancio, nerviosismo, trastornos digestivos y de los ritmos biológicos y además dificultan las relaciones socio-familiares (Mingote Adán et al., 2004) (Vicente-Herrero et al., 2016) (Mansilla Izquierdo, 2009). Además, el trabajo a turnos produce un mayor número de problemas laborales (absentismo, menor rendimiento y accidentes de trabajo) (Fernández-Montalvo & Piñol, 2000), lo que incrementa el riesgo de aparición de burnout, ya que existen estudios que correlacionan el absentismo con los niveles de estrés de la organización (Toppinen-Tanner, Ojajärvi, Väänänen, Kalimo, & Jäppinen, 2005) (Acinas, 2012).

Según la bibliografía, son factores protectores frente al burnout: el apoyo social, feed-back recibido, autonomía, disponibilidad de recursos y variables personales como autoeficacia, buenas relaciones interpersonales y compromiso con el trabajo. Cañadas-de la Fuente observó que los profesionales con personalidad positiva, optimismo y autoeficacia, eran menos propensos a “quemarse” (Cañadas-De la Fuente et al., 2015). Según diversos autores, los principales factores desencadenantes son ambigüedad y conflicto de rol, sobrecarga laboral física y/o mental, falta de equidad, conflictos interpersonales, falta de control del trabajador sobre su actividad y cultura despersonalizadora de la organización (Moreno Jiménez & Baez León, 2010) (C. Maslach et al., 2001) (Cañadas-De la Fuente et al., 2015) (Li, Guan, Chang, & Zhang, 2014). Piko halló fuertes relaciones entre insatisfacción laboral y CE (Piko, 2006). Nuestros datos apoyan estos hechos. Sentirse valorado por pacientes, familiares y compañeros, disfrutar con el trabajo, autoeficacia, satisfacción laboral, optimismo y apoyo social actuaron como factores protectores. Además, se observaron diferencias significativas en las percepciones medias para estas variables entre los profesionales afectados y no afectados por el síndrome. Estas variables amortiguan el estrés percibido e influyen sobre las estrategias de afrontamiento, mejorando el estado de ánimo, la motivación y la autoestima (Cañadas-De la Fuente et al., 2015). La autoeficacia actuó como factor protector frente a la DP y la RP. Igualmente, el optimismo se asoció negativamente a todas las subescalas del burnout, hecho también descrito por Grau (Grau et al., 2005). En un estudio realizado por Garrosa (Garrosa, Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, & Rodríguez-Carvajal, 2011) comprobó que el optimismo y la competencia emocional se asociaban positivamente con el compromiso organizacional y la prevención del desgaste profesional.

Respecto a la relación de las variables moduladoras con los factores de riesgo psicosocial evaluados, sentirse valorado por los superiores fue un factor protector frente al desempeño de rol y al riesgo relacionado con el interés por el trabajador/compensación. Este aspecto es importante, ya que en algunas ocasiones, el trabajo de enfermería está poco reconocido, tanto a nivel directivo, como por otros profesionales del equipo multidisciplinar (Bujalance Hoyos et al., 2001)

La satisfacción laboral fue un factor protector frente al riesgo relacionado con la participación/supervisión. Este hallazgo corrobora la relación positiva existente, según Mansilla, entre el grado de control del profesional sobre su trabajo y su satisfacción laboral (Mansilla Izquierdo, 2009). La participación en la toma de decisiones es un importante factor de motivación e implicación en la actividad laboral y contribuye a la formación y al crecimiento de los profesionales. Por el contrario, la falta de participación origina en el trabajador una falta de

control sobre sus propias condiciones laborales, habiendo sido éste, el principal riesgo psicosocial que afectó a nuestros trabajadores.

Según la literatura, los trabajadores con bajas médicas, perciben menor apoyo organizacional (Chirico, 2016). En nuestro estudio, las bajas médicas y la satisfacción laboral se asociaron positivamente al riesgo vinculado al interés por el trabajador/compensación, mientras que la ilusión por el trabajo, se asoció positivamente al riesgo vinculado a las demandas psicológicas. Estos hallazgos apoyan la teoría de que los sujetos sobre-comprometidos, se exponen frecuentemente a altas demandas en el trabajo y exageran sus esfuerzos más allá de lo necesario, siendo más vulnerables y presentando mayor riesgo de sufrir tensión laboral por su percepción de un intercambio asimétrico (Siegrist, 1996). Esta situación, a largo plazo, puede producir estrés, insatisfacción y una percepción adversa de los riesgos psicosociales, incrementando el riesgo de burnout (Chirico, 2016).

Los riesgos a los que están expuestos los trabajadores si la organización del trabajo no es adecuada, no son tan evidentes como los accidentes laborales o las enfermedades profesionales, pero son igual de reales (R. T. Lee et al., 2013) (Seidler et al., 2014). En nuestro estudio, la excesiva carga de trabajo se asoció al CE, DP y burnout, mientras que el desempeño de rol y el riesgo vinculado a las relaciones/apoyo social se asociaron a todas las subescalas. La indefinición del puesto, los conflictos, la ambigüedad y sobrecarga de rol y las malas relaciones interpersonales, incrementaron el riesgo de burnout. Según la literatura, los conflictos que surgen entre las distintas categorías profesionales por ambigüedad de rol se relacionan con la aparición de estrés (Jervis, 2002). En nuestro estudio, la asociación más fuerte se observó entre el riesgo vinculado a las relaciones/apoyo social y el CE, resultados también descritos en otros estudios (R. T. Lee et al., 2013) (Seidler et al., 2014).

Las demandas psicológicas se asociaron al CE y DP, resultados similares a los de otros autores (R. T. Lee et al., 2013) (Taris, Kompier, Geurts, Houtman, & Van Den Heuvel, 2010). La presión asistencial debida a la carga de trabajo y las demandas psicológicas, es un fuerte estresor, pero puede resultar más estresante sentir que el esfuerzo personal no es apreciado o no tiene sentido, haciendo que la carga laboral se viva mucho más intensamente e incrementando el estrés percibido.

La participación/supervisión se asoció al CE, mientras que el tiempo trabajado, la autonomía y la variedad y contenido del trabajo se asociaron a la RP. La falta de participación del trabajador y el exceso de control por parte de los supervisores, incrementaron el CE mientras que la falta de conciliación de la vida personal y laboral, la falta de autonomía y las tareas monótonas afectaron

principalmente a la RP, resultados similares a los hallados por otros autores (Piko, 2006), lo que sugiere que las tareas monótonas son poco motivadoras y que la falta de autonomía y el autoritarismo son una fuente de estrés.

Nuestros resultados indican que los riesgos psicosociales no solo disminuyen la calidad de vida del trabajador, sino que si no se gestionan bien, generan burnout (Y.-W. Lin, 2012). El entorno sanitario, presenta características cambiantes que hacen que el profesional deba adaptarse continuamente e incrementan el estrés laboral. Existen diferentes variables que lo condicionan como son: nuevas demandas asistenciales, indefinición y ambigüedad del rol, crisis del sistema, altos niveles de absentismo laboral, baja implicación de los profesionales en las organizaciones, falta de motivación, poca conciencia de los gestores sobre el problema y en muchas ocasiones, falta de soluciones desde la organización. Por otra parte, entre los profesionales sanitarios que trabajan en instituciones gestionadas según modelos jerarquizados clásicos, es relativamente frecuente la existencia de una baja implicación en la consecución de los objetivos establecidos por la institución (Artaza et al., 2005), debido entre otras causas, a un escaso nivel de autonomía por la dependencia estructural y jerárquica, escaso reconocimiento, indefinición de funciones, ausencia de mecanismos de promoción interna, disconfort en el trabajo por los turnos lesivos, elevada presión asistencial y en muchas ocasiones, ausencia de apoyo de la dirección (Faura T., 1988). Estas situaciones crean indefinición y actitudes de baja cohesión en los equipos de trabajo, lo cual, puede deteriorar la percepción de la eficacia colectiva, afectando al rendimiento del grupo e influyendo en la percepción del apoyo social y en el clima laboral. Además, existe un proceso de contagio del burnout en los equipos de trabajo, ya que si el ambiente es tóxico, aparecen alteraciones en la dinámica laboral que generan estrés (Piko, 2006) (Seidler et al., 2014) (Taris et al., 2010). El contagio de los síntomas del burnout estaría vinculado al contagio de emociones, actitudes y al aprendizaje de las conductas de los compañeros (Llorens Gumbau & Salanova Soria, 2011), de modo que los profesionales de enfermería que perciben altos niveles de burnout en su entorno, son más propensos a sufrirlo. Por eso, la reducción de la presión laboral junto con un incremento en la autonomía y la equidad, unido a una política más incentivadora pueden ser útiles para prevenir el síndrome. El reconocimiento también juega un papel importante en la prevención del síndrome, ya que hace que los profesionales reciban feedback de la labor realizada y se sientan valorados y respetados.

El estrés crónico disminuye las defensas psicológicas e inmunológicas y hace más vulnerable al trabajador. Aproximadamente el 8% de las enfermedades ocupacionales del sector sanitario están relacionadas con el burnout. Para la OMS, los profesionales, son un recurso fundamental; la eficacia del sistema depende de sus conocimientos, destrezas y motivación. Ya en 1994,

consideró el burnout un serio problema (World Health Organization, 1994) y en su informe sobre la mejora del rendimiento de los sistemas sanitarios (World Health Organization, 2000) invocaba al burnout como responsable de la crisis motivacional del personal sanitario. En el sector público, la desmotivación se relaciona con la falta de mecanismos de promoción interna, burocratización y falta de participación de los profesionales en los mecanismos de gestión. La carga de trabajo y el estrés de rol incrementan el estrés y reducen la satisfacción, influyendo a su vez sobre las relaciones interpersonales. Estos aspectos disminuyen el rendimiento laboral y desdibujan el contexto que mantiene al profesional en el ejercicio vivo y activo de su profesión. Pero la realidad psicosocial, no solo depende de las condiciones laborales, sino de cómo las percibe el trabajador (Chirico, 2016) (Gil-Monte, 2009). Ante una misma realidad, hay profesionales que se ven afectados, mientras que otros, la perciben como un reto que les permite demostrar sus capacidades, auto-motivándose e incrementando su satisfacción laboral (Privitera et al., 2015). Cuando las demandas exceden las capacidades adaptativas individuales, se producen alteraciones psicológicas y físicas, que aumentan el riesgo de enfermar, mientras que si la persona consigue tener éxito en su esfuerzo adaptativo, mejoran sus parámetros biológicos y aumenta su bienestar subjetivo (Mingote JC & Pérez S., 2003). Para algunos individuos, un trabajo activo, con alta demanda y alto control, promueve nuevas habilidades y conductas de afrontamiento, aspecto a tener en cuenta para asignar a los profesionales un puesto de trabajo acorde a sus capacidades.

Evidenciar empíricamente las relaciones existentes entre el burnout, los factores de riesgo psicosocial y las variables moduladoras, permite justificar y orientar científicamente las intervenciones para prevenir el síndrome. Por eso, es fundamental conocer las relaciones existentes entre el burnout y sus variables asociadas, para comprender mejor el síndrome e intervenir de manera eficaz, siendo importantes las actuaciones sobre la cultura organizacional y estilos de liderazgo. No obstante, el desarrollo organizacional orientado a mejorar los procesos sociales es un proceso largo (Gil-Monte, 2003) (Peiró J, 2008) que según algunos autores, influye en la RP de los profesionales y reduce el riesgo de burnout (Watts et al., 2013).

### **6.3. SATISFACCIÓN LABORAL**

En nuestra experiencia, las encuestas de satisfacción laboral ayudan a establecer pautas para gestionar los recursos humanos e identificar las áreas que necesitan mejorarse. En 2013 y 2015 se realizaron dos cortes para evaluar la satisfacción laboral de los profesionales y la eficacia de los planes de mejora aplicados. La tasa de respuesta fue inferior al 50% en ambas encuestas, aunque estudios similares que utilizaron cuestionarios anónimos enviados a todo el personal de una organización también tuvieron dificultades para superar esta tasa de participación (García-

Pozo et al., 2010) (Hernández Zavala et al., 2012). Sin embargo, otros autores lograron tasas de participación superiores al 50% en estudios de grupos más específicos (Ruzafa-Martínez, Madrigal-Torres, Velandrino-Nicolás, & López-Iborra, 2008) (Pérez-Ciordia, Guillén-Grima, Brugos, & Aguinaga, 2013). La tasa de participación se incrementó del 25,8% en 2013 al 41,7% en 2015, lo que indica un aumento en la adherencia al procedimiento.

Cuando se realizan estudios seriados, debe transcurrir suficiente tiempo entre los cortes realizados para garantizar que las medidas tomadas se hayan implementado efectivamente y los trabajadores hayan percibido los resultados, antes de realizar una segunda encuesta. Sin embargo, en nuestra experiencia, la satisfacción laboral global es un indicador poco sensible respecto a la monitorización de la efectividad de las acciones realizadas. En el presente estudio, los niveles de satisfacción de nuestros profesionales fueron adecuados, con una media de 7 en ambos momentos del estudio; estos resultados son similares a los reportados por otros autores (García-Pozo et al., 2010) (Pérez-Ciordia et al., 2013) y superiores a los obtenidos por otros investigadores (Sansoni et al., 2016) (Ruzafa-Martínez et al., 2008).

En ambas encuestas, la satisfacción laboral fue mayor entre los profesionales sin contacto directo con los pacientes, probablemente debido a la sobrecarga emocional que implica la atención a pacientes crónicos, con alto grado de dependencia o en una situación de terminal.

De acuerdo con nuestros resultados, la satisfacción laboral se asoció con evaluaciones positivas de ciertas dimensiones relacionadas con las características organizacionales. Los aspectos más fuertemente asociados con la satisfacción laboral en 2013 fueron comunicación, entorno de trabajo, reconocimiento y relación con el supervisor, con OR ajustada  $\geq 5$ . A partir de los resultados de la encuesta, se implementaron medidas para mejorar la comunicación y la relación con los supervisores. En la encuesta de 2015 se obtuvieron mejores resultados en la percepción de algunas de las dimensiones consideradas. Los aspectos más fuertemente asociados con la satisfacción laboral fueron comunicación, ambiente de trabajo, formación y relación con el supervisor, con OR  $\geq 5$ . Estos resultados sugieren que las medidas adoptadas para mejorar esas dimensiones, probablemente serán las más efectivas para aumentar la satisfacción laboral en nuestra organización. Por el contrario, las variables sociodemográficas mostraron poca influencia sobre la satisfacción laboral, igual que sucedía en otros estudios consultados (Zubiri Sáenz, 2013) (Robles-García et al., 2005) (Hernández Zavala et al., 2012).

Según nuestros datos, los profesionales con menos de 10 años de experiencia en el hospital mostraron una mayor satisfacción laboral, que disminuyó en los trabajadores con 10 a 14 años de experiencia en el hospital, aumentando de nuevo entre los profesionales con mayor

antigüedad. Estos resultados son consistentes con el estudio de burnout realizado en 2012, donde también se observó un mayor grado de afectación entre los profesionales con entre 10 y 14 años de antigüedad. Sin embargo, según los resultados de otros autores, la experiencia laboral de más de 9 años se correlaciona positivamente con la satisfacción laboral (Duffield, Roche, O'Brien-Pallas, Catling-Paull, & King, 2009).

De los diversos modelos de encuesta validados considerados, se seleccionó la encuesta de Osakidetza (Servicio Vasco de Salud, 2001) porque evalúa la satisfacción laboral y también proporciona un enfoque sistemático para establecer y monitorizar los objetivos en relación a la mejora de la satisfacción laboral. Según nuestros resultados, la representación gráfica del porcentaje de trabajadores con percepciones positivas de satisfacción para cada una de las dimensiones consideradas, es el indicador más adecuado para monitorizar y evaluar la efectividad de las medidas adoptadas. Este porcentaje proporciona más información que la satisfacción promedio para cada dimensión o la percepción global de la satisfacción laboral, indicadores que mostraron poca sensibilidad para detectar cambios.

Las principales áreas de mejora identificadas en este estudio fueron la formación, el reconocimiento y la percepción de la dirección, resultados similares a los obtenidos en el estudio realizado por Robles-García (Robles-García et al., 2005) y a los de los estudios realizados por el Servicio Vasco de Salud desde 2001. Fernández-San Martín (Fernández San Martín et al., 2000), en un estudio realizado con profesionales de atención primaria, encontró que la carga de trabajo y la promoción y desarrollo eran las principales áreas de mejora, resultados similares a los hallados por Hernández-Zabala (Hernández Zavala et al., 2012) en un estudio realizado en 4 instituciones de salud. Las principales fortalezas de nuestro estudio fueron la relación con el supervisor, la participación y la percepción de la calidad del trabajo realizado, mientras que las fortalezas de los estudios mencionados anteriormente fueron el ambiente de trabajo y las condiciones de trabajo. Ruzafa (Ruzafa-Martínez et al., 2008), en un estudio realizado con profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales británicos, encontró que las dimensiones asociadas con una mayor satisfacción laboral eran la relación con el supervisor y con los compañeros, resultados similares a los encontrados por Hernández-Zabala (Hernández Zavala et al., 2012). En un estudio realizado por Pérez-Ciordia (Pérez-Ciordia et al., 2013) con profesionales de atención primaria, las dimensiones más valoradas fueron la formación y la carga de trabajo.

Cabe señalar que en diversos estudios, el personal de enfermería valora mucho la colaboración con el personal médico, la cohesión de los equipos de trabajo y la autonomía (Chang, Ma, Chiu, Lin, & Lee, 2009) (Zhang, Huang, Liu, Yan, & Li, 2016)), así como la comunicación efectiva dentro

del equipo (Bjørk, Samdal, Hansen, Tørstad, & Hamilton, 2007) (Kitson, Muntlin Athlin, Elliott, & Cant, 2014). Todas estas variables contribuyen al desarrollo de la cultura organizacional y se convierten en herramientas útiles para la mejora de la práctica clínica (Sansoni et al., 2016) y para la motivación y retención de los profesionales. Por el contrario, la gestión autocrática del hospital, los conflictos éticos y la carga de trabajo excesiva son causas de estrés e insatisfacción laboral (Duffield et al., 2009). Existen estudios que relacionan estos factores con una mayor tasa de rotación del personal y una disminución en la calidad de los servicios brindados (Larrabee et al., 2010) (De Gieter, Hofmans, & Pepermans, 2011) (Choi, Cheung, & Pang, 2013) (Ioannou et al., 2015). El papel de los mandos intermedios es importante para modular y controlar las situaciones de conflicto, promover la participación y aumentar el compromiso y la motivación del personal (Bégat, Ellefsen, & Severinsson, 2005).

En un metaanálisis realizado por Zangaro (Zangaro & Soeken, 2007), en el que se analizaron 31 estudios de más de 14.500 profesionales, se halló que la satisfacción laboral de las enfermeras se correlacionaba principalmente con los niveles de autonomía, estrés laboral y colaboración con los médicos; esta información es valiosa para mejorar el ambiente laboral e incrementar la satisfacción laboral en el personal sanitario.

Según diversos autores, la delegación efectiva mejora la satisfacción laboral y el desarrollo profesional (Yoon, Kim, & Shin, 2016) porque promueve la cooperación y mejora la autorrealización. Además, también es importante mejorar la comunicación y crear valores y experiencias compartidos al crear una cultura organizacional (H. Lee & Cummings, 2008). El estilo de liderazgo, personalidad y actitudes de los gerentes puede influir en las percepciones de los profesionales y en sus comportamientos. La cultura organizacional es difícil de cambiar. Las personas pueden cambiar sus actitudes, pero es poco probable que este cambio se mantenga sin un fuerte compromiso de la organización. Todavía queda mucho camino para hacer realidad el cambio cultural de las organizaciones sanitarias, y los gerentes deberían ser los impulsores de este cambio. La atención sanitaria debería estar centrada en el paciente, y los profesionales y su satisfacción laboral pueden convertirse en un importante motor de cambio.

### **6.4. GESTIÓN DE PERSONAS**

Según algunos trabajos, la satisfacción laboral se relaciona con la satisfacción del paciente (Peiró JM & Sanz T, 2004). Los resultados de otros estudios indican que sería importante reducir los errores y los resultados negativos en salud mediante la inversión en recursos por parte de los hospitales para mejorar el entorno laboral, especialmente en la enfermería y en la gestión de los recursos humanos de enfermería (S P Clarke & Aiken, 2006). A partir de los resultados obtenidos

en las distintas fases del estudio, se elaboró un programa de gestión de personas, con la participación del personal del hospital, para tratar de reducir la prevalencia de burnout entre los profesionales y de incrementar la satisfacción laboral. Los aspectos más valorados por los profesionales fueron la distribución del personal en función de la carga de trabajo, la posibilidad de tener carrera profesional en función de los resultados del trabajo realizado, la definición del puesto de trabajo y la autonomía para la toma de decisiones. Estos datos apuntan a que uno de los aspectos mejor valorados por nuestros profesionales es la equidad (igualdad de oportunidades para conseguir el desarrollo profesional) y la autonomía. En cuanto a la prevención del burnout, el personal valoraría positivamente el poder disponer de estrategias instrumentales y de afrontamiento para la prevención del síndrome, pero en primera instancia, la prevención de los riesgos psicosociales relacionados con la sobrecarga de trabajo, la inequidad y la falta de autonomía, junto a una correcta definición de las funciones, serían los aspectos mejor valorados por los profesionales en relación a la mejora del clima laboral y la prevención del burnout: saber qué se espera del profesional y disponer de los recursos y la autonomía necesarios para poder realizarlo. Estos resultados coinciden con las características descritas en las investigaciones sobre los “Hospitales Magnéticos”, llamados así por tener unas características organizacionales comunes que aumentan la retención y satisfacción de los profesionales de enfermería y obtienen mejores resultados en los pacientes (Havens & Aiken, 1999). El personal valora positivamente aquellos entornos en los que puede desarrollarse como profesional, contando con los recursos necesarios para conseguirlo (L. H. Aiken & Patrician, 2000) (Linda H. Aiken, Clarke, & Sloane, 2002).

Como resultado de estas acciones, y fruto de la concienciación de la dirección que había en el centro en aquellos momentos, en esos años se alcanzaron los mejores resultados en lo que respecta a la satisfacción laboral, el burnout y la satisfacción del paciente. En 2014 el Hospital obtuvo el premio de la Fundación Universidad-Empresa de la Universitat de Valencia (ADEIT), por haber obtenido los mejores resultados en las encuestas de satisfacción del paciente de los hospitales de perfil HACLE de la Comunidad Valenciana. En el año 2015 el Hospital Doctor Moliner ocupó el quinto puesto a nivel nacional para la categoría de Centros, en los premios al Hospital Optimista y en 2016 ocupó el cuarto puesto. Además, en los años 2014 y 2015, el Hospital fue el primero de su categoría en los acuerdos de gestión de Consellería. Sin embargo en los últimos años, los resultados, tanto de la satisfacción laboral como del grado de burnout del personal, han empeorado, y estos cambios se han visto reflejados en los resultados de los acuerdos de gestión del hospital y en las encuestas de satisfacción del paciente, realizadas desde Consellería.

En general, según nuestros resultados, la relación con los mandos intermedios es buena y la percepción de la calidad del trabajo realizado también, pero la percepción de la dirección, la dotación de recursos y las posibilidades de desarrollo profesional, no se perciben de forma justa y equitativa. El reconocimiento, aunque repetidamente aparece como una de las dimensiones que más influyen en la satisfacción laboral de los profesionales, también es siempre uno de los puntos débiles en nuestro balance de resultados. Cuidando a los profesionales, podría mejorarse su bienestar laboral y de forma paralela, también mejorarían los resultados en términos de calidad asistencial y resultados organizacionales (Carrillo-García, Martínez-Roche, Gómez-García, & Meseguer-de-Pedro, 2015), pero para conseguirlo, no basta con elaborar planes de mejora, sino que es necesario ponerlos en marcha con el apoyo de la dirección y dar feed-back a los profesionales para que perciban los resultados.

### **6.5. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

En 2013 y 2015, paralelamente a la evaluación de la satisfacción laboral de los profesionales, se evaluó también la cultura de seguridad. Entre los distintos modelos de encuestas validadas considerados, se seleccionó el cuestionario HSOPS de la AHRQ (Agency for Health Care Research and Quality, 2005), porque cuenta con amplia experiencia en su aplicación y porque la validación y adaptación al castellano realizada en 2005 por la Universidad de Murcia cuenta con el respaldo del Ministerio de Sanidad. En el presente estudio, el grado de seguridad percibida fue adecuado, con una media de 7,81 y 7,48 respectivamente, resultado ligeramente superior al obtenido en otros estudios similares realizados en nuestro país. La tasa de respuesta fue inferior al 50%, aunque en estudios similares realizados mediante cuestionarios auto-administrados y anónimos enviados al personal sanitario, es difícil superar esa tasa de participación (Saturno et al., 2008) (Ministerio Sanidad, 2009a) (Roqueta-Egea, Tomas-Vecina, & Chanovas-Borras, 2011) (da Silva Gama, de Souza Oliveira, & Saturno Hernández, 2013). Sin embargo, algunos autores obtuvieron índices de participación superiores al 70% en estudios realizados sobre colectivos más específicos o en el ámbito de atención primaria (Pozo Muñoz & Padilla Marín, 2013) (Jaraba Becerril, Sartolo Romeo, Villaverde Royo, Espuis Albas, & Rivas Jiménez, 2013). La tasa de participación pasó del 34,8% en 2013 al 47,5% en 2015, lo que indica un cierto aumento en la adhesión al procedimiento. No obstante, aunque la muestra fue representativa de la población total, el índice de participación sigue siendo mejorable.

En el corte realizado en 2015, la seguridad percibida fue menor en el personal fijo, en los facultativos y en el personal con mayor antigüedad en el hospital. Estos resultados coinciden con los hallados en el estudio realizado por el Ministerio de Sanidad en 2008 (Saturno et al., 2008) (Ministerio Sanidad, 2009a), en el que la seguridad percibida por los médicos también fue

inferior a la del resto de colectivos. Dicho estudio se realizó en 24 hospitales del SNS, sobre una muestra de 6.257 profesionales, a los que se aplicó el cuestionario HSOPS. El índice de participación fue del 40% y la seguridad percibida fue de 7,0 puntos. En otro estudio realizado por SEMES en 2010 en 30 hospitales de 13 comunidades autónomas con la misma herramienta para evaluar la cultura de seguridad en los Servicios de Urgencias Hospitalarias (Roqueta-Egea et al., 2011), la seguridad percibida fue de 6,1. En otra evaluación realizada en 2012 en ocho hospitales españoles de la región de Murcia (da Silva Gama et al., 2013), el índice de participación fue del 35,4% y la seguridad percibida fue de 7,3 puntos.

Por otra parte, en un estudio realizado en 2011 en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, en el que se aplicó el cuestionario HSOPS a médicos residentes (Jaraba Becerril et al., 2013) la tasa de respuesta obtenida fue del 84,6% y la seguridad percibida fue de 5,9. Es decir, al dirigirse el cuestionario a un colectivo más específico la tasa de participación fue más alta que en los estudios dirigidos a colectivos más amplios, y al igual que otros estudios, la seguridad percibida por los médicos, especialmente en los servicios de urgencias, fue inferior a los resultados obtenidos en otros estudios dirigidos a todo el personal sanitario.

Respecto a las dimensiones mejor y peor evaluadas por el personal, nuestros resultados son muy similares a los obtenidos en los estudios de referencia realizados en nuestro país. Los puntos de corte propuestos en la herramienta para la interpretación de resultados (Agency for Health Care Research and Quality, 2005) son poco sensibles y en la mayoría de estudios consultados, ninguna de las dimensiones estudiadas aparece como punto fuerte ni como área de mejora. Sin embargo, en casi todos ellos, destacan por el porcentaje de respuestas con carácter positivo dos de las dimensiones: “Acciones de la supervisión que promueven la seguridad”, y “Trabajo en equipo en la Unidad”. El porcentaje de respuestas positivas para estas dimensiones en el estudio realizado por el Ministerio en 2008 (Saturno et al., 2008) (Ministerio Sanidad, 2009a) fue del 61,8% y el 71,8% respectivamente, siendo estas dimensiones también las mejor evaluadas en el estudio realizado por SEMES (Roqueta-Egea et al., 2011) en 2010 y en otros estudios consultados (da Silva Gama et al., 2013) (Pozo Muñoz & Padilla Marín, 2013) (Jaraba Becerril et al., 2013). Ambas dimensiones tienen un carácter marcadamente interno al Servicio o Unidad en la que el profesional presta sus servicios, indicando que en general, se percibe que la mayoría de los problemas relacionados con la seguridad del paciente se originan o están relacionados con problemas externos al servicio o bien, con fallos de coordinación con otras unidades.

En relación a las debilidades u oportunidades de mejora percibidas por los encuestados, según los criterios de la AHRQ (Agency for Health Care Research and Quality, 2005), en nuestro estudio tampoco apareció ninguna, aunque si consideramos como áreas de mejora aquellas dimensiones

en las que no se alcanza el 50% de respuestas positivas (Servicio Vasco de Salud, 2001), sí que hay 4 dimensiones que en alguno de los cortes realizados no alcanzaron esta puntuación.

Estas dimensiones fueron: “Dotación de personal”, “Apoyo de Dirección”, “Percepción global de seguridad” y “Trabajo en equipo entre Unidades”. Estos resultados coinciden con los hallados en el estudio realizado en 2008 por el Ministerio (Saturno et al., 2008) (Ministerio Sanidad, 2009a), con los del estudio realizado en 8 hospitales de la región de Murcia (da Silva Gama et al., 2013) y con el estudio realizado entre médicos residentes en un servicio de urgencias hospitalario (Jaraba Becerril et al., 2013). Resultados similares se obtuvieron en el estudio realizado por SEMES (Roqueta-Egea et al., 2011), en el que las dimensiones peor evaluadas también fueron la “Dotación de personal” y el “Apoyo de la Dirección”, mientras que en un estudio realizado en un Área de Atención Primaria de Andalucía (Pozo Muñoz & Padilla Marín, 2013), las dimensiones peor puntuadas fueron “Dotación de personal”, “Respuesta no punitiva ” y “Notificación de eventos adversos”.

Son muchos los estudios que argumentan que la dotación de personal puede estar relacionada con los incidentes de seguridad, evidenciando la importancia de realizar una distribución racional del personal y una organización adecuada de los ritmos de trabajo a los que se ven sometidos los profesionales, ya que este aspecto puede incrementar el riesgo de aparición de eventos adversos. Por otra parte, en todos los estudios consultados, el personal percibe que los supervisores tienen un mayor compromiso con la seguridad que los gestores, lo que pone de manifiesto la necesidad de mostrar una actitud más proactiva por parte de la gerencia en temas relacionados con la seguridad del paciente (Saturno et al., 2008) (Ministerio Sanidad, 2009a) (Roqueta-Egea et al., 2011) (da Silva Gama et al., 2013) (Pozo Muñoz & Padilla Marín, 2013) (Jaraba Becerril et al., 2013) (P. J. Pronovost et al., 2003).

En general, la percepción de seguridad de 2015 fue inferior a la obtenida en 2013, aunque la seguridad percibida se mantuvo en 7,5 puntos. Esta disminución pudo deberse al incremento del índice de participación y a la labor de concienciación, que hizo que el personal fuera más consciente de los posibles fallos del sistema. Estas variaciones en la percepción de seguridad han ido acompañadas de un importante incremento en la declaración de eventos adversos por parte del personal. En el periodo considerado se ha realizado seguimiento del número de eventos adversos declarados en el sistema de notificación SINEA, para evaluar la adhesión del personal al procedimiento. Tras la realización de diversas acciones de concienciación y la implantación del sistema de notificación a finales de 2013, se pasó de 8 eventos adversos declarados en 2013, a 189 en 2014 y 299 durante el año 2015. Estos datos parecen indicar que la concienciación del personal ha aumentado y se declara más para tratar de aprender de los errores, hecho que

parece confirmarse con la percepción del personal respecto a la dimensión 1 del cuestionario, que hace referencia a la notificación de eventos adversos, con una puntuación positiva del 66% de los participantes en la encuesta de 2015.

Según nuestros resultados, la seguridad percibida se asoció con la evaluación excelente de ciertas dimensiones. El aspecto más fuertemente asociado en 2013 fue “Problemas en el cambio de turno”, con una OR ajustada  $\geq 5$ . Los aspectos más fuertemente asociados con la percepción de seguridad en 2015 fueron “Acciones de la supervisión”, “Franqueza en la comunicación” y “Problemas en los cambios de turno”, con una OR ajustada  $\geq 10$ , siendo estas áreas aquellas en las que los planes de mejora podrían ser más efectivos en nuestra organización.

Respecto al seguimiento de la evolución de la cultura de seguridad, según nuestros resultados, la representación gráfica del porcentaje de trabajadores con evaluación positiva de seguridad respecto a cada una de las dimensiones consideradas, es el mejor indicador para monitorizar los cambios producidos. Dicho porcentaje aporta más información que la media de la seguridad percibida respecto a cada una de las dimensiones o que la seguridad global percibida, indicadores que al menos, en nuestro caso, mostraron poca sensibilidad.

Para ofrecer una atención sanitaria más segura, la comunicación efectiva entre los profesionales y con los pacientes es una herramienta clave de mejora (Jesús M. Aranaz & Agra, 2010). El estilo de liderazgo, la personalidad y las actitudes de los directivos, pueden influir en las percepciones de los profesionales y en sus comportamientos y por tanto, tener importantes consecuencias para la seguridad del paciente (P. J. Pronovost et al., 2003). La cultura organizacional es difícil de cambiar. Las personas pueden cambiar sus actitudes, pero este cambio es poco probable que sea sostenido sin un fuerte compromiso de la organización con la seguridad (Firth-Cozens, 2003). Todavía queda mucho por hacer para conseguir que el cambio de la cultura de las organizaciones sanitarias sea una realidad y que los directivos sean los impulsores de ese cambio, contando con la participación activa y real de todas las partes implicadas. Gran parte de las investigaciones en cultura de seguridad se han orientado a evaluar el clima de seguridad (actitudes y percepciones sobre seguridad que tienen los profesionales) y su asociación con los resultados clínicos, o con la satisfacción de profesionales y pacientes (R. Flin, Mearns, O'Connor, & Bryden, 2000). El impacto de las dimensiones que definen la cultura de seguridad, depende de las características propias de cada individuo y cada organización. La evaluación periódica de la cultura de seguridad es una herramienta útil para conocer el estado y la evolución de las percepciones de los profesionales y ayuda en la elaboración de planes de mejora. La periodicidad en la realización de estas encuestas debe ser suficiente para que las medidas adoptadas hayan tenido tiempo para su implantación efectiva y el colectivo haya percibido sus resultados. Sin embargo, la seguridad percibida, puede

ser un indicador poco sensible para el seguimiento de la eficacia de las acciones implementadas. En nuestro estudio, la seguridad percibida es similar y adecuada en ambos cortes, pero al analizar las distintas dimensiones de forma individualizada, sí que se observan diferencias entre ambos estudios y se detectan áreas de mejora.

### **6.6. RELACIÓN ENTRE LA SATISFACCIÓN LABORAL Y LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Para evaluar la relación entre ambos constructos, se utilizaron los datos de la evaluación conjunta de la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente, realizada en 2015. Entre los distintos modelos de encuestas validadas considerados, se seleccionaron el cuestionario HSOPS (Agency for Health Care Research and Quality, 2005) y la encuesta corporativa de satisfacción laboral de la Osakidetza (Servicio Vasco de Salud, 2001) porque cuentan con amplia experiencia en su aplicación en nuestro ámbito (Robles-García et al., 2005) (Ministerio Sanidad, 2009a) (Roqueta-Egea et al., 2011) (da Silva Gama et al., 2013) (Pozo Muñoz & Padilla Marín, 2013) (Jaraba Becerril et al., 2013). Nuestra tasa de respuesta fue del 47,5%. En estudios similares realizados mediante cuestionarios autoadministrados y anónimos, las tasas de respuesta oscilaron entre el 30% y el 50% (Robles-García et al., 2005) (Chang et al., 2009) (Ministerio Sanidad, 2009a) (Roqueta-Egea et al., 2011) (da Silva Gama et al., 2013) (Sveinsdóttir, Biering, & Ramel, 2006). En algunos estudios realizados en colectivos más específicos se obtuvieron mayores índices de participación (Pozo Muñoz & Padilla Marín, 2013) (Jaraba Becerril et al., 2013).

En el presente estudio, tanto la seguridad percibida como la satisfacción laboral fueron adecuadas, ligeramente superiores a las de otros estudios similares realizados en nuestro país (Robles-García et al., 2005) (Ministerio Sanidad, 2009a) (Roqueta-Egea et al., 2011) (da Silva Gama et al., 2013). La percepción de seguridad de los facultativos fue menor que la del resto de colectivos, igual que sucedía en el estudio sobre cultura de seguridad realizado por el Ministerio de Sanidad en 2008 (Ministerio Sanidad, 2009a).

Las variables sociodemográficas mostraron escasa asociación con la satisfacción laboral, igual que en otros estudios consultados (Zubiri Sáenz, 2013) (Robles-García et al., 2005), aunque la categoría profesional y la antigüedad en el hospital sí que mostraron asociación con la seguridad percibida..

La percepción de los profesionales respecto a ambos constructos fue similar a la obtenida en otros estudios (Ministerio Sanidad, 2009a) (Roqueta-Egea et al., 2011) (da Silva Gama et al.,

2013), pero analizando la figura 15 es interesante observar la forma de los polígonos que representan las relaciones entre las distintas dimensiones consideradas.

En la figura 18, en el diagrama que representa la satisfacción laboral se observa que para las dimensiones 3, 7 y 11 («Promoción y desarrollo», «Participación» y «Conocimiento de objetivos») muchos profesionales tienen una percepción adecuada, pero son pocos los que tienen una alta percepción de dichas dimensiones. Igual sucede para la dimensión 3 («Acciones de la supervisión») en el diagrama que representa la cultura de seguridad. Por el contrario, en la dimensión 12 de la satisfacción laboral («Percepción de la dirección») y en la dimensión 2 de la cultura de seguridad («Percepción global de seguridad») se observa el fenómeno contrario: pocos profesionales tienen una percepción adecuada, pero casi todos los trabajadores con percepción positiva de la dimensión tienen una alta percepción de la misma. Estas discrepancias entre la percepción adecuada y la alta percepción de algunas dimensiones deben tenerse en cuenta para priorizar los planes de mejora. Tradicionalmente, cuando se interpretan los resultados de este tipo de encuestas, solo se consideran las medias y los porcentajes de trabajadores con percepción adecuada de las dimensiones (puntuación  $\geq 4$ ), pero según nuestros datos, es la alta percepción (puntuación = 5) la que realmente se asocia con las variables resultado. Además, el polígono que representa a los profesionales con alta satisfacción laboral prácticamente coincide con el definido por los profesionales con alta seguridad percibida. La forma del polígono es diferente para cada uno de los constructos, pero en ambos casos la representación de la alta percepción de las dimensiones es paralela a los polígonos que representan las variables resultado, siendo estos últimos prácticamente coincidentes. Este hecho sugiere que las 24 dimensiones están relacionadas con las dos variables resultado, y que éstas también se relacionan entre sí. Además, existen numerosas correlaciones y asociaciones cruzadas entre las dimensiones de ambos constructos, lo que confirma la relación existente entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad.

Muchos trabajos relacionan la gestión de personas y la seguridad del paciente (Rhona Flin et al., 2009) (Gurses, Ozok, & Pronovost, 2012) (Mao et al., 2015) (Neal et al., 2000) (Greenslade & Jimmieson, 2011) (Carayon, 2010) (Carayon, Xie, & Kianfar, 2014) (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004) (Escobar-Aguilar et al., 2013) (Poghosyan, Nannini, Stone, & Smaldone, 2013) (Jeffcott, Ibrahim, & Cameron, 2009). Neal et al. (Neal et al., 2000) desarrollaron un modelo explicativo de la influencia del clima de la organización sobre la seguridad. Sus hallazgos sugerían que las intervenciones diseñadas para mejorar el clima de la organización y la satisfacción laboral tienen influencias positivas sobre la seguridad del paciente y que las intervenciones realizadas para incrementar la seguridad son más efectivas si se

desarrollan con un clima laboral favorable. En otro estudio realizado por Greenslade y Jimmieson (Greenslade & Jimmieson, 2011), el clima laboral se asoció con la implicación del personal de enfermería. La implicación predecía el desempeño profesional, el cual fue un predictor significativo de la satisfacción de los pacientes. Estos resultados sugieren que, si se crea un clima adecuado, el personal sanitario mejora su desempeño y aumenta la satisfacción de los pacientes con los cuidados recibidos. Escobar et al. (Escobar-Aguilar et al., 2013) analizaron los resultados de los estudios SENECA y RN4CAST para relacionar el entorno laboral y la seguridad de los pacientes. Sus resultados indican que, en las instituciones donde se fomenta un entorno laboral favorable, los pacientes perciben una mayor seguridad en los cuidados y están más satisfechos con la atención recibida.

Muchos autores afirman que las acciones dirigidas a incrementar la seguridad, no solo deben tratar de reducir los eventos adversos, sino que también deben mejorar el bienestar de los profesionales, su satisfacción laboral y su motivación (Carayon et al., 2014). En 2009, la Organización Mundial de la Salud (OMS) revisó los factores humanos relacionados con la seguridad del paciente y los dividió en cuatro facetas: organizativa/gerencial, trabajo en equipo, aspectos relacionados con el individuo y ambiente de trabajo. Estas facetas se dividían en 10 categorías: cultura de organización, liderazgo directivo, comunicación, trabajo en equipo, liderazgo de equipo, situación, toma de decisiones, estrés, fatiga y ambiente de trabajo (Rhona Flin et al., 2009). Nuestros resultados son acordes con este planteamiento y confirman que existe relación entre las dimensiones que definen la satisfacción laboral y la cultura de seguridad.

El informe la OMS (Rhona Flin et al., 2009) recomendaba formar al personal sanitario en habilidades comunicativas para fomentar el trabajo en equipo, abordar con éxito los conflictos interpersonales, favorecer la creación de entornos de trabajo adecuados e incrementar la seguridad de los pacientes. Ciertos estilos de liderazgo se asocian con mayor cultura de seguridad en la organización y menores tasas de eventos adversos (Rhona Flin et al., 2009). Este planteamiento apoya el hecho de que, en nuestro estudio, la dimensión más asociada con la seguridad percibida por nuestros profesionales es «Acciones de supervisión», es decir, los mandos intermedios que se implican y lideran adecuadamente a su equipo consiguen concienciar al personal a su cargo e incrementar su cultura de seguridad, pero para lograrlo es necesario tener mandos intermedios receptivos y adecuadamente formados. Otro dato interesante de nuestro estudio es la elevada asociación entre la «Percepción de la dirección» y las variables resultado, aunque, por contra, esta es una de las dimensiones peor evaluadas por nuestros profesionales, que en general, tienen mejor concepto de los mandos intermedios que de los cargos directivos, hecho también observado en varios estudios realizados en España

(Ministerio Sanidad, 2009a) (Roqueta-Egea et al., 2011) (da Silva Gama et al., 2013). Estos datos indican que debería concienciarse a nuestros directivos sobre la importancia del factor humano en las organizaciones, la comunicación y el trabajo en equipo, como paso previo y fundamental para crear ambientes libres de culpa y mejorar así la implicación de los profesionales y los resultados relacionados con la seguridad del paciente.

Otros aspectos importantes, contemplados en el informe de la OMS de 2009 (Rhona Flin et al., 2009), son los referidos a la toma de decisiones y el manejo del estrés. Estas variables deberían abordarse mediante una adecuada formación y dotación de personal, planteamientos que apoyan los resultados de nuestro estudio, donde tanto la «Dotación de personal» como la «Formación» muestran asociación con la satisfacción laboral y con la seguridad percibida. Las condiciones y el ambiente de trabajo, según algunos estudios consultados (Rhona Flin et al., 2009) (Mao et al., 2015) (Carayon, 2010) (Carayon et al., 2014), también son fundamentales para la seguridad del paciente; resultados también observados en nuestro trabajo, pues la dimensión 1 de la Encuesta de satisfacción laboral («Condiciones de trabajo») no muestra asociación con la satisfacción laboral, pero sí con la seguridad percibida, mientras que el «Ambiente de trabajo» muestra asociación tanto con la satisfacción laboral como con la seguridad percibida. Como resumen de lo expuesto, puede afirmarse que son muchos los autores que relacionan la satisfacción laboral y la seguridad del paciente (Rhona Flin et al., 2009) (Gurses et al., 2012) (Mao et al., 2015) (Neal et al., 2000) (Greenslade & Jimmieson, 2011) (Carayon, 2010) (Carayon et al., 2014) (Greenhalgh et al., 2004) (Escobar-Aguilar et al., 2013) (Poghosyan et al., 2013) (Jeffcott et al., 2009), hecho también observado en nuestro estudio.

## **6.7. GESTIÓN DE RIESGOS ASISTENCIALES**

Las organizaciones sanitarias están, hoy en día, sometidas a grandes desafíos derivados del aumento constante de los costes debido a la creciente actividad asistencial y a la progresiva complejidad y especialización de los procesos y las técnicas empleadas. Esta situación ha generado además, un incremento considerable de los riesgos asociados a los procesos de atención sanitaria. El conocimiento de los riesgos relacionados con la seguridad del paciente es un paso necesario para poder prevenirlos (Aibar & Aranaz, 2003) y para ello debemos estimar la magnitud y las características del riesgo clínico, comprender los factores que contribuyen a la aparición de resultados adversos, evaluar el impacto de los resultados adversos en el sistema sanitario e identificar soluciones efectivas, factibles y sostenibles para lograr una atención segura.

La reducción de los eventos adversos relacionados con la atención sanitaria, requiere un abordaje organizacional y multidisciplinar. Por una parte, deberían realizarse actuaciones orientadas a la mejora de los conocimientos, actitudes y habilidades de los profesionales, y por otro, las dirigidas a modificar las condiciones en que trabajan las personas y la construcción de barreras dirigidas a evitar la aparición de sucesos adversos y a limitar sus consecuencias (Aibar-Remón, 2005). Existe gran cantidad de eventos adversos evitables (errores en la medicación, lesiones por presión, flebitis, falta de información del paciente, infecciones nosocomiales, etc.), por lo que los profesionales de enfermería, desempeñan un papel importante en los resultados de salud y están muy implicados en la seguridad del paciente (Ministerio Sanidad, 2009b). La elaboración del mapa de riesgos de la organización permitió conocer la percepción del personal respecto a la frecuencia, gravedad y evitabilidad de los distintos riesgos identificados así como respecto al impacto y complejidad de la implantación de las medidas preventivas propuestas. Además, esta herramienta permite definir prioridades y disponer de propuestas sobre medidas para minimizar los riesgos (Tejedor Fernández et al., 2013) (Pérez Lázaro et al., 2012) (Pérez Lázaro et al., 2013).

Mejorar la seguridad del paciente es un objetivo estratégico compartido por todos. Un programa o plan de seguridad del paciente es el conjunto de acciones que desarrolla un servicio de salud para disminuir de forma sistemática, los riesgos de daños innecesarios inherentes a la atención sanitaria. AENOR, consciente de esta realidad, y participe de los planes y programas de mejora de la calidad que se han llevado a cabo durante los últimos años, ha contribuido con la elaboración de la Norma UNE 179003:2013 para reducir los riesgos a los que están sometidos los pacientes a su paso por el sistema sanitario (AENOR, 2013).

En nuestro estudio, para elaborar el mapa de riesgos, se utilizó la metodología del Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE), igual que habían hecho anteriormente otros autores (Tomás Vecina, Bueno Domínguez, Chanovas Borrás, & Roqueta Egea, 2014). El Mapa de Riesgos obtenido es una herramienta proactiva y homogénea, que analiza todos los procesos asistenciales del hospital y que permite la gestión de riesgos. La participación del personal en la elaboración del mapa y de los planes de mejora para la gestión de los riesgos asistenciales, permitió incrementar su cultura de seguridad y favoreció la comunicación abierta y el desarrollo de un ambiente libre de culpa, promoviendo el trabajo en equipo.

La información contenida en los Mapas de Riesgos apoya el desarrollo de programas para su adecuada gestión (Tomás Vecina et al., 2014). La realización de este trabajo ha sido útil para conocer la cultura de seguridad del paciente de nuestros profesionales y ha permitido mejorar el diseño de ciertos procesos.

Los 3 modos de fallo principales identificados, con un IPR de 700 y cuyo abordaje era una prioridad, fueron: los errores relacionados con la medicación, los fallos en la comunicación durante la transferencia de información y la falta de protocolos para algunas tareas o la falta de adherencia a los mismos. Nuestra experiencia, igual que la de otros autores, enfatiza la importancia de crear una cultura de seguridad del paciente a través de la implantación de un plan de seguridad que incluya un análisis de los eventos adversos, su priorización y la planificación de acciones preventivas para disminuir su incidencia (Tejedor Fernández et al., 2013) (Tomás Vecina et al., 2014). La comunicación, ya sea interprofesional o interservicios o con el paciente y su familia, se identificó como un aspecto clave para la mejora.

Los profesionales participaron en la elaboración de planes de mejora con estrategias para gestionar los riesgos identificados, pero para que estos planes sean efectivos, es imprescindible la implicación de la dirección. En nuestro caso, se consiguió implantar el programa de prescripción electrónica asistida y múltiples medidas para la prevención del riesgo de caídas.

## **6.8. ADOPCIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS ASISTENCIALES**

Cuanto mayor es la satisfacción laboral y menor es la prevalencia de burnout, existe mejor desempeño e implicación en el cumplimiento de las buenas prácticas asistenciales, con la consiguiente mejora de la calidad asistencial, tanto en términos de disminución del número de complicaciones, como de incremento de la satisfacción del paciente. La importancia de la implantación de buenas prácticas asistenciales y su relación con la fijación de estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS, se ha destacado en diversos documentos, siendo uno de los más representativos, el proyecto SENECA (Ministerio Sanidad, 2009b).

En el presente trabajo se han evaluado tres buenas prácticas: la realización del cribado del estado nutricional del paciente, la adhesión al protocolo de higiene de manos y la evaluación de la satisfacción del personal con el programa de prescripción electrónica asistida.

### **Cribado del estado nutricional del paciente**

La desnutrición en los hospitales de los países desarrollados es un hecho conocido desde mediados del siglo pasado, pero al que no se ha encontrado solución hasta ahora. La detección y prevención de la desnutrición hospitalaria constituyen un elemento clave en los protocolos asistenciales. Su tratamiento requiere el esfuerzo coordinado de distintos profesionales (Ulibarri JI, 2004) (J. I. de Ulíbarri Pérez et al., 2015). El estado nutricional y la competencia inmunológica

son los dos principales determinantes de la morbi-mortalidad hospitalaria. La desnutrición proteica está considerada como una de las causas más frecuentes de inmunodepresión, siendo la infección la principal causa de mortalidad y morbilidad en pacientes severamente desnutridos (Nova, Montero, Gómez, & Marcos, 2002).

La evaluación analítica del estado nutricional es multifactorial y necesita indicadores de los compartimentos somático, graso y visceral. La combinación de varios marcadores da mayor rentabilidad diagnóstica. Los índices pronósticos son más útiles que las determinaciones individuales de magnitudes biológicas. Miden el riesgo de complicación por desnutrición y son útiles para identificar pacientes candidatos para recibir soporte nutricional (J. de Ulíbarri Pérez et al., 2002) (González Madroño A et al., 2011).

La frecuencia de desnutrición en el momento del ingreso y durante la hospitalización es elevada, estando en relación con la patología del paciente, edad, ayuno terapéutico y estancia hospitalaria (Ulibarri JI, 2004) (Sánchez López et al., 2005) y supone un coste elevado para los sistemas sanitarios, por la prolongación de la estancia hospitalaria y por el riesgo asociado de aparición de complicaciones y/o reingresos (Perez de la Cruz et al., 2004) (Lobo Támer et al., 2009). El CONUT es un método de cribado sencillo, eficiente, universal, sensible y económico que permite detectar de forma automatizada durante los primeros días de ingreso a aquellos pacientes que necesitan algún tipo de intervención nutricional, realizando una evaluación permanente y un seguimiento evolutivo del cuadro tras la aplicación del plan de actuación nutricional (J. de Ulíbarri Pérez et al., 2002) (Ulíbarri Perez JI et al., 2014).

En nuestro hospital, desde 2014, el CONUT se realiza a todos los pacientes ingresados, actuando como un filtro para detectar aquellos pacientes con riesgo nutricional. La evaluación bioquímica complementa la información obtenida por otros procedimientos de evaluación. Estos datos ayudan a establecer en estos pacientes un diagnóstico adecuado, identificando al paciente desnutrido y valorando sus requerimientos nutricionales, un pronóstico, prediciendo la aparición de posibles complicaciones secundarias a la desnutrición y un seguimiento para evaluar la eficacia de la terapia nutricional instaurada (De Ulibarri et al., 2005) (González-Madroño et al., 2012).

Los perfiles nutricionales son una forma costo-efectiva adecuada para apoyar los cuidados nutricionales del paciente hospitalizado. Permiten identificar precozmente al paciente con probable desnutrición, tienen mínimo coste, alta eficiencia, son de fácil seguimiento, son aplicables a la totalidad de los enfermos ingresados y permiten implicar al personal para completar la valoración. Estos filtros son un sistema fácil y eficiente para identificar precozmente

a los pacientes desnutridos y permiten reorientar el trabajo hacia donde es más necesario (Ulíbarri Perez JI et al., 2014).

Según nuestra experiencia, tras la puesta en marcha de la Unidad de nutrición, ha aumentado progresivamente el número de pacientes atendidos, lo que indica una progresiva sensibilización de los profesionales sobre el problema de la desnutrición. Según nuestros resultados, la situación nutricional al alta mejora sustancialmente a expensas, sobre todo, de corregir la desnutrición proteica, ya que se muestra mucho más sensible a la intervención nutricional que la desnutrición calórica.

La patología más frecuente en nuestra muestra fue el ictus seguida de la insuficiencia cardíaca. Existen diferencias en los patrones nutricionales de las patologías más prevalentes en nuestro hospital. En los extremos nos encontramos el ictus (con mayor porcentaje de pacientes normonutridos) y la demencia (con menor porcentaje de normonutridos). El conocimiento de los patrones nutricionales nos puede ayudar a manejar de forma más precoz y orientada los problemas nutricionales asociados a cada patología.

Sin embargo, debe tenerse en cuenta que el valor del CONUT se ve influido por el estado de hidratación del paciente, así como por el resto de situaciones clínicas que afectan a la concentración de las magnitudes biológicas a partir de las cuales se calcula, por lo que no debe olvidarse que se trata de una alarma nutricional, que debe interpretarse teniendo en cuenta la situación clínica del paciente (Ulíbarri JI, 2004).

#### **Adhesión del personal al protocolo de Higiene de manos**

En los últimos años se han descrito numerosas experiencias de éxito en la mejora de la HM del personal sanitario (Stewardson et al., 2016) (Seto et al., 2013) (Rodríguez et al., 2015) (Randle, Clarke, & Storr, 2006) (Helms, Dorval, Laurent, & Winter, 2010), casi todas ellas, diseñadas a partir de aproximaciones multifactoriales basadas en la estrategia multimodal de la OMS. Nuestro estudio, monitoriza la adhesión al protocolo de HM en un hospital de media-larga estancia, observándose gran variabilidad en los resultados en los distintos momentos del estudio y en la eficacia de las medidas adoptadas.

Analizando los resultados de los estudios transversales realizado en 2010–2012 para comprobar la efectividad de las medidas aplicadas para reducir la prevalencia de colonización de las manos del personal por microorganismos patógenos, se observan importantes lagunas de conocimiento entre los profesionales sanitarios, hecho también observado por otros investigadores (Pérez-Pérez et al., 2015) (Sánchez-Payá et al., 2007). En 2012, la colonización de las manos del personal

disminuyó en un 7,1%, pasando del 28,3% en 2010 al 21,2%. En 2010, se observaron diferencias significativas para todas las variables consideradas. Presentaban mayor prevalencia de colonización los profesionales más jóvenes, los hombres y el colectivo de celadores, siendo también estos colectivos los que presentaron mayores déficits formativos en algunos de los estudios consultados (Pérez-Pérez et al., 2015) (Sánchez-Payá et al., 2007). Tras la aplicación de las medidas correctoras, fundamentalmente formación y distribución de recordatorios en el lugar de trabajo, en 2012, la colonización de manos presentó una distribución más homogénea para todas las variables consideradas. Sin embargo, en el colectivo de celadores, no se consiguió reducir la tasa de colonización, que continuó siendo del 34,7%.

Los peores resultados se obtuvieron en las unidades de hospitalización con mayor carga de trabajo, factor que probablemente también influyó en la falta de adhesión del personal al protocolo. Es preocupante la elevada prevalencia de colonización de las manos de los estudiantes de enfermería (55%), hecho observado también por otros autores (Morán Cortés, Gimeno Benitez, Martínez Redondo, & Sánchez Vega, 2014) (Škodová et al., 2015) y que sugiere la necesidad de mejorar la formación en su Plan de Estudios (Sánchez-Payá et al., 2007) para subsanar las lagunas formativas y conseguir en el futuro profesionales cualificados y concienciados.

La eficacia de las medidas adoptadas en esta etapa, centradas en la formación, sin abordar otros aspectos organizacionales, fue irregular y localizada en los colectivos con peores resultados iniciales, hecho que parece indicar, que la formación por sí sola, es una medida necesaria, pero no suficiente. Otros autores también han observado que el impacto de la formación en HM no siempre tiene los efectos esperados sobre los conocimientos adquiridos (Sánchez-Payá et al., 2007).

La aplicación del Marco OMS de Autoevaluación de la HM (World Health Organization, 2010b) en 2013, sirvió para identificar nuestros puntos débiles, que eran la evaluación y la formación. La falta de eficacia de la formación impartida hasta el momento, nos hizo cambiar de estrategia y utilizar la observación directa para evaluar a los profesionales, informándoles e indicándoles de forma inmediata los errores observados. Tras adoptar esta medida, se duplicó el consumo de solución hidroalcohólica, (indicador indirecto de proceso), pasando de 5,95 l/1000 estancias en 2013 a 12,51 l/1000 estancias en 2014, confirmándose la eficacia del cambio de método formativo implementado, ya que existe correlación entre la adhesión al protocolo de HM y el consumo de solución hidroalcohólica (Sánchez-Payá et al., 2007) (Johnson et al., 2005).

En 2015 se realizó un estudio transversal para evaluar el conocimiento de la técnica de HM, constatándose que el colectivo de celadores, junto al de facultativos y fisioterapeutas, eran quienes tenían mejor conocimiento de la técnica. Este hecho confirmó la efectividad de la formación impartida, en los aspectos relacionados con la realización de la técnica. Sin embargo, en la evaluación del grado de cumplimiento de las recomendaciones, realizada por observación directa ese mismo año, el colectivo de celadores continuó siendo el que ofreció peores resultados, probablemente, por falta de conocimientos sobre aspectos relacionados con la transmisión cruzada, aspecto fundamental para prevenir la IN. Este hecho, también observado por otros investigadores (Pérez-Pérez et al., 2015), sugiere la necesidad de elaborar planes de formación específicos en función de los colectivos profesionales a los que se dirigen.

Tras la aplicación periódica del Marco OMS de Autoevaluación de la HM y la elaboración de planes de acción específicos, mejoró considerablemente la adhesión del personal, de forma que el cumplimiento de las recomendaciones pasó del 39,5% al 72%, siendo este incremento superior al obtenido por otros autores (Sánchez-Payá et al., 2007) (Johnson et al., 2005).

Cabe destacar que con la aplicación sistemática de la estrategia multimodal de la OMS, en la actualidad, nuestros puntos débiles iniciales (formación, evaluación y cambio de sistema), se han convertido en puntos fuertes. Esta mejora de la puntuación, obtenida tras la aplicación de la herramienta, ha ido acompañada de un notable incremento en el consumo de solución hidroalcohólica, que pasó de 5,95 l/1000 estancias en 2013 a 19,29 l en 2016, lo que corrobora el incremento de la adhesión del personal al protocolo de HM.

Una acción sencilla, como la HM, está condicionada por muchos factores que la hacen compleja. Nuestros resultados corroboran que la adhesión al protocolo de HM es multifactorial y no depende solo de la formación, sino que también influyen factores como la accesibilidad a la solución hidroalcohólica, la carga de trabajo, la concienciación y la evidencia, mediante el seguimiento de los indicadores, de las principales áreas de mejora, siempre que exista voluntad de afrontarlas. Los momentos para la higiene, el producto utilizado, su accesibilidad, la sobrecarga de trabajo, el conocimiento de la técnica, el uso de guantes, o la concienciación de los profesionales (World Health Organization, 2005) (Boyce & Pittet, 2002) son factores sobre los que, si no interviene, hacen que el cumplimiento de la HM de los profesionales sea insuficiente. Existen estudios que indican que el cumplimiento medio de la HM en el personal sanitario es del 40% (World Alliance for Patient Safety et al., 2005) (Fuentes-Ferrer et al., 2012). En nuestro primer estudio observacional registrado, dicha tasa fue del 39,5%, habiendo pasado al 71,8% tras aplicar las recomendaciones de la OMS.

La evaluación proporciona indicadores de la efectividad de nuestras intervenciones y nos guían en su planificación, pero las intervenciones deben ser continuadas y a ser posible, participativas, para conseguir mejores resultados a largo plazo, hecho también descrito por algunos autores (Helms et al., 2010). Mejorar la adhesión del personal al protocolo de HM, ha sido un proyecto largo. Las acciones puntuales, consiguieron mejoras puntuales y solo la disponibilidad de medios, la retroalimentación y la monitorización, mejoraron la adhesión del personal de forma homogénea a nivel de toda la organización.

### **Satisfacción de los profesionales con el programa de prescripción electrónica asistida**

Nuestros resultados muestran una satisfacción con la PEA bastante alta siendo mayor en los facultativos que en las enfermeras al igual que en estudios previos (Beam et al., 2017) (P. L. T. Hoonakker et al., 2010), y a diferencia de otros autores donde fue mayor la satisfacción del PE (Escolano Pueyo A, & Real-Campaña JM, Casajús-Lagranja P, et al, 2017) (Peter L T Hoonakker et al., 2013). Si hubiésemos utilizado la escala final propuesta obtendríamos resultados similares en cuanto a la satisfacción global con la PEA. Estas diferencias en cuanto a la satisfacción con la PEA entre profesionales sanitarios pueden ser debidas a muy diversas causas (Beam et al., 2017) (P. L. T. Hoonakker et al., 2010) (Escolano Pueyo A, & Real-Campaña JM, Casajús-Lagranja P, et al, 2017) (Peter L T Hoonakker et al., 2013) (Al Alawi, Al Dhaheri, Al Baloushi, Al Dhaheri, & Prinsloo, 2014) (Murray-Weir et al., 2014), pero sin duda cada uno realiza un uso diferente del sistema PEA para su quehacer diario y posiblemente sus necesidades también sean diferentes. En efecto, al no disponer en nuestro centro de un sistema de registro virtual de la administración de la medicación paralelo al sistema PEA puede provocar una menor satisfacción con el mismo por parte del PE (Ruano et al., 2016). Esto no invalida la obtención de un modelo único para recoger la satisfacción de los profesionales y posteriormente en su análisis estratificar para conocerla en ambos grupos y como pueden influir sobre la misma los distintos factores o variables confundidoras en estos grupos (Doval E & Viladrich C., 2017).

Hemos utilizado un punto de corte alto para medir la satisfacción con el sistema PEA. En efecto, para decidir si un participante en el estudio estaba satisfecho, debería de contestar una media de 4 puntos por ítem, independientemente de la escala utilizada. Esta decisión se basa en: primero, por analogía a los estudios de satisfacción de los pacientes que muestran puntuaciones muy altas (Katusiime et al., 2016); y segundo, por la comunicación de resultados en estudios previos (Beam et al., 2017) (P. L. T. Hoonakker et al., 2010) (Escolano Pueyo A, & Real-Campaña JM, Casajús-Lagranja P, et al, 2017) (Wack et al., 2015) (Murray-Weir et al., 2014) (Makam et al., 2013).

La baja satisfacción con el sistema PEA es debida a la falta de flexibilidad o la burocracia y carga de trabajo que puede ocasionar a los profesionales, de ahí que se realicen esfuerzos para mejorar su usabilidad (Cuéllar Monreal et al., 2017) (Gómez de Rueda et al., 2016) (Al Alawi et al., 2014) (Murray-Weir et al., 2014) (Makam et al., 2013). También se han detectado en los médicos distintos niveles de satisfacción con la PEA a lo largo del tiempo (Peter L T Hoonakker et al., 2013), ya que los usuarios se pueden haber adaptado al mismo o porque se hayan introducido mejoras que faciliten su utilización (Cuéllar Monreal et al., 2017) (Idemoto et al., 2016) (Zheng et al., 2011).

Las respuestas a cada uno de los ítems de las escalas originales muestran un efecto techo concentrándose en los valores altos la mayoría de ellas. Este efecto queda asimismo reflejado en las medianas obtenidas en los ítems y denota la baja sensibilidad a los cambios en las escalas originales utilizadas (Luján-Tangarife & Cardona-Arias, 2015). Se produce normalmente este efecto en el patrón de las respuestas registrado también en otros estudios similares (Beam et al., 2017) (P. L. T. Hoonakker et al., 2010) (Makam et al., 2013). Asimismo en un estudio previo realizado en nuestro país (Escolano Pueyo A, & Real-Campaña JM, Casajús-Lagranja P, et al, 2017) las respuestas a estos cuestionarios ya mostraban este efecto techo. Al utilizar nuestro modelo final se produce una atenuación de este efecto con nuestros datos, pero sin estar exento del mismo.

Se ha partido de la hipótesis de que la satisfacción respecto a una herramienta tecnológica concreta podría ser unidimensional aunque algunos autores recomiendan abarcar más dominios (Zheng et al., 2011). Distintos instrumentos han sido utilizados para medir la satisfacción con PEA (P. L. T. Hoonakker et al., 2010), la mayoría han sido desarrollados por los propios investigadores (Murray-Weir et al., 2014). Actualmente solamente existe un instrumento considerado estrictamente específico, el POESUS (P. L. T. Hoonakker et al., 2010). Nosotros hemos utilizado unos cuestionarios específicos que fueron creados y utilizados por Escolano y cols (Escolano Pueyo A, & Real-Campaña JM, Casajús-Lagranja P, et al, 2017) en nuestro ámbito y cultura sanitaria, que tenían dos factores.

El proceso de selección y depuración de ítems es artesanal y depende de la experiencia y criterio del investigador (Doval E & Viladrich C., 2017). Al comprobar que existían muchos ítems iguales o casi iguales (siete) en ambas escalas originales hemos procedido a su fusión de manera directa o cambiando apenas su redacción como puede comprobarse en el Anexo V. Con la depuración de ítems hemos conseguido una escala final de seis ítems con una alta fiabilidad ( $\alpha$ -Cronbach > 0,80) y buena validez, mostrando el suficiente tamaño muestral por pregunta contestada (11 por ítem)

(Doval E & Viladrich C., 2017), produciendo una atenuación en el efecto techo detectado en las otras escalas originales.

Los resultados obtenidos tanto en la encuesta de PF como en el análisis factorial de la misma pueden ser incongruentes por distintas razones, como que la pregunta sobre la satisfacción global, PF8, no sea el que más pese en el primer componente; o que el PF9, sobre si facilita la PEA la prescripción, pese más en el segundo componente que en el primero (Doval E & Viladrich C., 2017). Es posible que por el tipo de hospital que tiene una plantilla de facultativos reducida puedan sentirse observados, a pesar de estar totalmente garantizado el anonimato durante la encuesta. Por otra parte puede haberse interpretado el significado de cada uno de estos ítems de manera diferente por los facultativos y las enfermeras. Debemos tener presente que no todos son bondades al implantar un sistema PEA, que hay riesgos inherentes aunque el balance riesgo beneficio sea muy alto (Villamañán et al., 2013) (Volpe et al., 2016) (Zheng et al., 2011). Nosotros realizamos la encuesta tras más de un año de la implantación del PEA en el hospital, tiempo suficiente para evitar la influencia de la curva de aprendizaje sobre el sistema PEA.

La implementación de estrategias activas para promover la cultura de seguridad del paciente es imperativa. Los sistemas de PEA reducen los errores de medicación, pero su aceptación por parte de los profesionales sanitarios no siempre es buena.

Existen diferentes cuestionarios para evaluar la satisfacción de los profesionales sanitarios con los PEA, casi siempre con dos variantes, una para personal médico y otra para el personal de enfermería. Este estudio proporciona un modelo único de cuestionario para evaluar la satisfacción de todos los profesionales que intervienen en el proceso de PEA, lo que simplifica y acelera la recopilación de datos, su medición y análisis.

Nuestra escala final de seis elementos tiene alta fiabilidad, buena validez y menos efecto techo que las escalas originales, lo que puede facilitar el proceso de evaluación de la satisfacción de los profesionales con los PEA en instituciones sanitarias.

La obtención un cuestionario único, puede facilitar el proceso de determinación satisfacción con el PEA en instituciones sanitarias. Sin embargo sería conveniente testar esta escala en otros momentos y/o en diferentes hospitales para corroborar su validez.

### **6.9. BIENESTAR LABORAL Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE**

En los servicios de salud, la evaluación de la satisfacción laboral, está adquiriendo un creciente interés, ya que según algunos estudios, está relacionada con la satisfacción de los usuarios. Estudios llevados a cabo en Estados Unidos (Linda H. Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber,

2002) y Canadá (Estabrooks, Midodzi, Cummings, Ricker, & Giovannetti, 2005) sugieren que una provisión adecuada de personal y el apoyo organizacional son clave para mejorar la calidad del cuidado del paciente. Existen estudios que indican que en los llamados “Hospitales Magnéticos”, las tasas de mortalidad son inferiores a las de otros hospitales de su mismo nivel, es decir, que la calidad de los cuidados prestados y la seguridad del paciente, se relaciona con la gestión participativa llevada a cabo en este tipo de centros (L. H. Aiken et al., 1994) (Linda H. Aiken et al., 2012).

Según nuestros datos, la satisfacción laboral y la realización personal correlacionan con la satisfacción del paciente, mientras que el grado de burnout y la afectación de las escalas de despersonalización y realización personal correlacionan negativamente con la satisfacción del paciente. Estos resultados coinciden con los hallados por otros autores (Peiró JM & Sanz T, 2004) y además, parecen lógicos, ya que es difícil ofrecer un servicio de calidad cuando el propio profesional está necesitando ayuda (Albaladejo et al., 2004).

Por otra parte, la satisfacción laboral, según nuestros datos, correlaciona con el grado de cumplimiento de los acuerdos de gestión, es decir, en la medida que los profesionales están satisfechos y se identifican con los objetivos de la organización, se implican más y se consiguen mejores resultados.

#### **6.10. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Entre las limitaciones del estudio está su diseño transversal, que no permite extraer conclusiones de causalidad ni direccionalidad de las relaciones entre las variables estudiadas. Sería necesario realizar estudios longitudinales para analizar dichas relaciones.

Existe un posible sesgo de selección, ya que al ser la participación voluntaria y anónima, los profesionales más proactivos suelen ser los más participativos.

No ha sido posible realizar un análisis más profundo de las características organizacionales del hospital donde se desarrolló el estudio, por lo que algunos aspectos de la influencia de la cultura organizacional y los estilos de liderazgo sobre los resultados obtenidos, pueden haber sesgado la interpretación de los resultados.

Finalmente, el bajo número de participantes es otra limitación, dado el pequeño tamaño de la organización, hecho que impide extrapolar nuestros resultados a la población general, por lo que sería necesario realizar estudios más amplios para confirmar nuestros resultados.

Las **inferencias** realizadas para tratar de relacionar los resultados de los distintos estudios observacionales realizados con los resultados de los acuerdos de gestión y de los indicadores de

calidad percibida por el paciente pueden estar influidos por otras variables organizacionales ajenas al estudio, que pueden introducir sesgos en la interpretación de los resultados

Otro factor a considerar es la posible influencia de los cambios acaecidos durante el periodo de estudio, con renovación del equipo directivo e intervenciones organizacionales que pudieron modificar las percepciones del personal.

Respecto a la monitorización de la adhesión del personal al protocolo de higiene de manos, las principales limitaciones del estudio, son que no se ha analizado de forma explícita el tiempo transcurrido entre la formación y la evaluación.

En el estudio realizado para comprobar los conocimientos del personal sobre la técnica de HM, pedir a los profesionales que se lavaran las manos para evaluarlos, pudo producir un sesgo positivo. Sin embargo, si el estudio se hubiese realizado solo por observación directa, no se hubiesen podido cuantificar las zonas “limpias”.

Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, este estudio es de interés porque obtuvo información de todos los grupos profesionales, a diferencia de otros estudios que se centraron en grupos profesionales más específicos y abarca un periodo de seguimiento de 7 años en algunos de los aspectos considerados, lo que permite monitorizar la evolución de las variables consideradas y de sus relaciones.

# 7. **C**ONCLUSIONES





## 6. CONCLUSIONES

1. Los profesionales presentan un nivel medio de desgaste profesional. La prevalencia de burnout varió significativamente en función de los puntos de corte aplicados, lo que confirma la importancia de utilizar valores normativos acordes a las características de la población estudiada para evitar sesgos transculturales en la interpretación de los resultados.
2. Según los resultados del presente estudio, existe asociación entre los factores de riesgo psicosocial y el burnout. Los individuos con mayor satisfacción laboral, autoeficacia y optimismo, afrontan mejor el estrés y son menos vulnerables a los riesgos psicosociales y al burnout.
3. La evaluación periódica de la satisfacción laboral y de la cultura de seguridad del paciente, permite monitorizar el estado y la evolución de las percepciones del trabajador y ayuda a identificar áreas de mejora. Según resultados obtenidos, la representación gráfica del porcentaje de profesionales con una evaluación positiva de cada una de las dimensiones consideradas es el indicador más sensible para detectar cambios.
4. Las dimensiones que definen la satisfacción laboral y la cultura de la seguridad presentan relaciones cruzadas entre sí y con las variables resultado, lo que indica que ambos constructos están relacionados. Los resultados del presente estudio indican que si se crea un clima adecuado y aumenta la satisfacción laboral, el personal sanitario mejora su desempeño y se incrementa la seguridad del paciente.
5. La elaboración del mapa de riesgos y de los planes de gestión de personas y de gestión de riesgos permiten un mejor conocimiento de la situación y una mejor gestión de los recursos, pero para que surtan los efectos deseados, es imprescindible la implicación de la dirección para su puesta en marcha.
6. A lo largo del periodo de estudio, ha mejorado el desempeño y el cumplimiento de las buenas prácticas asistenciales evaluadas, habiendo aumentado la implicación de los profesionales en la realización del cribado nutricional al ingreso hospitalario y su adhesión al protocolo de higiene de manos, lo que se ha reflejado en una mejora del estado nutricional del paciente al alta y una mejora de los indicadores de adhesión al protocolo de higiene de manos.

7. Existe relación entre la satisfacción laboral, la satisfacción del paciente y los resultados de los acuerdos de gestión.

8.

# *B*IBLIOGRAFÍA

---





## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Acinas, M. P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia*, 2(4), 1–22.
- AENOR. (2013). UNE 179003 Gestión de Riesgos de Seguridad del Paciente. Recuperado 17 de febrero de 2018, a partir de [https://www.aenor.es/aenor/certificacion/seguridad/seguridad\\_pacientes.asp#.WqKeEHxG21s](https://www.aenor.es/aenor/certificacion/seguridad/seguridad_pacientes.asp#.WqKeEHxG21s)
- Agencia Nacional para Seguridad del Paciente. Sistema Nacional de Salud del Reino Unido. (2005). La seguridad del paciente en siete pasos. Recuperado a partir de [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec03\\_doc.htm](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec03_doc.htm)
- Agency for Health Care Research and Quality. (2005). *Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado a partir de <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>
- Aibar, C., & Aranaz, J. (2003). ¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la atención hospitalaria? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 26(2), 195-209.
- Aibar-Remón, C. (2005). La seguridad clínica: pequeños pasos y grandes palabras. *Revista de Calidad Asistencial*, 20, 183-184. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(08\)74748-1](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(08)74748-1)
- Aiken, L. H., & Patrician, P. A. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49(3), 146-153.
- Aiken, L. H., Smith, H. L., & Lake, E. T. (1994). Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*, 32(8), 771-787.
- Aiken, Linda H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(1), 5-14. <https://doi.org/10.1093/intqhc/14.1.5>
- Aiken, Linda H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987-1993.
- Aiken, Linda H., Sermeus, W., Heede, K. V. den, Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344, e1717. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>

- Al Alawi, S., Al Dhaheri, A., Al Baloushi, D., Al Dhaheri, M., & Prinsloo, E. A. (2014). Physician user satisfaction with an electronic medical records system in primary healthcare centres in Al Ain: a qualitative study. *BMJ open*, 4(11), e005569.
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E., & Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505–516.
- Alberti, K. (2001). Medical errors: a common problem. *British Medical Journal*, 322(7285), 501–501.
- Allegranzi, B., & Pittet, D. (2009). Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *The Journal of Hospital Infection*, 73(4), 305-315. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2009.04.019>
- Álvarez, J., Monereo, S., Ortiz, P., & Salido, C. (2004). Gestión en nutrición clínica. *Nutrición Hospitalaria*, 19(3), 125-134.
- Álvarez, R. F. (2011). El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *Éxito empresarial*, 160, 1–4.
- Anguera Guinovart, E., & Martínez Bateman, F. (2011). Estudio multicéntrico sobre la calidad asistencial percibida por los pacientes en programa de hemodiálisis de Tarragona. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 14(3), 172-180.
- Antoñanzas Villar, F. (2013). Aproximación a los costes de la no seguridad en el Sistema Nacional de Salud. *Revista Española de Salud Pública*, 87(3), 283-292. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272013000300008>
- Antoñanzas Villar, F., & Pinillos García, M. (2006). Equidad y variabilidad del uso de las tecnologías médicas. *Revista Española de Cardiología*, 59(12), 1217-1220. <https://doi.org/10.1157/13096586>
- Aranaz Andrés, J. M. A., Mira Solves, J. J. M., & Beltrán Llera, J. (2003). La gestión por procesos asistenciales integrados. *Neurología: Publicación oficial de la Sociedad Española de Neurología*, 18(4), 48-56.
- Aranaz Andrés, J. M., Vitaller Burillo, J., & Escuela Valenciana de Estudios de la Salud. (2004). *De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria*. València: Escuela Valenciana de Estudios de la Salud.
- Aranaz, J. M., Leutscher, E., Gea, M. T., & Vitaller, J. (2003). El aseguramiento y la acreditación sanitaria. Qué opinan sobre la acreditación los directivos sanitarios españoles. *Revista de Calidad Asistencial*, 18, 107-114. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(03\)77584-8](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(03)77584-8)
- Aranaz, Jesús M., & Agra, Y. (2010). La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. *Medicina Clínica*, 135, 1–2.

- Aranaz, Jesús M., Aibar, C., Galán, A., Limón, R., Requena, J., Álvarez, E. E., & Gea, M. T. (2006). La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. *Gaceta sanitaria*, 20, 41–47.
- Aranaz-Andres, J. M., Aibar-Reimon, C., Limon-Ramirez, R., Amarilla, A., Restrepo, F. R., Urroz, O., ... on behalf of the IBEAS team. (2011). Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the «Iberoamerican study of adverse events» (IBEAS). *BMJ Quality & Safety*, 20(12), 1043-1051. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2011.051284>
- Aranaz-Andres, J. M., Aibar-Reimon, C., Vitaller-Burillo, J., Requena-Puche, J., Terol-Garcia, E., Kelley, E., ... the ENEAS work group. (2009). Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). *International Journal for Quality in Health Care*, 21(6), 408-414. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp047>
- Artaza, O., Barría, M. S., Fuenzalida, A., Núñez, K., Quintana, A., Vargas, I., ... Vidales, A. (2005). *Modelo de gestión de establecimientos hospitalarios*. Santiago de Chile: Ministerio de salud, Gobierno de Chile.
- Atance Martínez, J. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev esp Salud pública*, 71(3), 293–303.
- Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., ... Tamblyn, R. (2004). The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne*, 170(11), 1678-1686.
- Barr, D. P. (1955). Hazards of modern diagnosis and therapy: the price we pay. *Journal of the American Medical Association*, 159(15), 1452-1456.
- Beam, K. S., Cardoso, M., Sweeney, M., Binney, G., & Weingart, S. N. (2017). Examining Perceptions of Computerized Physician Order Entry in a Neonatal Intensive Care Unit. *Applied Clinical Informatics*, 8(2), 337-347. <https://doi.org/10.4338/ACI-2016-09-RA-0153>
- Bégat, I., Ellefsen, B., & Severinsson, E. (2005). Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being -- a Norwegian study. *Journal of Nursing Management*, 13(3), 221-230. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2004.00527.x>
- Berenguer, J., Esteve, M., & Verdaguer, A. (2004). La disminución de la variabilidad en la práctica asistencial: del marco teórico conceptual a la implementación y evaluación, una necesidad. *Revista de Calidad Asistencial*, 19, 213-215. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(04\)77697-6](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(04)77697-6)

- Bernal González, I., Pedraza Melo, N. A., & Sánchez Limón, M. L. (2015). El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. *Estudios Gerenciales*, 31(134), 8-19. <https://doi.org/10.1016/j.estger.2014.08.003>
- Berwick, D. M. (1989). Continuous Improvement as an Ideal in Health Care. *The New England Journal of Medicine*, 320(1), 53-56. <https://doi.org/10.1056/NEJM198901053200110>
- Bjørk, I. T., Samdal, G. B., Hansen, B. S., Tørstad, S., & Hamilton, G. A. (2007). Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5), 747-757. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.01.002>
- Bonfill, X., Gabriel, R., & Cabello, J. (1997). La medicina basada en la evidencia. *Revista Española de Cardiología*, 50(12), 819-825.
- Boyce, J. M., & Pittet, D. (2002). Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *American journal of infection control*, 30(8), S1-S46.
- Bracco, C., & Reyna, C. (2011). Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en acompañantes terapéuticos. *Revista de Investigación en Psicología*, 14(2), 31-45.
- Brennan, T. A., Leape, L. L., Laird, N. M., Hebert, L., Localio, A. R., Lawthers, A. G., ... Hiatt, H. H. (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, B. B. (2006). Relationships among teams, culture, safety, and cost outcomes. *Western Journal of Nursing Research*, 28(6), 641-653. <https://doi.org/10.1177/0193945905282303>
- Brilli, R. J., McClead, R. E., Crandall, W. V., Stoverock, L., Berry, J. C., Wheeler, T. A., & Davis, J. T. (2013). A comprehensive patient safety program can significantly reduce preventable harm, associated costs, and hospital mortality. *The Journal of Pediatrics*, 163(6), 1638-1645. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.06.031>
- Bujalance Hoyos, J., Villanueva Pardo, F., Guerrero Manzano, S., Conejo García, J., González Valentín, A., Sepúlveda Jurado, A., ... Martín Taboada, F. (2001). Burnout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 36, 32-40. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(01\)74680-X](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(01)74680-X)
- Büssing, A., & Perrar, K.-M. (1992). Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). [Measuring burnout: A study of a German version of the Maslach Burnout Inventory (MBI-D)]. *Diagnostica*, 38(4), 328-353.

- Caballero Martín, M., Bermejo Fernández, F., Nieto Gómez, R., & Caballero Martínez, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Aten Primaria*, 27(05), 313–7.
- Caminal, J. (2001). La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Revista de Calidad Asistencial*, 16, 276-279. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(01\)77420-9](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(01)77420-9)
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., & De la Fuente, E. I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240-249. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001>
- Carayon, P. (2010). Human Factors in Patient Safety as an Innovation. *Applied ergonomics*, 41(5), 657-665. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2009.12.011>
- Carayon, P., Xie, A., & Kianfar, S. (2014). Human factors and ergonomics as a patient safety practice. *BMJ Quality & Safety*, 23, 196-205. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001812>
- Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2004). Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. *Psicologia em estudo*, 9(3), 499–505.
- Carman, J. M., Shortell, S. M., Foster, R. W., Hughes, E. F. X., Boerstler, H., O’ Brien, J. L., & O’Connor, E. J. (2010). Keys for successful implementation of total quality management in hospitals. *Health Care Management Review*, 35(4), 283-293. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e3181f5fc4a>
- Carrillo-García, C., Martínez-Roche, M.-E., Gómez-García, C.-I., & Meseguer-de-Pedro, M. (2015). Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios de un Hospital Universitario: análisis general y categorías laborales. *Anales de Psicología*, 31(2), 645-650. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.169791>
- Chakravarty, A., Sahu, A., Biswas, M., Chatterjee, K., & Rath, S. (2015). A study of assessment of patient safety climate in tertiary care hospitals. *Medical Journal Armed Forces India*, 71(2), 152-157. <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2015.01.007>
- Chang, W.-Y., Ma, J.-C., Chiu, H.-T., Lin, K.-C., & Lee, P.-H. (2009). Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 65(9), 1946-1955. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05085.x>
- Chirico, F. (2016). Job stress models for predicting burnout syndrome: a review. *Annali dell’Istituto superiore di sanita*, 52(3), 443–456.

- Choi, S. P.-P., Cheung, K., & Pang, S. M.-C. (2013). Attributes of nursing work environment as predictors of registered nurses' job satisfaction and intention to leave. *Journal of Nursing Management*, 21(3), 429-439. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01415.x>
- Chow, A., Mayer, E. K., Darzi, A. W., & Athanasiou, T. (2009). Patient-reported outcome measures: the importance of patient satisfaction in surgery. *Surgery*, 146(3), 435-443. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2009.03.019>
- Clarke, S P, & Aiken, L. H. (2006). More nursing, fewer deaths. *Quality & Safety in Health Care*, 15(1), 2-3. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.017343>
- Clarke, Sean P., Rockett, J. L., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2002). Organizational climate, staffing, and safety equipment as predictors of needlestick injuries and near-misses in hospital nurses. *American Journal of Infection Control*, 30(4), 207-216.
- Comité Mixto OIT-OMS sobre Medicina del Trabajo, & Oficina Internacional del Trabajo. (1988). *Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención : informe del Comité Mixto OIT-OMS sobre Medicina del Trabajo, novena reunión, Ginebra; 18-24 de septiembre de 1984*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.
- Consellería de Sanitat. (2014). *Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana*. Valencia: Consellería de Sanitat.
- Correa Zambrano, M. L. C. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1227-1231. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>
- Correia I, M., & Waitzberg, D. L. (2003). The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clinical Nutrition*, 22(3), 235-239. [https://doi.org/10.1016/S0261-5614\(02\)00215-7](https://doi.org/10.1016/S0261-5614(02)00215-7)
- Coulter, A. (2002). After Bristol: putting patients at the centre\*. *Quality & safety in health care*, 11(2), 186-188. <https://doi.org/10.1136/qhc.11.2.186>
- Cuéllar Monreal, M. J., Reig Aguado, J., Font Noguera, I., & Poveda Andrés, J. L. (2017). Reduction in alert fatigue in an assisted electronic prescribing system, through the Lean Six Sigma methodology. *Farmacia Hospitalaria: Organo Oficial De Expresion Cientifica De La Sociedad Española De Farmacia Hospitalaria*, 41(n01), 14-30. <https://doi.org/10.7399/fh.2017.41.1.10434>
- da Silva Gama, Z. A., de Souza Oliveira, A. C., & Saturno Hernández, P. J. (2013). Patient safety culture and related factors in a network of Spanish public hospitals. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(2), 283-293. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200015>

- Davis, P., Lay-Yee, R., Schug, S., Briant, R., Scott, A., Johnson, S., & Bingley, W. (2001). Adverse events regional feasibility study: indicative findings. *The New Zealand Medical Journal*, *114*(1131), 203-205.
- De Gieter, S., Hofmans, J., & Pepermans, R. (2011). Revisiting the impact of job satisfaction and organizational commitment on nurse turnover intention: an individual differences analysis. *International Journal of Nursing Studies*, *48*(12), 1562-1569. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.06.007>
- De Ulibarri, J. I., González-Madroño, A., De Villar, N., González, P., González, B., Mancha, A., ... Fernández, G. (2005). CONUT: a tool for controlling nutritional status. First validation in a hospital population. *Nutricion hospitalaria*, *20*(1), 38-45.
- de Ulíbarri Pérez, J. I., Támer, G. L., & de la Cruz, A. J. P. (2015). Desnutrición clínica y riesgo nutricional en 2015. *Nutrición Clínica*, *9*(3-2015), 231–254.
- DeRosier, J., Stalhandske, E., Bagian, J. P., & Nudell, T. (2002). Using health care Failure Mode and Effect Analysis: the VA National Center for Patient Safety's prospective risk analysis system. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, *28*(5), 248-267, 209.
- Dierssen-Sotos, T., Rodríguez-Cundín, P., Robles-García, M., Brugos-Llamazares, V., Gómez-Acebo, I., & Llorca, J. (2009). Factores que determinan la alta satisfacción del usuario con la asistencia hospitalaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, *32*(3), 317-325.
- Dion, G., & Tessier, R. (1994). Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. [Validation of a French translation of the Maslach Burnout Inventory (MBI)]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, *26*(2), 210-227. <https://doi.org/10.1037/0008-400X.26.2.210>
- Domínguez Fernández, J. M., Herrera Clavero, F., Villaverde Gutiérrez, M. del C., Padilla Segura, I., Martínez Bagur, M. L., & Domínguez Fernández, J. (2012). Síndrome de desgaste profesional en trabajadores de atención a la salud en el área sanitaria de Ceuta. *Atención Primaria*, *44*(1), 30-35. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.01.004>
- Domínguez-Nogueira, C., Expósito-Hernández, J., & García-Wiedemann, E. J. (2005). Análisis de la calidad de los documentos informativos destinados a pacientes con cáncer. *Revista de Calidad Asistencial*, *20*, 377-384. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(05\)70781-8](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(05)70781-8)
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. 1966. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, *44*, 166-203. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Donaldson, L. J., & Fletcher, M. G. (2006). The WHO World Alliance for Patient Safety: towards the years of living less dangerously. *The Medical Journal of Australia*, *184*(10), S69-72.

- Doval E, & Viladrich C. (2017). *Desarrollo y adaptación de cuestionarios en el ámbito de la Salud*. (10ª ed). Bellaterra: Laboratori d'Estadística Aplicada i de Modelització (UAB).
- Duffield, C., Roche, M., O'Brien-Pallas, L., Catling-Paull, C., & King, M. (2009). Staff satisfaction and retention and the role of the nursing unit manager. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 16(1), 11-17.
- Edmondson, A. (1999). Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350-383. <https://doi.org/10.2307/2666999>
- Escobar-Aguilar, G., Gómez-García, T., Ignacio-García, E., Rodríguez-Escobar, J., Moreno-Casbas, T., Fuentelsaz-Gallego, C., ... Contreras-Moreira, M. (2013). Entorno laboral y seguridad del paciente: comparación de datos entre los estudios SENECA y RN4CAST. *Enfermería Clínica*, 23(3), 103-113. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.03.005>
- Escolano Pueyo A, & Real-Campaña JM, Casajús-Lagranja P, et al. (2017). Satisfacción del personal facultativo y de enfermería con la prescripción electrónica asistida. *Rev. OFIL*, 27(1), 47-52.
- Escribà-Agüir, V., Artazcoz, L., & Pérez-Hoyos, S. (2008). Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gaceta Sanitaria*, 22(4), 300-308. <https://doi.org/10.1157/13125351>
- Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., Cummings, G. G., Ricker, K. L., & Giovannetti, P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing Research*, 54(2), 74-84.
- Etxeberria Aguirre, A., & Rotaeché del Campo, R. (2006). Guías de práctica clínica basadas en la evidencia: desarrollo actual y perspectivas futuras. *Revista de Calidad Asistencial*, 21, 228-237. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(06\)70788-6](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(06)70788-6)
- Faura T. (1988). Síndrome de Burn Out: Enfermería grupo de alto riesgo. *Rev ROL Enferm.*, 116, 53-56.
- Fernández Fernández, A., & Vaquera Mosquero, M. (2012). Análisis de la evolución histórica de la Sanidad y la gestión sanitaria en España. *Encuentros multidisciplinares*, 41, 1-8.
- Fernández, M., & A, J. (2002). Gestión de la calidad total: El modelo EFQM de excelencia. *Medifam*, 12(10), 41-54.
- Fernández San Martín, M. I., Moinelo Camporro, A., Villanueva Guerra, A., Andrade Rosa, C., Rivera Teijido, M., Gómez Ocaña, J. M., & Parrilla Ulloa, O. (2000). Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del área 10 del Insalud de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 74(2), 139-147.
- Fernández-Montalvo, J., & Piñol, E. (2000). Horario laboral y salud: consecuencias psicológicas de los turnos de trabajo. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 5(3), 207-222.

- Ferrer Puig, R., & Guilera Ferré, G. (2011). Propiedades psicométricas del instrumento de valoración de riesgos psicosociales del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (FPSICO). *Universidad de Barcelona*. Recuperado a partir de <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/NOVEDADES%20EDITORIAL%20ES/FPsico/Informe%20justificaci%C3%B3n.pdf>
- Firth-Cozens, J. (2003). Evaluating the culture of safety. *Quality and Safety in Health Care*, 12(6), 401–401.
- Flin, R., Mearns, K., O'Connor, P., & Bryden, R. (2000). Measuring safety climate: identifying the common features. *Safety Science*, 34(1-3), 177-192. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00012-6](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00012-6)
- Flin, Rhona, Winter, J., Sarac, C., Raduma, M., Organization, W. H., & others. (2009). Human factors in patient safety: review of topics and tools. *World Health Organization*, 2. Recuperado a partir de [http://www.who.int/patientsafety/research/methods\\_measures/human\\_factors/human\\_factors\\_review.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf)
- Fonseca, M., Sanclemente, G., Hernández, C., Visiedo, C., Bragulat, E., & Miró, Ò. (2010). Residentes, guardias y síndrome de burnout. *Revista Clínica Española*, 210(5), 209-215. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2009.12.006>
- Frutos Martín, M. (2015). *Relación entre los modelos de gestión de recursos humanos y los niveles de estrés laboral y burnout en los profesionales de enfermería de atención especializada*. Leon. Recuperado a partir de <http://www.index-f.com/tesela/ts17/ts10456.php>
- Fuentes-Ferrer, M. E., Peláez-Ros, B., Andrade-Lobato, R., del Prado-González, N., Cano-Escudero, S., & Fereres-Castiel, J. (2012). Efectividad de una intervención para la mejora del cumplimiento en la higiene de manos en un hospital de tercer nivel. *Revista de Calidad Asistencial*, 27(1), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2011.07.009>
- García de Lorenzo A, & Rodríguez JA, Montejo JC. (2002). *Coste-efectividad de la intervención nutricional. En: Tratamiento Nutricional: de la Investigación a la Gestión*. Madrid: Grupo Aula Médica, S. L.
- García, J. M. G., Remuzgo, S. H., & Fuentes, J. L. L. (2007). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de Psicología*, 25(2), 157–174.
- García, J. M., Moreno, L. L., Díaz, M. J., & Valdehita, S. R. (2007). Relación entre factores psicosociales adversos, evaluados a través del cuestionario multidimensional Decore, y salud laboral deficiente. *Psicothema*, 19(1), 95–101.

- García Lizana, F. (2013). Cooperación para la innovación europea en el envejecimiento activo y saludable: de la política a la acción. *Gaceta Sanitaria*, 27(5), 459-462. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.09.005>
- García-Pozo, A., Moro-Tejedor, M. N., & Medina-Torres, M. (2010). Evaluación y dimensiones que definen el clima y la satisfacción laboral en el personal de enfermería. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(4), 207-214. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2010.02.003>
- Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., & Rodríguez-Carvajal, R. (2011). Role stress and personal resources in nursing: a cross-sectional study of burnout and engagement. *International Journal of Nursing Studies*, 48(4), 479-489. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.08.004>
- Gea-Velázquez de Castro, T., & Aranaz-Andrés, J. M. (2010). Eventos adversos asociados a la asistencia del paciente pluripatológico ingresado en hospitales de crónicos. *Medicina Clínica*, 135, 17-23. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(10\)70016-6](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(10)70016-6)
- Generalitat Valenciana Consellería de Sanitat. (2014). *Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunidad Valenciana*. Valencia: Generalitat. Consellería de Sanitat.
- Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1(1), 19–33.
- Gil-Monte, P. R. (2005). Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista de Saúde Pública*, 39(1), 1–8.
- Gil-Monte, P. R. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Revista Española de salud pública*, 83(2), 169–173.
- Gil-Monte, P. R. (2011). *CESQT Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo: manual*. Madrid: TEA.
- Gil-Monte, P. R., & Marucco, M. A. (2008). Prevalencia del "síndrome de quemarse por el trabajo" (burnout) en pediatras de hospitales generales. *Revista de Saúde Pública*, 42(3), 450–456.
- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11(3), 679–689.
- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 135–149.
- Gimenes, F. R., Miaso, A. I., de Lyra Junior, D. P., & Grou, C. R. (2006). Electronic prescription as contributing factor for hospitalized patients' safety. *Pharmacy Practice*, 4(1), 13-17.

- Ginsburg, L., Norton, P. G., Casebeer, A., & Lewis, S. (2005). An Educational Intervention to Enhance Nurse Leaders' Perceptions of Patient Safety Culture. *Health Services Research, 40*(4), 997-1020. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00401.x>
- Gómez de Rueda, F., Tena Sempere, M. E., Moral Alcázar, M. del C. del, Barbero Hernández, M. J., & Horno Ureña, F. (2016). Análisis y evaluación de resultados tras la implantación de un programa de prescripción electrónica asistida en un hospital de tercer nivel. *Ars Pharmaceutica (Internet), 57*(2), 49-54. <https://doi.org/10.4321/S2340-98942016000200002>
- Gómez-Candela, C., Serrano Labajos, R., García-Vazquez, N., Valero Pérez, M., Morato Martínez, M., Santurino Fontecha, C., ... Palma-Milla, S. (2013). Proceso completo de implantación de un sistema de cribado de riesgo nutricional en el hospital universitario La Paz de Madrid. *Nutrición Hospitalaria, 28*(6), 2165–2174.
- González Madroño A, Mancha A, Rodríguez F, Ulíbarri Perez JI, & Culebras J. (2011). The use of biochemical and immunological parameters in nutritional screening and assessment. *Nutrición Hospitalaria, 26*(3), 594-601.
- González Mestre, A. (2014). La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo. *Enfermería Clínica, 24*(1), 67-73. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.11.005>
- González-Madroño, A., Mancha, A., Rodríguez, F. J., Culebras, J., & De Ulibarri, J. I. (2012). Confirming the validity of the CONUT system for early detection and monitoring of clinical undernutrition; comparison with two logistic regression models developed using SGA as the gold standard. *Nutricion hospitalaria, 27*(2), 564-571.
- Grau, A., Suñer, R., & García, M. M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria, 19*(6), 463-470.
- Grau Alberola, E. (2008, mayo 12). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. [info:eu-repo/semantics/doctoralThesis]. Recuperado 6 de mayo de 2015, a partir de <http://www.tesisenred.net/handle/10803/10197>
- Grau-Alberola, E., Gil-Monte, P. R., García-Juestas, J. A., & Figueiredo-Ferraz, H. (2010). Incidence of burnout in Spanish nursing professionals: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies, 47*(8), 1013-1020. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.12.022>
- Grayson, M. L., Jarvie, L. J., Martin, R., Johnson, P. D. R., Jodoin, M. E., McMullan, C., ... Hand Hygiene Study Group and Hand Hygiene Statewide Roll-out Group, Victorian Quality Council. (2008). Significant reductions in methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* bacteraemia and clinical isolates associated with a multisite, hand hygiene culture-

- change program and subsequent successful statewide roll-out. *The Medical Journal of Australia*, 188(11), 633-640.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>
- Greenslade, J. H., & Jimmieson, N. L. (2011). Organizational factors impacting on patient satisfaction: A cross sectional examination of service climate and linkages to nurses' effort and performance. *International Journal of Nursing Studies*, 48(10), 1188-1198. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.04.004>
- Gurses, A. P., Ozok, A. A., & Pronovost, P. J. (2012). Time to accelerate integration of human factors and ergonomics in patient safety. *BMJ Quality & Safety*, 21(4), 347-351. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000421>
- Hansen, L. O., Williams, M. V., & Singer, S. J. (2011). Perceptions of hospital safety climate and incidence of readmission. *Health Services Research*, 46(2), 596-616. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2010.01204.x>
- Havens, D. S., & Aiken, L. H. (1999). Shaping systems to promote desired outcomes. The magnet hospital model. *The Journal of Nursing Administration*, 29(2), 14-20.
- Helms, B., Dorval, S., Laurent, P. S., & Winter, M. (2010). Improving hand hygiene compliance: a multidisciplinary approach. *American Journal of Infection Control*, 38(7), 572-574. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2009.08.020>
- Hernández Zavala, M., Hernández Cantoral, A., Galán, N., Guadalupe, M., Pérez López, M. T., Hernández Ramírez, M. G., ... Balseiro Almario, C. L. (2012). Satisfacción laboral del profesional de enfermería en cuatro instituciones de salud. *Enfermería universitaria*, 9(1), 7-15.
- Hernández-Vargas, C. I., Llorens-Gumbau, S., & Rodríguez-Sánchez, A. M. (2014). Empleados saludables y calidad de servicio en el sector sanitario. *Anales de Psicología*, 30(1), 247-258. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.143631>
- Hocine, M. N., Ait Bouziad, K., Légeron, P., Dab, W., & Saporta, G. (2016). How to Identify and Prioritize Psychosocial Factors Impacting Stress Level. *PloS One*, 11(6), e0157078. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157078>
- Hoonakker, P. L. T., Carayon, P., & Walker, J. M. (2010). Measurement of CPOE end-user satisfaction among ICU physicians and nurses: *Applied Clinical Informatics*, 1(3), 268-285. <https://doi.org/10.4338/ACI-2010-03-RA-0020>
- Hoonakker, Peter L T, Carayon, P., Brown, R. L., Cartmill, R. S., Wetterneck, T. B., & Walker, J. M. (2013). Changes in end-user satisfaction with Computerized Provider Order Entry over

- time among nurses and providers in intensive care units. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 20(2), 252-259. <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2012-001114>
- Huskins, W. C. (2007). Interventions to prevent transmission of antimicrobial-resistant bacteria in the intensive care unit. *Current Opinion in Critical Care*, 13(5), 572-577. <https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e3282efc30e>
- Idemoto, L., Williams, B., & Blackmore, C. (2016). Using lean methodology to improve efficiency of electronic order set maintenance in the hospital. *BMJ Quality Improvement Reports*, 5(1), u211725. w4724. <https://doi.org/10.1136/bmjquality.u211725.w4724>
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. (L. T. Kohn, J. M. Corrigan, & M. S. Donaldson, Eds.). Washington (DC): National Academies Press (US).
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US).
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2014). F-PSICO. Factores Psicosociales. Método de evaluación. Versión 3.1. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Recuperado 22 de enero de 2018, a partir de <http://www.insht.es/portal/site/RiesgosPsicosociales/menuitem.8f4bf744850fb29681828b5c180311a0/?vgnnextoid=69ec84fbb7819410VgnVCM1000008130110aRCRD>
- Ioannou, P., Katsikavali, V., Galanis, P., Velonakis, E., Papadatou, D., & Sourtzi, P. (2015). Impact of Job Satisfaction on Greek Nurses' Health-Related Quality of Life. *Safety and Health at Work*, 6(4), 324-328. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2015.07.010>
- Izura, S. I., Urdániz, E. B., Ortega, C. O., & Calatayud, M. V. (2011). Evaluación de la satisfacción con los cuidados de Enfermería en el área de hospitalización de cardiología. *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, (53), 27-33.
- Jamal, M. (2005). Burnout among Canadian and Chinese employees: a cross-cultural study. *European Management Review*, 2(3), 224-230. <https://doi.org/10.1057/palgrave.emr.1500038>
- Jaraba Becerril, C., Sartolo Romeo, M. T., Villaverde Royo, M. V., Espuis Albas, L., & Rivas Jiménez, M. (2013). Evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente entre médicos residentes de Medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 36(3), 471-477.

- Jeffcott, S. A., Ibrahim, J. E., & Cameron, P. A. (2009). Resilience in healthcare and clinical handover. *Quality & Safety in Health Care, 18*(4), 256-260. <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.030163>
- Jervis, L. L. (2002). Working in and around the «chain of command»: power relations among nursing staff in an urban nursing home. *Nursing Inquiry, 9*(1), 12-23.
- Jimenez Blanco, S., Frutos Llanes, R., & Blanco Montagut, L. E. (2011). Síndrome de Burnout: Estudio de la Prevalencia y Factores de Riesgo en los Profesionales de Enfermería de Atención Primaria de Ávila. *Revista Enfermería CyL, 3*(2), 13-24.
- Johnson, P. D. R., Martin, R., Burrell, L. J., Grabsch, E. A., Kirska, S. W., O'Keeffe, J., ... Grayson, M. L. (2005). Efficacy of an alcohol/chlorhexidine hand hygiene program in a hospital with high rates of nosocomial methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) infection. *The Medical Journal of Australia, 183*(10), 509-514.
- Jovell, A. J. (1999). Medicina basada en la afectividad. *Medicina Clínica, 113*, 173-175.
- Jovell, A. J., Rubio, N., Dolors, M., Fernández Maldonado, L., & Blancafort, S. (2006). Participación del Paciente: Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Atención Primaria, 38*, 234-237. <https://doi.org/10.1157/13092347>
- Kassirer, J. P. (1994). Incorporating patients' preferences into medical decisions. *The New England Journal of Medicine, 330*(26), 1895-1896. <https://doi.org/10.1056/NEJM199406303302611>
- Katusiime, B., Corlett, S., Reeve, J., & Krska, J. (2016). Measuring medicine-related experiences from the patient perspective: a systematic review. *Patient Related Outcome Measures, 7*, 157-171. <https://doi.org/10.2147/PROM.S102198>
- Kim, H., & Juye Ji. (2009). Factor Structure and Longitudinal Invariance of the Maslach Burnout Inventory. *Research on Social Work Practice, 19*(3), 325-339. <https://doi.org/10.1177/1049731508318550>
- Kitson, A. L., Muntlin Athlin, Å., Elliott, J., & Cant, M. L. (2014). What's my line? A narrative review and synthesis of the literature on Registered Nurses' communication behaviours between shifts. *Journal of Advanced Nursing, 70*(6), 1228-1242. <https://doi.org/10.1111/jan.12321>
- Korczak, D., & Schöffmann, C. (2010). Medical and health economic evaluation of prevention- and control measures related to MRSA infections or -colonisations at hospitals. *GMS Health Technology Assessment, 6*, Doc04. <https://doi.org/10.3205/hta000082>
- Kraman, S. S., & Hamm, G. (1999). Risk management: extreme honesty may be the best policy. *Annals of Internal Medicine, 131*(12), 963-967.

- Larrabee, J. H., Wu, Y., Persily, C. A., Simoni, P. S., Johnston, P. A., Marcischak, T. L., ... Gladden, S. D. (2010). Influence of stress resiliency on RN job satisfaction and intent to stay. *Western Journal of Nursing Research*, 32(1), 81-102. <https://doi.org/10.1177/0193945909343293>
- Leandro-Merhi, V. A., de Aquino, J. L. B., & Sales Chagas, J. F. (2011). Nutrition status and risk factors associated with length of hospital stay for surgical patients. *JPEN. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 35(2), 241-248. <https://doi.org/10.1177/0148607110374477>
- Leape, L. L., Brennan, T. A., Laird, N., Lawthers, A. G., Localio, A. R., Barnes, B. A., ... Hiatt, H. (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *The New England Journal of Medicine*, 324(6), 377-384. <https://doi.org/10.1056/NEJM199102073240605>
- Leape, Lucian L. (2002). Reporting of adverse events. *The New England Journal of Medicine*, 347(20), 1633-1638. <https://doi.org/10.1056/NEJMNEJMhpr011493>
- Lee, H., & Cummings, G. G. (2008). Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 16(7), 768-783. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00879.x>
- Lee, R. T., Seo, B., Hladkyj, S., Lovell, B. L., & Schwartzmann, L. (2013). Correlates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis. *Human Resources for Health*, 11, 48. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-48>
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of organizational behavior*, 9(4), 297-308. Recuperado a partir de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030090402/full>
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2005). A mediation model of job burnout. En A. -S, G. Antoniou, & C. L. Cooper (Eds.), *Research companion to organizational health psychology* (pp. 544-564). Northampton, MA, US: Edward Elgar Publishing.
- Leka, S., Cox, T., Jain, A., Hassard, J., Ertel, M., Stilijanow, U., ... TNO Kwaliteit van Leven. (2008). Guidance on the European Framework for Psychosocial Risk Management: a resource for employers and worker representatives. World Health Organization (WHO). Recuperado a partir de [http://www.who.int/occupational\\_health/publications/PRIMA-EF%20Guidance\\_9.pdf](http://www.who.int/occupational_health/publications/PRIMA-EF%20Guidance_9.pdf)
- Li, X., Guan, L., Chang, H., & Zhang, B. (2014). Core Self-Evaluation and Burnout among Nurses: The Mediating Role of Coping Styles. *PLoS ONE*, 9(12), e115799. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115799>

- Lin, M. Y., & Hayden, M. K. (2010). Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and vancomycin-resistant enterococcus: recognition and prevention in intensive care units. *Critical Care Medicine*, 38(8), S335-344. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181e6ab12>
- Lin, Y.-W. (2012). The causes, consequences, and mediating effects of job burnout among hospital employees in Taiwan. *Journal of Hospital Administration*, 2(1), 15-27. <https://doi.org/10.5430/jha.v2n1p15>
- Liu, Y., Aunguroch, Y., & Yunibhand, J. (2016). Job satisfaction in nursing: a concept analysis study. *International nursing review*, 63(1), 84-91. <https://doi.org/10.1111/inr.12215>
- Llorens Gumbau, S., & Salanova Soria, M. (2011). Burnout: un problema psicológico y social. *Riesgo laboral*, 37, 26-28.
- Lobo Támer, G., Ruiz López, M. D., & Pérez de la Cruz, A. J. (2009). [Hospital malnutrition: relation between the hospital length of stay and the rate of early readmissions]. *Medicina Clínica*, 132(10), 377-384. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2008.06.008>
- Loera, B., Converso, D., & Viotti, S. (2014). Evaluating the Psychometric Properties of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) among Italian Nurses: How Many Factors Must a Researcher Consider? *PLoS ONE*, 9(12), e114987. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114987>
- Lopera, M., & Eugenia, M. (2008). Aplicación de algunas Teorías de Enfermería en la Práctica Clínica. *Index de Enfermería*, 17(3), 197-200.
- López Almazán, C. (2008). *Atención a personas con enfermedades crónicas una estrategia para la gestión por procesos en un hospital de media y larga estancia*. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios de la Salud.
- Lorenzo, S. (2008). Hacia nuevos planteamientos de calidad. El paciente como coprotagonista. Informe SESPAS 2008. *Gaceta Sanitaria*, 22, 186–191.
- Luján-Tangarife, J. A., & Cardona-Arias, J. A. (2015). Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. *Archivos de Medicina*, 11(3), 1.
- Lupión, C., López-Cortés, L. E., & Rodríguez-Baño, J. (2014). Medidas de prevención de la transmisión de microorganismos entre pacientes hospitalizados. Higiene de manos. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 32, 603-609. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2014.02.003>
- Lyons, M. (2007). Should patients have a role in patient safety? A safety engineering view. *Quality & Safety in Health Care*, 16(2), 140-142. <https://doi.org/10.1136/qshc.2006.018861>

- Makam, A. N., Lanham, H. J., Batchelor, K., Samal, L., Moran, B., Howell-Stampley, T., ... Halm, E. A. (2013). Use and satisfaction with key functions of a common commercial electronic health record: a survey of primary care providers. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, *13*, 86. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-13-86>
- Makary, M. A., & Daniel, M. (2016). Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ*, *353*, i2139. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>
- Maldonado, G., & Greenland, S. (1993). Simulation Study of Confounder-Selection Strategies. *American Journal of Epidemiology*, *138*(11), 923-936. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a116813>
- Mansilla Izquierdo, F. (2009). Manual de Riesgos Psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica. Recuperado 27 de febrero de 2018, a partir de <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/>
- Mao, X., Jia, P., Zhang, L., Zhao, P., Chen, Y., & Zhang, M. (2015). An Evaluation of the Effects of Human Factors and Ergonomics on Health Care and Patient Safety Practices: A Systematic Review. *PLOS ONE*, *10*(6), e0129948. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129948>
- March Cerdà, J. C. (2015). Pacientes empoderados para una mayor confianza en el sistema sanitario. *Revista de Calidad Asistencial*, *30*, 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.01.001>
- 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>
- Maslach C, & Jackson SE. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. (2ª). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, *52*, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Maslach, Christina, & Jackson, S. E. (1981a). *Maslach burnout inventory : manual* (1ª). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, Christina, & Jackson, S. E. (1981b). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, *2*(2), 99–113.
- Maslach, Christina, Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach burnout inventory manual* (3rd ed). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, Christina, & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *The Journal of Applied Psychology*, *93*(3), 498-512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498>

- Mc Clure ML et al. (1983). Magnet hospitals. Attraction and retention of professional nurses. Task Force on Nursing Practice in Hospitals. American Academy of Nursing. *American Nurses Association Publications*, (G-160), i-xiv, 1-135.
- McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than for "intelligence.". *American psychologist*, 28(1), 1.
- Meneu, R. (2005). Participación de los pacientes en las decisiones sobre su asistencia sanitaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 20(6), 337-342. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(05\)70774-0](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(05)70774-0)
- Meneu, R., Bernal-Delgado, E., Pradas, F., Peiro, S., & Ridaio, M. (1999). Formas de dirección por objetivos y contratos-programa. *Gestión en atención primaria*, 6, 14-18.
- Michel, P., Quenon, J. L., Djihoud, A., Tricaud-Vialle, S., & de Sarasqueta, A. M. (2007). French national survey of inpatient adverse events prospectively assessed with ward staff. *Quality & Safety in Health Care*, 16(5), 369-377. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.016964>
- Mingote Adán, J. C., Moreno Jiménez, B., & Herrero, M. (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina clínica*, 123(7), 265–270.
- Mingote JC, & Pérez S. (2003). *Estrés en la enfermería. El cuidado del cuidador*. Madrid: Díaz de Santos.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Organización Médica Colegial de España. (2005). *Evidencia científica en soporte nutricional especializado. Conceptos, definiciones y tipos. Manual de actualización*. Madrid: International Marketing and Communication SA.
- Ministerio Sanidad. (2006). Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS). Recuperado 6 de noviembre de 2017, a partir de <https://www.seguridadelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/e-epidemiologicos/2005/>
- Ministerio Sanidad. (2009a). Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Recuperado 29 de enero de 2018, a partir de <https://www.seguridadelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/percepcion-opinion/2007/analisis-cultura-seguridad/>
- Ministerio Sanidad. (2009b). Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. *Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social*.
- Ministerio Sanidad. (2011). Estudio EARCAS: eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios. Recuperado 28 de enero de 2018, a partir de

- <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/e-epidemiologicos/2009/>
- Ministerio Sanidad. (2012). *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Ministerio Sanidad. (2015). Estrategia Seguridad del Paciente 2015-2020. Recuperado 28 de enero de 2018, a partir de <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2015/estrategia-seguridad-del-paciente-2015-2020/>
- Mira, J. J., Buil, J. A., Aranaz, J., Vitaller, J., Lorenzo, S., Ignacio, E., ... Giménez, A. (2000). ¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos? Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales. *Gaceta Sanitaria*, 14(4), 291-293. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(00\)71479-8](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(00)71479-8)
- Mira, J. J., JA Buil, Rodriguez, J., & Aranaz, J. (1997). La medida de la calidad percibida del cuidado hospitalario. Adaptacion del SERVQUAL al hospital publico. *Gaceta Sanitaria*, 11, 176–189.
- Mira, José Joaquín, & Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)*, 114(Supl 3), 26–33.
- Mira, José Joaquín, Aranaz, J., Rodriguez-Marín, J., Buil, J. A., Castell, M., & Vitaller, J. (1998). SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. *Medicina Preventiva*, 4(4), 12–8.
- Mira, José Joaquín, Lorenzo, S., Carrillo, I., Ferrús, L., Pérez-Pérez, P., Iglesias, F., ... Astier, P. (2015). Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC Health Services Research*, 15, 341. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0994-x>
- Mira Solves, J., Lorenzo Martinez, S., Buil, J., & Rodriguez Marín, J. R. (1999). Concepto y modelos de calidad: hacia una definición de calidad asistencial. *Papeles del psicólogo*, 74, 1.
- Molina Escribano, F., Castaño Moreno, E., & Massó Orozco, J. (2008). Experiencia Educativa con un Paciente Experto. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(4), 178-180.
- Morán Cortés, J. F., Gimeno Benitez, A., Martínez Redondo, E., & Sánchez Vega, J. (2014). Conocimiento de la higiene de manos en estudiantes de enfermería. *Enfermería Global*, 13(35), 136-147.
- Moreno Jiménez, B. M., & Baez León, C. B. (2010). Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. *Universidad Autónoma de Madrid*. Recuperado a partir de [http://www.ridso.com/documentos/muro/207\\_1445032095\\_5621709f6380a.pdf](http://www.ridso.com/documentos/muro/207_1445032095_5621709f6380a.pdf)

- Moser, R. H. (1956). Diseases of medical progress. *The New England Journal of Medicine*, 255(13), 606-614. <https://doi.org/10.1056/NEJM195609272551306>
- Moss, F., & Garside, P. (1995). The importance of quality: sharing responsibility for improving patient care. *BMJ : British Medical Journal*, 310(6985), 996-999.
- Muiño Míguez, A., Muñoz, J., B, A., Pinilla Llorente, B., García, D., E, M., ... P, M. (2007). Seguridad del paciente. *Anales de Medicina Interna*, 24(12), 602-606.
- Murray-Weir, M., Magid, S., Robbins, L., Quinlan, P., Sanchez-Villagomez, P., & Shaha, S. H. (2014). A Computerized Order Entry System Was Adopted with High User Satisfaction at an Orthopedic Teaching Hospital. *HSS Journal*®, 10(1), 52-58. <https://doi.org/10.1007/s11420-013-9377-1>
- Neal, A., Griffin, M. ., & Hart, P. . (2000). The impact of organizational climate on safety climate and individual behavior. *Safety Science*, 34(1-3), 99-109. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00008-4](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00008-4)
- Neira MC. (2004). *Cuando se enferman los que curan: estrés laboral y burnout en los profesionales de la salud*. Buenos Aires: Gambacop.
- Nguyen, T. V., Hillman, K. M., & Buist, M. D. (2001). Adverse events in British hospitals. *BMJ : British Medical Journal*, 322(7299), 1425.
- Nova, E., Montero, A., Gómez, S., & Marcos, A. (2002). *La estrecha relación entre la nutrición y el sistema inmunitario en Soporte nutricional en el Paciente Oncológico*. Madrid: C. GYou & Us S.A.
- O'Connell, E., Pegler, J., Lehane, E., Livingstone, V., McCarthy, N., Sahm, L. J., ... Corrigan, M. (2016). Near field communications technology and the potential to reduce medication errors through multidisciplinary application. *mHealth*, 2, 29-29. <https://doi.org/10.21037/mhealth.2016.07.01>
- Olvera-Calderón, J., Llorens-Gumbau, S., Acosta-Antognoni, H., & Salanova-Soria, M. (2017). El liderazgo transformacional y la confianza como antecedentes del desempeño en equipo en el ámbito sanitario. *Anales de Psicología*, 33(2), 365. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.2.237291>
- Parasuraman, A., Berry, L. L., & Zeithaml, V. A. (1991). Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale,. *J Retailing*, 67(4), 420-450.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Peiró J. (2008). *Stress and coping at work: New research trends and their implications for practice*. In K. Naswall, J. Hellgren, & M. Sverke (Eds.), *The Individual in the Changing Working Life* (pp. 284-310). Cambridge: Cambridge University Press.

- Peiró JM, & Sanz T. (2004). Satisfacción laboral de los profesionales de Atención Primaria. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología Médica y Psicopatología*, 25(4), 129-140.
- Peiro, S., & Meneu, R. (1998). Variaciones en la práctica médica: implicaciones para la práctica clínica y la política sanitaria. *Gaceta Sanitaria*, 12(2), 55-58.
- Pera, G., & Serra-Prat, M. (2002). Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria*, 16(6), 480-486.
- Perez de la Cruz, A., Lobo Támer, G., Mellado Pastor, C., Aguayo de Hoyos, E., López, R., & Dolores, M. (2004). Desnutrición en pacientes hospitalizados: prevalencia e impacto económico. *Medicina Clínica*, 123(6), 201-206.
- Pérez Lázaro, J. J., Fernández Ruiz, I., Tejedor Fernández, M., Guerra de Hoyos, J. A., Jiménez Rodríguez, M., de Pazzis Die de Ortega, M., ... Gálvez Mateos, R. (2012). Identificación y priorización de episodios adversos y fallos relacionados con la seguridad del paciente en las Unidades de Tratamiento del Dolor. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 59, 423-429. <https://doi.org/10.1016/j.redar.2012.04.023>
- Pérez Lázaro, J. J., Fernández Ruiz, I., Tejedor Fernández, M., Guerra de Hoyos, J. A., Jiménez Rodríguez, M., de Pazzis Die de Ortega, M., ... Gálvez Mateos, R. (2013). Prevención de eventos adversos para la seguridad del paciente en las unidades de tratamiento del dolor crónico. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 60(4), 204-214. <https://doi.org/10.1016/j.redar.2012.12.010>
- Pérez-Ciordia, I., Guillén-Grima, F., Brugos, A., & Aguinaga, I. (2013). [Job satisfaction and improvement factors in primary care professionals]. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 36(2), 253-262.
- Pérez-Pérez, P., Herrera-Usagre, M., Bueno-Cavanillas, A., Alonso-Humada, M. S., Buiza-Camacho, B., & Vázquez-Vázquez, M. (2015). Higiene de las manos: conocimientos de los profesionales y áreas de mejora. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(1), 149-160. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00106913>
- Persson, J. (2009). Semmelweis's methodology from the modern stand-point: intervention studies and causal ontology. *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 40(3), 204-209. <https://doi.org/10.1016/j.shpsc.2009.06.003>
- Piko, B. F. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(3), 311-318. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.05.003>
- Pines, A., & Aronson, E. (1989). *Career Burnout: Causes and Cures*. New York; London: Free Pr.

- Pittet, D. (2001). Improving adherence to hand hygiene practice: a multidisciplinary approach. *Emerging infectious diseases*, 7(2), 234-240.
- Poghosyan, L., Nannini, A., Stone, P. W., & Smaldone, A. (2013). Nurse practitioner organizational climate in primary care settings: implications for professional practice. *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 29(6), 338-349. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2013.07.005>
- Posig, M., & Kickul, J. (2003). Extending our understanding of burnout: Test of an integrated model in nonservice occupations. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8(1), 3-19. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.8.1.3>
- Pozo Muñoz, F., & Padilla Marín, V. (2013). Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(6), 329-336. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2013.03.009>
- Prieto Albino, L., Robles Agüero, E., Salazar Martínez, L., & Daniel Vega, E. (2002). Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Atención Primaria*, 29(5), 294–302.
- Privitera, M. R., H. Rosenstein, A., Plessow, F., & M. LoCastro, T. (2015). Physician Burnout and Occupational Stress: An inconvenient truth with unintended consequences. *Journal of Hospital Administration*, 4(1), 27-35. <https://doi.org/10.5430/jha.v4n1p27>
- Pronovost, P. J., Weast, B., Holzmueller, C. G., Rosenstein, B. J., Kidwell, R. P., Haller, K. B., ... Rubin, H. R. (2003). Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Quality & Safety in Health Care*, 12(6), 405-410.
- Pronovost, Peter J., Berenholtz, S. M., & Needham, D. M. (2007). A framework for health care organizations to develop and evaluate a safety scorecard. *JAMA*, 298(17), 2063-2065. <https://doi.org/10.1001/jama.298.17.2063>
- Pronovost, Peter J., Goeschel, C. A., Marsteller, J. A., Sexton, J. B., Pham, J. C., & Berenholtz, S. M. (2009). Framework for patient safety research and improvement. *Circulation*, 119(2), 330-337. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.729848>
- Ramón-Cantón, C., Boada-Sanmartín, N., & Pagespetit-Casas, L. (2011). Evaluación de la técnica de higiene de manos en profesionales asistenciales. *Revista de Calidad Asistencial*, 26, 376-379. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2011.09.002>
- Randle, J., Clarke, M., & Storr, J. (2006). Hand hygiene compliance in healthcare workers. *The Journal of Hospital Infection*, 64(3), 205-209. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2006.06.008>
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7237), 768-770.

- Robles-García, M., Dierssen-Sotos, T., Martínez-Ochoa, E., Herrera-Carral, P., Díaz-Mendi, A. R., & Llorca-Díaz, J. (2005). Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *Gaceta sanitaria*, 19(2), 127–134.
- Rodriguez, V., Giuffre, C., Villa, S., Almada, G., Prasopa-Plaizier, N., Gogna, M., ... Argentinian Group Hand Hygiene Improvement. (2015). A multimodal intervention to improve hand hygiene in ICUs in Buenos Aires, Argentina: a stepped wedge trial. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 27(5), 405-411. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv065>
- Román Maestre, B. (2013). Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo. *Medicina Paliativa*, 20(1), 19-25. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2012.10.002>
- Roqueta-Egea, F., Tomas-Vecina, S., & Chanovas-Borras, M. R. (2011). Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias*, 23, 356–364.
- Ruano, M., Villamañán, E., Pérez, E., Herrero, A., & Álvarez-Sala, R. (2016). New technologies as a strategy to decrease medication errors: how do they affect adults and children differently? *World Journal of Pediatrics*, 12(1), 28-34. <https://doi.org/10.1007/s12519-015-0067-6>
- Ruiz Téllez, A., & Alonso López, F. (2001). Sistemas de información maduros para una atención primaria adulta: el proyecto GESHIP. *Medifam*, 11(5), 11–20.
- Ruzafa-Martínez, M., Madrigal-Torres, M., Velandrino-Nicolás, A., & López-Iborra, L. (2008). Work satisfaction among Spanish nurses working in English hospitals. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 434–442.
- Salanova, M. (2008). *Organizaciones saludables: Una aproximación desde la Psicología Positiva en C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), Psicología Positiva: Bases científicas del bienestar y la resiliencia*. Madrid: Alianza Editorial.
- Salanova, M., Del Líbano, M., Llorens, S., & Schaufeli, W. B. (2014). Engaged, Workaholic, Burned-Out or Just 9-to-5? Toward a Typology of Employee Well-being: Employee Well-being and Work Investment. *Stress and Health*, 30(1), 71-81. <https://doi.org/10.1002/smi.2499>
- Salanova Soria, M. (2008). Organizaciones saludables: una aproximación desde la Psicología Positiva. En *Psicología positiva aplicada* (pp. 403-428). Madrid: Desclée de Brouwer.
- Salanova Soria, M. S., & Schaufeli, W. B. (2004). El Engagement de los empleados: un reto emergente para la Dirección de los Recursos Humanos. *Estudios financieros. Revista de trabajo y seguridad social: Comentarios, casos prácticos : recursos humanos*, 261, 109-138.

- Salanova Soria, S. L. G. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. *Papeles del psicólogo*, 29(1), 59-67.
- Sánchez López, Moreno-Torres Herrera, R., Perez de la Cruz, A., Orduña Espinosa, R., Medina, T., & López Martínez, C. (2005). Prevalencia de desnutrición en pacientes ingresados en un hospital de rehabilitación y traumatología. *Nutrición Hospitalaria*, 20(2), 121-130.
- Sánchez-Payá, J., Fuster-Pérez, M., García-González, C., Gracia-Rodríguez, R. M., García-Shimizu, P., San Juan-Quíles, A., ... González-Torga, A. (2007). Evaluación de un programa de actualización de las recomendaciones sobre la higiene de manos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(3), 343-352.
- Sansoni, J., De Caro, W., Marucci, A. R., Sorrentino, M., Mayner, L., & Lancia, L. (2016). Nurses' Job satisfaction: an Italian study. *Annali Di Igiene: Medicina Preventiva E Di Comunita*, 28(1), 58-69.
- Saturno, P. J., Gama, Z. D. S., De Oliveira-Sousa, S. L., Fonseca, Y. A., De Souza-Oliveira, A. C., & ISEP, G. P. (2008). Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Medicina Clínica*, 131, 18–25.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Hoogduin, K., Schaap, C., & Kladler, A. (2001). on the clinical validity of the maslach burnout inventory and the burnout measure. *Psychology & Health*, 16(5), 565-582. <https://doi.org/10.1080/08870440108405527>
- Schaufeli, W. B., & Van Dierendonck, D. (1995). A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points for the Maslach Burnout Inventory. *Psychological Reports*, 76(3 Pt 2), 1083-1090. <https://doi.org/10.2466/pr0.1995.76.3c.1083>
- Schiøler, T., Lipczak, H., Pedersen, B. L., Mogensen, T. S., Bech, K. B., Stockmarr, A., ... Danish Adverse Event Study. (2001). [Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records]. *Ugeskrift for Laeger*, 163(39), 5370-5378.
- Segura Massó, A., & Massó, A. A. S. (2012). Clima organizacional: un modo eficaz para dirigir los servicios de salud. *Avances en Enfermería*, 30(1), 107-113.
- Seidler, A., Thinschmidt, M., Deckert, S., Then, F., Hegewald, J., Nieuwenhuijsen, K., & Riedel-Heller, S. G. (2014). The role of psychosocial working conditions on burnout and its core component emotional exhaustion – a systematic review. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology (London, England)*, 9, 10. <https://doi.org/10.1186/1745-6673-9-10>
- Seisdedos-Cubero N. (1997). *Versión española del Maslach Burnout Inventory*. Madrid: Ediciones TEA.
- Serrano, M., Barcenilla, F., & Limon, E. (2014). Nosocomial infections in long-term health care facilities. *Enfermedades infecciosas y microbiología clinica*, 32(3), 191–198.

- Servicio Vasco de Salud. (2001). *Manual de evaluación y mejora de la satisfacción de las personas en las organizaciones de servicios* (1.<sup>a</sup> ed.). Vitoria-Gasteiz: Osakidetza.
- Seto, W. H., Yuen, S. W. S., Cheung, C. W. Y., Ching, P. T. Y., Cowling, B. J., & Pittet, D. (2013). Hand hygiene promotion and the participation of infection control link nurses: an effective innovation to overcome campaign fatigue. *American Journal of Infection Control*, *41*(12), 1281-1283. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2013.04.011>
- Shekelle, P. G., Wachter, R. M., Pronovost, P. J., Schoelles, K., McDonald, K. M., Dy, S. M., ... Winters, B. D. (2013). Making health care safer II: an updated critical analysis of the evidence for patient safety practices. *Evidence Report/Technology Assessment*, (211), 1-945.
- Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, *13*(2), 176-200. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.13.2.176>
- Shojania, K. G., Duncan, B. W., McDonald, K. M., Wachter, R. M., & Markowitz, A. J. (2001). Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. *Evidence Report/Technology Assessment (Summary)*, (43), i-x, 1-668.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, *1*(1), 27-41.
- 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>
- Sirigatti, S., & Stefanile, C. (1993). *MBI- Maslach Burnout Inventory. Adattamento e taratura per l'Italia*. Florencia: OS Organizzazioni Speciali.
- Škodová, M., Gimeno-Benítez, A., Martínez-Redondo, E., Morán-Cortés, J. F., Jiménez-Romano, R., & Gimeno-Ortiz, A. (2015). Hand hygiene technique quality evaluation in nursing and medicine students of two academic courses. *Revista latino-americana de enfermagem*, *23*(4), 708–717.
- Sorra, J. S., & Dyer, N. (2010). Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research*, *10*, 199. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-199>
- Soto Álvarez, J. (2007). Implicación de la investigación de resultados en salud en la mejora continua de la calidad asistencial del Sistema Nacional de Salud. *Anales de Medicina Interna*, *24*(11), 517-519.
- Stewardson, A. J., Sax, H., Gayet-Ageron, A., Touveneau, S., Longtin, Y., Zingg, W., & Pittet, D. (2016). Enhanced performance feedback and patient participation to improve hand

- hygiene compliance of health-care workers in the setting of established multimodal promotion: a single-centre, cluster randomised controlled trial. *The Lancet. Infectious Diseases*, 16(12), 1345-1355. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30256-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30256-0)
- Stone, P. W., & Gershon, R. R. M. (2006). Nurse work environments and occupational safety in intensive care units. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 7(4), 240-247. <https://doi.org/10.1177/1527154406297896>
- Stordeur, S., & D'Hoore, W. (2007). Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), 45-58. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04095.x>
- Sveinsdóttir, H., Biering, P., & Ramel, A. (2006). Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(7), 875-889. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.11.002>
- Taris, T. W., Kompier, M. A. J., Geurts, S. A. E., Houtman, I. L. D., & Van Den Heuvel, F. F. M. (2010). Professional efficacy, exhaustion, and work characteristics among police officers: A longitudinal test of the learning-related predictions of the demand—control model. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(2), 455-474. <https://doi.org/10.1348/096317909X424583>
- Taris, T. W., Le Blanc, P. M., Schaufeli, W. B., & Schreurs, P. J. G. (2005). Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *Work & Stress*, 19(3), 238-255. <https://doi.org/10.1080/02678370500270453>
- Teixeira, C., Ribeiro, O., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2013). Burnout in intensive care units - a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiology*, 13(1), 38. <https://doi.org/10.1186/1471-2253-13-38>
- Tejedor Fernández, M., Montero Pérez, F. J., Miñarro del Moral, R. M., Gracia García, F., Roig García, J. J., & García Moyano, A. M. (2013). Diseño e implantación de un plan de seguridad del paciente en un servicio de urgencias de hospital: ¿Cómo hacerlo? *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 25(3), 218-227.
- The National Quality Forum. (2003). NQF: Safe Practices for Better Healthcare. A consensus report. Recuperado 28 de enero de 2018, a partir de [https://www.qualityforum.org/News\\_And\\_Resources/Press\\_Kits/Safe\\_Practices\\_for\\_Better\\_Healthcare.aspx](https://www.qualityforum.org/News_And_Resources/Press_Kits/Safe_Practices_for_Better_Healthcare.aspx)

- Thomas, E. J., Studdert, D. M., Burstin, H. R., Orav, E. J., Zeena, T., Williams, E. J., ... Brennan, T. A. (2000). Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Medical Care*, *38*(3), 261-271.
- Tomás Vecina, S., Bueno Domínguez, M. J., Chanovas Borrás, M., & Roqueta Egea, F. (2014). Diseño y validación de un mapa de riesgos para la mejora de la seguridad del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. *Trauma*, *25*(1), 46-53.
- Toppinen-Tanner, S., Ojajarvi, A., Väänänen, A., Kalimo, R., & Jäppinen, P. (2005). Burnout as a predictor of medically certified sick-leave absences and their diagnosed causes. *Behavioral Medicine (Washington, D.C.)*, *31*(1), 18-27. <https://doi.org/10.3200/BMED.31.1.18-32>
- Tous, O. S., Gómez, J. V., Fitzner, A. B., Cànaves, J. L., Zahm, M. G., Galván, M. S., & Sbert, J. M. (2011). Estudio de la satisfacción del paciente hospitalizado en los hospitales públicos de las Illes Balears. *Medicina Balear*, *26*(3), 46-54.
- Trick, W. E., Vernon, M. O., Hayes, R. A., Nathan, C., Rice, T. W., Peterson, B. J., ... Weinstein, R. A. (2003). Impact of ring wearing on hand contamination and comparison of hand hygiene agents in a hospital. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, *36*(11), 1383-1390. <https://doi.org/10.1086/374852>
- Ulíbarri, J. I. de. (2003). La desnutrición hospitalaria. *Nutrición Hospitalaria*, *18*(2), 53-56.
- Ulíbarri JI. (2004). *El libro blanco de la desnutrición clínica en España* (SENPE: Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral). Madrid: Acción Médica.
- Ulíbarri Pérez, J. de, González-Madroño, A., González Pérez, P., Fernández, G., Rodríguez Salvanés, F., & Mancha Álvarez-Estrada, A. (2002). Nuevo procedimiento para la detección precoz y control de la desnutrición hospitalaria. *Nutr Hosp*, *17*(4), 179-88.
- Ulíbarri Pérez, J., & De, J. I. (2014). La desnutrición clínica en 2014: patogenia, detección precoz y consecuencias; desnutrición y trofopatía. *Nutrición Hospitalaria*, *29*(4), 785-796. <https://doi.org/10.3305/nh.2014.29.4.7272>
- Ulíbarri Perez JI, Fernandez G, Rodríguez Salvanés F, & Díaz López AM. (2014). Nutritional screening; control of clinical undernutrition with analytical parameters. *Nutrición Hospitalaria*, *29*(4), 797-811.
- Vicente-Herrero, M. T., Torres Alberich, J. I., Capdevila García, L., Gómez, J. I., Ramírez Iñiguez de la Torre, M. V., Terradillos García, M. J., ... Buedo, V. E. (2016). Trabajo nocturno y salud laboral. *Revista Española de Medicina Legal*, *42*(4), 142-154. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2016.01.001>
- Vignoli, M., Guglielmi, D., Bonfiglioli, R., & Violante, F. S. (2016). How job demands affect absenteeism? The mediating role of work-family conflict and exhaustion. *International*

- Archives of Occupational and Environmental Health*, 89(1), 23-31.  
<https://doi.org/10.1007/s00420-015-1048-8>
- Villa Andrada, J., Garvı García, M., García Retamar, S., Galindo Casero, A., Merchan Felipe, N., & Rojo Durın, R. (2004). La gestión por competencias: un modelo para la gestión de recursos humanos en las organizaciones sanitarias. *Enfermería Global*, 5, 1-8.
- Villamañán, E., Herrero, A., & lvarez-Sala, R. (2011). Prescripción electrónica asistida como nueva tecnología para la seguridad del paciente hospitalizado. *Medicina Clínica*, 136, 398-402. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.02.012>
- Villamañán, E., Larrubia, Y., Ruano, M., Vélez, M., Armada, E., Herrero, A., & lvarez-Sala, R. (2013). Potential medication errors associated with computer prescriber order entry. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 35(4), 577-583. <https://doi.org/10.1007/s11096-013-9771-2>
- Villamayor-Blanco, L., Herrero-Poch, L., Miguel-Bouzas, J. C. de, & Freire-Vazquez, M. (2016). Conciliación de medicación al ingreso mediante un programa de prescripción electrónica asistida. *Farmacia Hospitalaria*, 40(5), 333-340.
- Vincent, C., Neale, G., & Woloshynowych, M. (2001). Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 322(7285), 517-519.
- Vincent, Charles. (2003). Understanding and responding to adverse events. *The New England Journal of Medicine*, 348(11), 1051-1056. <https://doi.org/10.1056/NEJMp020760>
- Viotti, S., & Converso, D. (2016). Relationship between job demands and psychological outcomes among nurses: Does skill discretion matter? *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 29(3), 439-460. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00520>
- Vivas-López, S., & Fernández-Guerrero, R. (2011). Gestión por competencias en instituciones sanitarias: claves de la dirección de recursos humanos en la comunidad valenciana (España). *Estudios Gerenciales*, 27(120), 41-62.
- Volpe, C. R. G., Melo, E. M. M. de, Aguiar, L. B. de, Pinho, D. L. M., & Stival, M. M. (2016). Risk factors for medication errors in the electronic and manual prescription. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2742. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0642.2742>
- Wack, M., Puymirat, E., Ranque, B., Georjin-Lavialle, S., Pierre, I., Tanguy, A., ... Avillach, P. (2015). Evaluating the Impact of Computerized Provider Order Entry on Medical Students Training at Bedside: A Randomized Controlled Trial. *PLOS ONE*, 10(9), e0138094. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138094>

- Watts, J., Robertson, N., Winter, R., & Leeson, D. (2013). Evaluation of organizational culture and nurse burnout. *Nursing Management (Harrow, London, England: 1994)*, 20(6), 24-29. <https://doi.org/10.7748/nm2013.10.20.6.24.e1113>
- Weberg, D. (2010). Transformational leadership and staff retention: an evidence review with implications for healthcare systems. *Nursing Administration Quarterly*, 34(3), 246-258. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0b013e3181e70298>
- Wennberg, J. E., Barnes, B. A., & Zubkoff, M. (1982). Professional uncertainty and the problem of supplier-induced demand. *Social Science & Medicine*, 16(7), 811-824. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90234-9](https://doi.org/10.1016/0277-9536(82)90234-9)
- Wilson, R. M., Runciman, W. B., Gibberd, R. W., Harrison, B. T., Newby, L., & Hamilton, J. D. (1995). The Quality in Australian Health Care Study. *The Medical Journal of Australia*, 163(9), 458-471.
- Wong, C. A., Cummings, G. G., & Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 709-724. <https://doi.org/10.1111/jonm.12116>
- World Alliance for Patient Safety, World Health Organization, & Department of Health System Policies and Operations. (2005). *Global patient safety challenge, 2005-2006: clean care is safer care*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1994). Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. 5. Staff burnout. Recuperado a partir de <http://www.who.int/iris/handle/10665/60992>
- World Health Organization (Ed.). (2000). *The World Health Report 2000: health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2005). Directrices de la OMS sobre higiene de manos en la atención sanitaria (Borrador avanzado). Recuperado 6 de noviembre de 2017, a partir de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr50/es/>
- World Health Organization. (2009a). *Manual técnico de referencia para la higiene de la manos: dirigido a los profesionales sanitarios, a los formadores ya los observadores de la s prácticas de higiene de las manos*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (Ed.). (2009b). *WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge: clean care is safer care*. Geneva: World Health Organization, Patient Safety.
- World Health Organization. (2010a). *Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos*. Geneva: World Health Organization.

- World Health Organization. (2010b). Marco OMS de autoevaluación de la higiene de las manos. Recuperado 6 de noviembre de 2017, a partir de [http://www.who.int/gpsc/5may/hhsa\\_framework/es/](http://www.who.int/gpsc/5may/hhsa_framework/es/)
- World Health Organization. (2010c). Plan de acción para mejorar la higiene de las manos en centros con resultados intermedios en el Marco OMS de autoevaluación. Recuperado a partir de [http://www.who.int/gpsc/5may/PSP\\_GPSC1\\_APIintermediosWeb\\_Mar-2012\\_SP.pdf](http://www.who.int/gpsc/5may/PSP_GPSC1_APIintermediosWeb_Mar-2012_SP.pdf)
- Yoon, J., Kim, M., & Shin, J. (2016). Confidence in delegation and leadership of registered nurses in long-term-care hospitals. *Journal of Nursing Management*, 24(5), 676-685. <https://doi.org/10.1111/jonm.12372>
- Yuguero, O., Ramon Marsal, J., Esquerda, M., Vivanco, L., & Soler-González, J. (2017). Association between low empathy and high burnout among primary care physicians and nurses in Lleida, Spain. *The European Journal of General Practice*, 23(1), 4-10. <https://doi.org/10.1080/13814788.2016.1233173>
- Zangaro, G. A., & Soeken, K. L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 445-458. <https://doi.org/10.1002/nur.20202>
- Zegers, M., de Bruijne, M. C., Wagner, C., Hoonhout, L. H. F., Waaijman, R., Smits, M., ... van der Wal, G. (2009). Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. *Quality & Safety in Health Care*, 18(4), 297-302. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.025924>
- Zeithaml V, Parasuram, & Berry. (1992). *Calidad total en la gestión de servicios Como llegar al equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores*. Madrid: Diaz de Santos.
- Zhang, L., Huang, L., Liu, M., Yan, H., & Li, X. (2016). Nurse-physician collaboration impacts job satisfaction and turnover among nurses: A hospital-based cross-sectional study in Beijing. *International Journal of Nursing Practice*, 22(3), 284-290. <https://doi.org/10.1111/ijn.12424>
- Zheng, K., Fear, K., Chaffee, B. W., Zimmerman, C. R., Karls, E. M., Gatwood, J. D., ... Pearlman, M. D. (2011). Development and validation of a survey instrument for assessing prescribers' perception of computerized drug-drug interaction alerts. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 18(1), i51-i61. <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2010-000053>
- Zubiri Sáenz, F. (2013). Satisfacción y motivación profesional. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 36, 193-196.

# 9. **P**ROYECTOS DE FUTURO





## **9. PROPUESTAS, RECOMENDACIONES Y PROYECTOS DE FUTURO**

Del presente estudio, debido a su diseño transversal en los aspectos referentes a la satisfacción laboral y la seguridad del paciente, no pueden extraerse relaciones causales entre las acciones realizadas a partir de los planes de mejora implementados y los resultados obtenidos. Aunque la población estudiada es la misma en todos los cortes realizados (el personal del Hospital Doctor Moliner), al ser la participación voluntaria y anónima, no puede asegurarse que se trate de la misma muestra en todos los momentos del estudio y por lo tanto, no podemos asegurar que los cambios observados sean debidos a las intervenciones realizadas. Lo que sí pueden extraerse son hipótesis de trabajo que podrían confirmarse con nuevos estudios experimentales, en los que la participación de los profesionales en las encuestas no sea anónima para que el investigador pueda identificar al participante en todo momento y por tanto, las diferencias observadas entre los distintos momentos del estudio si las tuviesen, permitan establecer relaciones causales entre los factores analizados, las intervenciones realizadas y los resultados obtenidos.

El motivo por el que se realizó un diseño transversal, fue por la falta de cultura de participación de los profesionales en las encuestas. Nuestros índices de participación fueron próximos al 50%, parecidos a los obtenidos en otros estudios similares al nuestro. No obstante, dado el pequeño tamaño de la población estudiada y el hecho de que si la participación no hubiera sido anónima, el índice de participación con toda probabilidad, hubiese sido inferior. Por ello, optamos por la participación anónima de los profesionales, aún a sabiendas de que para muchos de los aspectos analizados, de este estudio sólo podrían extraerse hipótesis de trabajo para futuras investigaciones.

En estos momentos, debido al incremento en la cultura del personal para participar en las encuestas realizadas desde la Comisión de Calidad, los resultados del presente estudio podrían servir de puerta para una nueva investigación. En este sentido, podría confirmarse la relación entre las variables predictoras y las variables resultado y la utilidad de los planes de mejora para la reducción del burnout y el incremento de la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del

paciente. Así el paso siguiente, sería diseñar estudios en los que la participación de los profesionales, no fuera anónima para el equipo investigador, y en los que incluso pudieran realizarse entrevistas personalizadas, previas a la aplicación de los cuestionarios, para incentivar la participación y mejorar la calidad de la recogida de datos. A este respecto, hay miembros del equipo de trabajo que están interesados en continuar trabajando en esta línea, y en estos momentos, el director de enfermería actual, está muy sensibilizado sobre los temas relacionados con la seguridad del paciente, por lo que es muy probable que sigamos investigando en esta línea.

10.

*P*ublicaciones y  
*comunicaciones*

---





# 10. PUBLICACIONES Y COMUNICACIONES

## Artículos:

1. Merino-Plaza MJ, Carrera-Hueso FJ, Roca-Castelló MR, Morro-Martín MD, Martínez-Asensi A, Fikri-Benbrahim N. Relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente. *Gac Sanit*, 2017; doi: 10.1016/j.gaceta.2017.02.009. [Epub ahead of print]. **JCR 1,768. Public health, environmental & occupational health** (94 de 176). **Q3; T2**
2. Merino-Plaza MJ, Carrera-Hueso FJ, Castillo-Blasco M, Martínez-Asensi A, Martínez-Capella R, Fikri-Benbrahim N. Evolución de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de media-larga estancia: indicadores de seguimiento. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2017; 40: 43-56. doi.org/10.23938/ASSN.0005. **JCR 0,625. Public health, environmental & occupational health** (164 de 176). **Q4; T3**
3. Merino-Plaza MJ, Carrera-Hueso FJ, Arribas-Boscá N, Martínez-Asensi A, Trull-Mararavilla E, Fikri-Benbrahim N. Burnout en el personal de un Hospital de Crónicos. *Revista Saude Publica.* 2018; 52: 45. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000242>. **JCR 1,353. Public health, environmental & occupational health** (120 de 176). **Q3; T3**
4. Carrera-Hueso FJ, Merino-Plaza MJ, Ramón-Barrios MA, López- Merino E, Vázquez-Ferreiro P, Poquet-Jornet JE. Satisfaction with computerized provider order entry systems in a Long Stay Hospital: proposal of a Model. *Eur J Hosp Pharm.* 2017; 0:1-6. DOI: 10.1136/ejpharm-2017-001345. **JCR 0,718. Pharmacology & Pharmacy** (238 de 256). **Q4; T3**
5. Merino-Plaza MJ, Carrera-Hueso FJ, Arribas-Boscá N, Martínez-Asensi A, Nebot-Sánchez MC, Fikri-Benbrahim N. Job Satisfaction in a Long-Stay Hospital: Related Variables and Monitoring Indicators. *Int J Pub Health Safe.* 2018; 3: 144.
6. Merino-Plaza MJ, Carrera-Hueso FJ, Arribas-Boscá N, Martínez-Asensi A, Vázquez- Ferreiro P, Vargas-Morales A, Fikri-Benbrahim N. Burnout y factores de riesgo psicosocial en el personal de un hospital de larga estancia. *Cadernos Saude Publica.* En revisión.

7. Merino-Plaza MJ, Rodrigo-Bartual V, Boza-Cervilla M, García-Llopis A, Gómez-Pajares F, Carrera-Hueso FJ, Fikri-Benbrahim N. ¿Cómo incrementar la adhesión del personal sanitario al protocolo de higiene de manos?. *Revista Española de Salud Pública*. En revisión.

### **Comunicaciones a Congresos:**

A partir de los resultados obtenidos en la investigación, se han enviado múltiples comunicaciones a Congresos nacionales e internacionales:

1. **XIX Congreso Nacional de Hospitales** (Alicante marzo 2015): 3 Comunicaciones
2. **Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial** (2015, 2016, 2017)
  - Gijón Octubre 2015: XXXIII Congreso Nacional de Calidad Asistencial: 5 Comunicaciones.
  - Córdoba Octubre 2016: XXXIV Congreso Nacional de Calidad Asistencial: 8 Comunicaciones.
  - Tarragona Octubre 2017: XXXV Congreso Nacional de Calidad Asistencial: 6 Comunicaciones.
3. **V Jornada Anual de SOVCA** (Valencia Octubre 2016): 7 Comunicaciones.
4. **IV Congreso Internacional de bioética** (Valencia Octubre 2016): 1 Comunicación.
5. **LXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria** (Madrid Octubre 2017): 2 Comunicaciones.
6. **Tenth World Congress on Healthcare & Technologies** (Lisboa Julio 2017): 2 Comunicaciones.
7. **International Conference on Social Sciences & Interdisciplinary Studies** (Londres Agosto 2017): 1 Comunicación.
8. **Second International Conference on Advances in Skin, Wound Care and Tissue Science:** (Frankfurt Noviembre 2017): 1 Comunicación.

### **Libros:**

1. Coautora de 8 capítulos en el libro "Avances en Calidad y Seguridad del Paciente: Estudios e investigaciones". Madrid: Ed SECA-SOVCA, 2015. ISBN 978-84-606-6441-3.
  - 1.1.- Alcalá del Olmo E, Tenllado Doblas P, Cabo Arnal V, Zamora Capitán M, Merino Plaza MJ, Roca Castelló MR Resultados de la unidad de nutrición de un hospital de media larga estancia. Pags 88-90.

- 1.2.-** Nebot Sánchez MC, Merino Plaza MJ, Martínez Asensi A, Vicente Cuenta E, Pavon Andreu C, Arribas Boscá N Resultados de la encuesta de ambiente de trabajo realizada en un HACLE. Pags 92-95.
- 1.3.-** Merino Plaza MJ, Lázaro Blasco A, Sabater Borí C, Azcón Sánchez M, Olmos Gascón MJ, Diago Iranzo R. Resultados de la encuesta sobre cultura de seguridad del paciente realizada en un hospital de perfil HACLE. Pags 96-100.
- 1.4.-** Alcalá del Olmo E, Haba Atienza J, Moreno Martinez C, Bellver Bellver M, Giner Almaraz S, Merino Plaza MJ. Medidas adoptadas en un HACLE para reducir la colonización de manos. Pags 101-105.
- 1.5.-** Morro Martín MD, Ortolá Soria I, Romero Romero C, Gil Aparicio MD, Giner Almaraz S, Merino Plaza MJ. Colonización nasal por *S aureus* en los profesionales de un HACLE Pags 111-115.
- 1.6.-** Merino Plaza MJ, Morro Martin MD, Moreno Casero T, Herrero Barona C, Violero Lucas O, Martínez Más A Motivación de los profesionales vs calidad asistencial. Pags 258-262.
- 1.7.-** Merino Plaza MJ, Cabo Arnal V, Bellver Bellver M, Andrés Soler A, Gil Aparicio MD, Giner Almaraz Prevalencia de colonizacion por bacterias multiresistentes (BMR) en un hospital de perfil HACLE. Pags 263-267.
- 1.8.-** Roca Castelló MR, Gil Aparicio MD, Castillo Blasco M, Sabater Borí C, Vez Fernández A, Merino Plaza MJ. Elaboración de un mapa de riesgos en un hospital de crónicos y larga estancia. Pags 273-277.
- 2.** Coordinadora del libro “Calidad Asistencial en el Hospital de Crónicos”. Madrid: Editorial RC Libros, 2016. ISBN 978-84-944650-3-1. Coautora de 5 capítulos:
- 2.1.-** Manuela Castillo Blasco, M<sup>a</sup> José Merino Plaza, Amparo Martínez Asensi. “Incremento de la cultura de seguridad a partir de la elaboración de un mapa de riesgos. Pags 9-21.
- 2.2.-** M<sup>a</sup> José Merino Plaza, Amparo Martínez Asensi, Rosa Martínez Capella, M<sup>a</sup> Carmen Nebot Sánchez. “Estrategias para la mejora del ambiente de trabajo”. Pags 35-52.
- 2.3.-** Belén Aparicio Díaz, Nuria Arribas Boscá, Rosa Martínez Capella, Amparo Martínez Asensi, M<sup>a</sup> José Merino Plaza. “Taller de formación de familiares: orientación a la familia en recursos sociales”. Pags 63-75.

**2.4.-** Rosa Martínez Capella<sup>1</sup>, Nuria Arribas Boscá<sup>2</sup>, Belen Aparicio Díaz<sup>3</sup>, M<sup>a</sup> Carmen Nebot Sánchez, M<sup>a</sup> José Merino Plaza, Amparo Martínez Asensi<sup>1</sup> “Taller de formación de familiares en el cuidado del paciente: Enseñar a Cuidar”. Pags 77-89.

**2.5.-** José López Soriano, M<sup>a</sup> José Merino Plaza. “Gestión por procesos y método Lean aplicado a los servicios sanitarios”. Pags 91-105.

**3.** Coordinadora del libro, “Innovación en Calidad Asistencial”, Valencia: Ediciones Gráficas la Eliana, 2016. ISBN 978-84-617-5125-9. Coautora de 6 capítulos:

**3.1.-** Merino Plaza MJ, Martínez Asensi A, Arribas Boscá N, Martínez Capella R, Aparicio Díaz B, Caballero García JJ. Indicadores de seguimiento de la satisfacción laboral. ¿Cuáles utilizar?. Pags 95-103.

**3.2.-** Merino Plaza MJ, Morro Martín MD, Castillo Blasco M, Polo Miguel A, Iñigo Dies J, Portoles Mola I. Evolución de la cultura de seguridad del paciente en un HACLE. Pags 105-113.

**3.3.-** Merino Plaza MJ, Morro Martín MD, Espuig Bultó MD, Hortelano Martínez E, Alcalá del Olmo Olea E, Aroca Mayor F Relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad en un HACLE. Pags 115-124.

**3.4.-** Merino Plaza MJ, Roca Castelló MR, Arribas Boscá N, Martínez Asensi A, Estellés Vicent A, Ramírez de Aguilera G. Grado de burnout entre los profesionales de un HACLE. Variables predictoras. Pags 125-132.

**3.5.-** Merino Plaza MJ, Martínez Asensi A, Garrote Marcilla A, Fort Maicas JD, Violero Lucas O, Pavon Andreu C Resultado de la aplicación del cuestionario Psico 3.1 a los trabajadores de un HACLE. Pags 133-142.

**3.6.-** Merino Plaza MJ, García Gascó P, Martínez Capella R, Morro Martín MD, Moreno Casero T, García Jover A Relación entre los factores de riesgo psicosocial y el burnout en el personal de un HACLE. Pags 133-150.

# 11. ANEXOS





# 11. ANEXOS

**ANEXO I:** Formulario empleado para la realización del test MBI-HSS

## Test de Maslach

Comisión de Calidad

Su opinión es muy importante para todos

### Introducción

Los profesionales sanitarios, como consecuencia de su actividad asistencial en la que existe una implicación en el cuidado de enfermos frágiles y un contacto en mayor o menor medida con el sufrimiento y la muerte, tienen ciertos factores de riesgo aunque, simultáneamente, desarrollan una serie de habilidades (factores protectores) para que el coste emocional sea el menor posible. El resultado de la interacción entre factores de riesgo y protectores depende de muchas variables.

El **objetivo de este cuestionario** (Test de Maslach), es conocer nuestra situación al respecto para potenciar actitudes saludables, **adoptar las medidas preventivas o correctivas** pertinentes y enfocar, de modo adecuado, los talleres de habilidades sociales y comunicación que se impartirán en un futuro próximo en nuestro centro.

En la encuesta se incluyen una serie de preguntas respecto a los datos demográficos del encuestado y a los factores protectores que, en otros estudios, se ha evidenciado protegen de la aparición de burnout, con el fin de tenerlos en cuenta a la hora de extraer las conclusiones de la presente encuesta.

Desde la Comisión de Calidad, les agradeceríamos reservasen unos minutos para responder, lo más objetivamente posible, el cuestionario adjunto para que las conclusiones sean válidas.

Sus **respuestas serán tratadas de forma CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA** y no serán utilizadas para ningún propósito distinto al de ayudarnos a mejorar.

### Datos demográficos del encuestado

Estos datos se utilizarán únicamente para la explotación y segmentación de los resultados de la encuesta. Marque con una cruz, en el recuadro correspondiente, la opción más adecuada para cada una de las preguntas.

#### Edad (años):

Menos de 35 años     35-45 años     45-50 años     50-55 años     Más de 55 años

## Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente

### Sexo

Hombre  Mujer

### Tipo de contrato

Fijo  Interino  Acúmulo de tareas  Eventual

### Categoría profesional

Grupo A1 (Facultativos, Psicólogos, Téc Función Administrativa)

Grupo A2 (DUE, Fisioterapeutas, Terap Ocupacional, Logopeda, Trab Social, Técnicos Gestión Administrativa, Téc Informáticos)

Grupo C1 (Técnicos de Rayos, Administrativos)

Grupo C2 (Auxiliares de enfermería, Auxiliares Administrativos, Telefonista)

Grupo AP (Celadores, s, Mantenimiento, Limpieza, Lavandería, Pinches de Cocina...)

### Régimen de trabajo

Turno fijo de mañana  Turno rotatorio mañana/tarde  Turno rotatorio mañana/tarde/noche

	> 3 años	3 - 4 años	5 - 9 años	10 - 14 años	15 - 19 años	≤ 20 años
Años de antigüedad laboral	<input type="checkbox"/>					
Años de trabajo en el hospital	<input type="checkbox"/>					
Años de trabajo en su actual puesto de trabajo	<input type="checkbox"/>					

	Si	No
Responsabilidad sobre dirección de equipos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabaja los días festivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Factores protectores adicionales:

#### ¿Cuál es su estado civil o de convivencia?

Soltero/a  Casado/a o vive en pareja  Divorciado/a  Viudo/a

	Si	No
¿Ha tenido bajas laborales durante el último año por problemas de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Padece alguna enfermedad crónica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Toma medicamentos para dormir, o para ansiedad y/o depresión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Desde que trabaja en el centro, ha recibido formación específica para su puesto de trabajo (cursos, seminarios, cursos de habilidades de comunicación...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>En su vida laboral se siente valorado por:</b>		
• Los pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Los familiares de los pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sus compañeros de profesión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sus superiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*En las siguientes preguntas, marque la puntuación que crea más apropiada entre el 1 y el 10, considerando el valor de 1 como nada satisfactorio, y el valor de 10 como muy satisfactorio.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Cuál es su valoración global de su experiencia profesional?	<input type="checkbox"/>									
¿Se considera una persona optimista?	<input type="checkbox"/>									
¿Cuál es la valoración de sus ingresos en relación con el trabajo que desempeña?	<input type="checkbox"/>									
¿Cree que se desempeña bien en su trabajo diario (autoeficacia)?	<input type="checkbox"/>									
¿Se siente apoyado en su vida personal (amigos, familia etc.)?	<input type="checkbox"/>									

### **1.-Test de Maslach**

Se trata de una batería de 22 preguntas sobre cómo se siente en su trabajo diario. Por tratarse de un cuestionario adaptado al personal sanitario, en muchas de las preguntas se hace referencia al paciente. **En el caso de que usted no trabaje directamente con pacientes, extrapole la pregunta** a aquellas situaciones con las que se encuentre habitualmente (sus herramientas de trabajo, los compañeros, los ordenadores, el instrumental...) y responda con la opción que más se aproxime a como se siente usted emocionalmente.

Señale la **opción que más se adapte su realidad** y a **la frecuencia con que usted siente** los enunciados que se describen a continuación.

### Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente

Test de Maslach	Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
1.-Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	<input type="checkbox"/>						
2.- Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	<input type="checkbox"/>						
3.- Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo	<input type="checkbox"/>						
4.- Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.	<input type="checkbox"/>						
5.- Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	<input type="checkbox"/>						
6.- Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.	<input type="checkbox"/>						
7.- Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.	<input type="checkbox"/>						
8.- Me siento "quemado" por mi trabajo.	<input type="checkbox"/>						
9.- Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de otras personas.	<input type="checkbox"/>						
10.- Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.	<input type="checkbox"/>						
11.- Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	<input type="checkbox"/>						
12.- Me siento muy activo	<input type="checkbox"/>						
13.- Me siento frustrado en mi trabajo	<input type="checkbox"/>						
14.- Creo que estoy trabajando demasiado.	<input type="checkbox"/>						
15.- Realmente no me preocupa lo que le ocurre a algunos de mis pacientes.	<input type="checkbox"/>						
16.- Trabajar directamente con las personas me produce estrés.	<input type="checkbox"/>						
17.- Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.	<input type="checkbox"/>						
18.- Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes.	<input type="checkbox"/>						
19.- He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	<input type="checkbox"/>						
20.- Me siento acabado.	<input type="checkbox"/>						
21.-En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.	<input type="checkbox"/>						
22.- Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas.	<input type="checkbox"/>						

**ANEXO II:** Formulario empleado para la evaluación conjunta de los riesgos psicosociales y el grado de burnout de los profesionales



**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES**

El objetivo de este cuestionario es conocer algunos aspectos sobre las condiciones psicosociales en tu trabajo.

El cuestionario es anónimo y se garantiza la confidencialidad de las respuestas.

Con el fin de que la información que se obtenga sea útil es necesario que contestes sinceramente a todas las preguntas.

Tras leer atentamente cada pregunta así como sus opciones de respuesta, marca en cada caso la respuesta que consideres más adecuada, señalando una sola respuesta por cada pregunta.

**ES IMPRESCINDIBLE RESPONDER A TODAS LAS PREGUNTAS**



**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES**

1. ¿Trabajas los sábados?  
 siempre o casi siempre  1  
 a menudo  2  
 a veces  3  
 nunca o casi nunca  4
2. ¿Trabajas los domingos y festivos?  
 siempre o casi siempre  1  
 a menudo  2  
 a veces  3  
 nunca o casi nunca  4
3. ¿Tienes la posibilidad de tomar días u horas libres para atender asuntos de tipo personal?  
 siempre o casi siempre  1  
 a menudo  2  
 a veces  3  
 nunca o casi nunca  4
4. ¿Con qué frecuencia tienes que trabajar más tiempo del horario habitual, hacer horas extra o llevarte trabajo a casa?  
 siempre o casi siempre  1  
 a menudo  2  
 a veces  3  
 nunca o casi nunca  4
5. ¿Dispones de al menos 48 horas consecutivas de descanso en el transcurso de una semana (7 días consecutivos)?  
 siempre o casi siempre  1  
 a menudo  2  
 a veces  3  
 nunca o casi nunca  4
6. ¿Tu horario laboral te permite compaginar tu tiempo libre (vacaciones, días libres, horarios de entrada y salida) con los de tu familia y amigos?  
 siempre o casi siempre  1  
 a menudo  2  
 a veces  3  
 nunca o casi nunca  4
7. ¿Puedes decidir cuándo realizar las pausas reglamentarias (pausa para comida o bocadillo)?  
 siempre o casi siempre  1  
 a menudo  2  
 a veces  3  
 nunca o casi nunca  4
8. Durante la jornada de trabajo y fuera de las pausas reglamentarias, ¿puedes detener tu trabajo o hacer una parada corta cuando lo necesitas?  
 siempre o casi siempre  1  
 a menudo  2  
 a veces  3  
 nunca o casi nunca  4

9. ¿Puedes marcar tu propio ritmo de trabajo a lo largo de la jornada laboral?

siempre o casi siempre	<input type="checkbox"/>	1
a menudo	<input type="checkbox"/>	2
a veces	<input type="checkbox"/>	3
nunca o casi nunca	<input type="checkbox"/>	4

10. ¿Puedes tomar decisiones relativas a:

	siempre o casi siempre	a menudo	a veces	nunca o casi nunca
	1	2	3	4
Lo que debes hacer (actividades y tareas a realizar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La distribución de tareas a lo largo de tu jornada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La distribución del entorno directo de tu puesto de trabajo (espacio, mobiliario, objetos personales, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cómo tienes que hacer tu trabajo (método, protocolos, procedimientos de trabajo...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La cantidad de trabajo que tienes que realizar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La calidad del trabajo que realizas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La resolución de situaciones anormales o incidencias que ocurren en tu trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La distribución de los turnos rotativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↳ No trabajo en turnos rotativos	<input type="checkbox"/>			

11. Qué nivel de participación tienes en los siguientes aspectos de tu trabajo:

	puedo decidir	se me consulta	sólo recibo información	ninguna participación
	1	2	3	4
Introducción de cambios en los equipos y materiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Introducción de cambios en la manera de trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lanzamiento de nuevos o mejores productos o servicios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reestructuración o reorganización de departamentos o áreas de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambios en la dirección o entre tus superiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contratación o incorporación de nuevos empleados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboración de las normas de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. ¿Cómo valoras la supervisión que tu jefe inmediato ejerce sobre los siguientes aspectos de tu trabajo?

	no interviene	insuficiente	adecuada	excesiva
	1	2	3	4
El método para realizar el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La planificación del trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El ritmo de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La calidad del trabajo realizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. ¿Cómo valoras el grado de información que te proporciona la empresa sobre los siguientes aspectos?

	no hay información	insuficiente	es adecuada
	1	2	3
Las posibilidades de formación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las posibilidades de promoción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los requisitos para ocupar plazas de promoción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La situación de la empresa en el mercado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Para realizar tu trabajo ¿cómo valoras la información que recibes sobre los siguientes aspectos?

	muy clara	clara	poco clara	nada clara
	1	2	3	4
Lo que debes hacer (funciones, competencias y atribuciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cómo debes hacerlo (métodos, protocolos, procedimientos de trabajo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La cantidad de trabajo que se espera que hagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La calidad de trabajo que se espera que hagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El tiempo asignado para realizar el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La responsabilidad del puesto de trabajo (qué errores o defectos pueden achacarse a tu actuación y cuáles no)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES**

15. Señala con qué frecuencia se dan las siguientes situaciones en tu trabajo

	siempre o casi siempre	a menudo	a veces	nunca o casi nunca
	1	2	3	4
Se te asignan tareas que no puedes realizar por no tener los recursos humanos o materiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para ejecutar algunas tareas tienes que saltarte los métodos establecidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se te exige tomar decisiones o realizar cosas con las que no estás de acuerdo porque te suponen un conflicto moral, legal, emocional...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibes instrucciones contradictorias entre sí (unos te mandan una cosa y otros otra)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se te exigen responsabilidades, cometidos o tareas que no entran dentro de tus funciones y que deberían llevar a cabo otros trabajadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Si tienes que realizar un trabajo delicado o complicado y deseas ayuda o apoyo, puedes contar con:

	siempre o casi siempre	a menudo	a veces	nunca o casi nunca	no tengo, no hay otras personas
	1	2	3	4	5
Tus jefes	<input type="checkbox"/>				
Tus compañeros	<input type="checkbox"/>				
Tus subordinados	<input type="checkbox"/>				
Otras personas que trabajan en la empresa	<input type="checkbox"/>				

17. ¿Cómo consideras que son las relaciones con las personas con las que debes trabajar?

buenas	<input type="checkbox"/>	1
regulares	<input type="checkbox"/>	2
malas	<input type="checkbox"/>	3
no tengo compañeros	<input type="checkbox"/>	4

18. Con qué frecuencia se producen en tu trabajo:

	raras veces	con frecuencia	constante mente	no existen
	1	2	3	4
Los conflictos interpersonales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las situaciones de violencia física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las situaciones de violencia psicológica (amenazas, insultos, hacer el vacío, descalificaciones personales...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las situaciones de acoso sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES**

19. Tu empresa, frente a situaciones de conflicto interpersonal entre trabajadores:

deja que sean los implicados quienes solucionen el tema	<input type="checkbox"/>	1
pide a los mandos de los afectados que traten de buscar una solución al problema	<input type="checkbox"/>	2
tiene establecido un procedimiento formal de actuación	<input type="checkbox"/>	3
no lo sé	<input type="checkbox"/>	4

20. En tu entorno laboral ¿te sientes discriminado? (por razones de edad, sexo, religión, raza, formación, categoría.....)

siempre o casi siempre	<input type="checkbox"/>	1
a menudo	<input type="checkbox"/>	2
a veces	<input type="checkbox"/>	3
nunca	<input type="checkbox"/>	4

21. ¿A lo largo de la jornada cuánto tiempo debes mantener una exclusiva atención en tu trabajo? (de forma que te impida hablar, desplazarte o simplemente pensar en cosas ajenas a tu tarea)

siempre o casi siempre	<input type="checkbox"/>	1
a menudo	<input type="checkbox"/>	2
a veces	<input type="checkbox"/>	3
nunca o casi nunca	<input type="checkbox"/>	4

22. En general, ¿cómo consideras la atención que debes mantener para realizar tu trabajo?

muy alta	<input type="checkbox"/>	1
alta	<input type="checkbox"/>	2
media	<input type="checkbox"/>	3
baja	<input type="checkbox"/>	4
muy baja	<input type="checkbox"/>	5

23. El tiempo de que dispones para realizar tu trabajo es suficiente y adecuado:

siempre o casi siempre	<input type="checkbox"/>	1
a menudo	<input type="checkbox"/>	2
a veces	<input type="checkbox"/>	3
nunca o casi nunca	<input type="checkbox"/>	4

24. La ejecución de tu tarea, ¿te impone trabajar con rapidez?

siempre o casi siempre	<input type="checkbox"/>	1
a menudo	<input type="checkbox"/>	2
a veces	<input type="checkbox"/>	3
nunca o casi nunca	<input type="checkbox"/>	4

25. ¿Con qué frecuencia debes acelerar el ritmo de trabajo?

siempre o casi siempre	<input type="checkbox"/>	1
a menudo	<input type="checkbox"/>	2
a veces	<input type="checkbox"/>	3
nunca o casi nunca	<input type="checkbox"/>	4



**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES**

26. En general, la cantidad de trabajo que tienes es:

- excesiva
- elevada
- adecuada
- escasa
- muy escasa

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5

27. ¿Debes atender a varias tareas al mismo tiempo?

- siempre o casi siempre
- a menudo
- a veces
- nunca o casi nunca

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

28. El trabajo que realizas, ¿te resulta complicado o difícil?

- siempre o casi siempre
- a menudo
- a veces
- nunca o casi nunca

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

29. ¿En tu trabajo tienes que llevar a cabo tareas tan difíciles que necesitas pedir a alguien consejo o ayuda?

- siempre o casi siempre
- a menudo
- a veces
- nunca o casi nunca

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

30. En tu trabajo, tienes que interrumpir la tarea que estás haciendo para realizar otra no prevista

- siempre o casi siempre
- a menudo
- a veces
- nunca o casi nunca

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

31. En el caso de que existan interrupciones, ¿alteran seriamente la ejecución de tu trabajo?

- siempre o casi siempre
- a menudo
- a veces
- nunca o casi nunca

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

32. ¿La cantidad de trabajo que tienes suele ser irregular e imprevisible?

- siempre o casi siempre
- a menudo
- a veces
- nunca o casi nunca

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4



**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES**

33. En qué medida tu trabajo requiere:

	siempre o casi siempre	a menudo	a veces	nunca o casi nunca
	1	2	3	4
Aprender cosas o métodos nuevos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adaptarse a nuevas situaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar iniciativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tener buena memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ser creativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratar directamente con personas que no están empleadas en tu trabajo (clientes, pasajeros, alumnos, pacientes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. En tu trabajo ¿con qué frecuencia tienes que ocultar tus emociones y sentimientos ante...?

	siempre o casi siempre	a menudo	a veces	nunca o casi nunca	no tengo, no trato
	1	2	3	4	5
Tus superiores jerárquicos	<input type="checkbox"/>				
Tus subordinados	<input type="checkbox"/>				
Tus compañeros de trabajo	<input type="checkbox"/>				
Personas que no están empleadas en la empresa (clientes, pasajeros, alumnos, pacientes, etc.)	<input type="checkbox"/>				

35. Por el tipo de trabajo que tienes, ¿estás expuesto a situaciones que te afectan emocionalmente?

siempre o casi siempre	<input type="checkbox"/>	1
a menudo	<input type="checkbox"/>	2
a veces	<input type="checkbox"/>	3
nunca o casi nunca	<input type="checkbox"/>	4

36. Por el tipo de trabajo que tienes, ¿con qué frecuencia se espera que des una respuesta a los problemas emocionales y personales de tus clientes externos? (pasajeros, alumnos, pacientes, etc.):

siempre o casi siempre	<input type="checkbox"/>	1
a menudo	<input type="checkbox"/>	2
a veces	<input type="checkbox"/>	3
nunca o casi nunca	<input type="checkbox"/>	4

37. El trabajo que realizas ¿te resulta rutinario?:

no	<input type="checkbox"/>	1
a veces	<input type="checkbox"/>	2
bastante	<input type="checkbox"/>	3
mucho	<input type="checkbox"/>	4



**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES**

38. En general ¿consideras que las tareas que realizas tienen sentido?:

- mucho  1
- bastante  2
- poco  3
- nada  4

39. ¿Cómo contribuye tu trabajo en el conjunto de la empresa u organización?

- no es muy importante  1
- es importante  2
- es muy importante  3
- no lo sé  4

40. En general, ¿está tu trabajo reconocido y apreciado por...?

	siempre o casi siempre	a menudo	a veces	nunca o casi nunca	no tengo, no trato
	1	2	3	4	5
Tus superiores	<input type="checkbox"/>				
Tus compañeros de trabajo	<input type="checkbox"/>				
El público, clientes, pasajeros, alumnos, pacientes, etc. (si los hay)	<input type="checkbox"/>				
Tu familia y tus amistades	<input type="checkbox"/>				

41. ¿Te facilita la empresa el desarrollo profesional (promoción, plan de carrera,...)?

- adecuadamente  1
- regular  2
- insuficientemente  3
- no existe posibilidad de desarrollo profesional  4

42. ¿Cómo definirías la formación que se imparte o se facilita desde tu empresa?

- muy adecuada  1
- suficiente  2
- insuficiente en algunos casos  3
- totalmente insuficiente  4

43. En general, la correspondencia entre el esfuerzo que haces y las recompensas que la empresa te proporciona es:

- muy adecuada  1
- suficiente  2
- insuficiente en algunos casos  3
- totalmente insuficiente  4

44. Considerando los deberes y responsabilidades de tu trabajo ¿estás satisfecho con el salario que recibes?

- muy satisfecho  1
- satisfecho  2
- insatisfecho  3
- muy insatisfecho  4

**Datos demográficos del encuestado**

Estos datos se utilizarán únicamente para la explotación y segmentación de los resultados de la encuesta. Marque la opción más adecuada para cada una de las preguntas.

**1. Características de los encuestados**

Por favor, señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Sexo**

Hombre  Mujer

**Estado civil**

Vive en pareja  No vive en pareja

**Tipo de contrato**

Fijo  Interino  Acúmulo de tareas  Eventual  Laboral

**Categoría profesional**

Facultativos  Enfermeros  Auxiliares de enfermería  Celadores  
 Personal administrativo  Personal de mantenimiento y servicios generales  Otros

**Régimen de trabajo**

Turno fijo  Turno rodado

	Menos de 5 años	Entre 5 y 9 años	Entre 10 y 14 años	Entre 15 y 19 años	Más de 20 años
Años de antigüedad laboral	<input type="checkbox"/>				
Años de trabajo en el hospital	<input type="checkbox"/>				
Años de trabajo en su actual puesto de trabajo	<input type="checkbox"/>				

Otros datos adicionales	Si	No
Responsabilidad sobre dirección de equipos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene hijos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Trabaja de noches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido bajas laborales durante el último año por problemas de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Padece alguna enfermedad crónica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Toma medicamentos para dormir, o para ansiedad y/o depresión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En su vida laboral ¿se siente valorado por los pacientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En su vida laboral ¿se siente valorado por los familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En su vida laboral ¿se siente valorado por los compañeros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En su vida laboral ¿se siente valorado por sus superiores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En las siguientes preguntas, marque la puntuación que crea más apropiada entre el 1 y el 10, considerando el valor de 1 como nada de acuerdo, y el valor de 10 como muy de acuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Su trabajo le ofrece oportunidades de hacer cosas que le gustan?	<input type="checkbox"/>									
¿Cree que se desempeña bien en su trabajo diario (autoeficacia)?	<input type="checkbox"/>									
¿Cuál es el grado de SATISFACCIÓN GENERAL que tiene en relación a su trabajo?	<input type="checkbox"/>									
¿Se considera una persona optimista?	<input type="checkbox"/>									
¿Se siente triste y decaído?	<input type="checkbox"/>									
¿Se siente apoyado en su vida personal (amigos, familia etc.)?	<input type="checkbox"/>									

### Test de Maslach

Se trata de una batería de 22 preguntas.

Usted debe marcar con un círculo la opción que más se adapte a la realidad de su trabajo diario. Por tratarse de un cuestionario adaptado al personal sanitario, en muchas de las preguntas se hace referencia al paciente. EN EL CASO DE QUE USTED NO TRABAJE DIRECTAMENTE CON PACIENTES EXTRAPOLE LA PREGUNTA A AQUELLAS SITUACIONES CON LAS QUE SE ENCUENTRE HABITUALMENTE EN SU TRABAJO DIARIO (los equipos de trabajo, los compañeros, los ordenadores, el instrumental...); responda con la opción que más se aproxime a como se siente usted emocionalmente.

1 Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.

- 0: Nunca
- 1: Pocas veces al año (Raramente)
- 2: Una vez al mes o menos (En contadas ocasiones)
- 3: Pocas veces al mes (De vez en cuando)
- 4: Una vez a la semana (Con cierta frecuencia)
- 5: Pocas veces a la semana (Bastante a menudo)
- 6: Todos los días (Continuamente)

2 Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.

- 0: Nunca
- 1: Pocas veces al año (Raramente)
- 2: Una vez al mes o menos (En contadas ocasiones)
- 3: Pocas veces al mes (De vez en cuando)
- 4: Una vez a la semana (Con cierta frecuencia)
- 5: Pocas veces a la semana (Bastante a menudo)
- 6: Todos los días (Continuamente)

3 Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.

- 0: Nunca
- 1: Pocas veces al año (Raramente)
- 2: Una vez al mes o menos (En contadas ocasiones)
- 3: Pocas veces al mes (De vez en cuando)
- 4: Una vez a la semana (Con cierta frecuencia)
- 5: Pocas veces a la semana (Bastante a menudo)
- 6: Todos los días (Continuamente)

4 Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.

- 0: Nunca
- 1: Pocas veces al año (Raramente)
- 2: Una vez al mes o menos (En contadas ocasiones)
- 3: Pocas veces al mes (De vez en cuando)
- 4: Una vez a la semana (Con cierta frecuencia)
- 5: Pocas veces a la semana (Bastante a menudo)
- 6: Todos los días (Continuamente)

5 Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.

- 0: Nunca
- 1: Pocas veces al año (Raramente)
- 2: Una vez al mes o menos (En contadas ocasiones)
- 3: Pocas veces al mes (De vez en cuando)
- 4: Una vez a la semana (Con cierta frecuencia)
- 5: Pocas veces a la semana (Bastante a menudo)
- 6: Todos los días (Continuamente)

6 Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.

- 0: Nunca
- 1: Pocas veces al año (Raramente)
- 2: Una vez al mes o menos (En contadas ocasiones)
- 3: Pocas veces al mes (De vez en cuando)
- 4: Una vez a la semana (Con cierta frecuencia)
- 5: Pocas veces a la semana (Bastante a menudo)
- 6: Todos los días (Continuamente)

7 Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.

- 0: Nunca
- 1: Pocas veces al año (Raramente)
- 2: Una vez al mes o menos (En contadas ocasiones)
- 3: Pocas veces al mes (De vez en cuando)
- 4: Una vez a la semana (Con cierta frecuencia)
- 5: Pocas veces a la semana (Bastante a menudo)
- 6: Todos los días (Continuamente)

8 Me siento "quemado" por mi trabajo.

- 0: Nunca
- 1: Pocas veces al año (Raramente)
- 2: Una vez al mes o menos (En contadas ocasiones)
- 3: Pocas veces al mes (De vez en cuando)
- 4: Una vez a la semana (Con cierta frecuencia)
- 5: Pocas veces a la semana (Bastante a menudo)
- 6: Todos los días (Continuamente)

9 Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de otras personas.

- 0: Nunca
- 1: Pocas veces al año (Raramente)
- 2: Una vez al mes o menos (En contadas ocasiones)
- 3: Pocas veces al mes (De vez en cuando)
- 4: Una vez a la semana (Con cierta frecuencia)
- 5: Pocas veces a la semana (Bastante a menudo)
- 6: Todos los días (Continuamente)

10 Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.

- 0: Nunca
- 1: Pocas veces al año (Raramente)
- 2: Una vez al mes o menos (En contadas ocasiones)
- 3: Pocas veces al mes (De vez en cuando)
- 4: Una vez a la semana (Con cierta frecuencia)
- 5: Pocas veces a la semana (Bastante a menudo)
- 6: Todos los días (Continuamente)

11 Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.

- 0: Nunca
- 1: Pocas veces al año (Raramente)
- 2: Una vez al mes o menos (En contadas ocasiones)
- 3: Pocas veces al mes (De vez en cuando)
- 4: Una vez a la semana (Con cierta frecuencia)
- 5: Pocas veces a la semana (Bastante a menudo)
- 6: Todos los días (Continuamente)

12 Me siento muy activo.

- 0: Nunca
- 1: Pocas veces al año (Raramente)
- 2: Una vez al mes o menos (En contadas ocasiones)
- 3: Pocas veces al mes (De vez en cuando)
- 4: Una vez a la semana (Con cierta frecuencia)
- 5: Pocas veces a la semana (Bastante a menudo)
- 6: Todos los días (Continuamente)

13 Me siento frustrado en mi trabajo.

- 0: Nunca
- 1: Pocas veces al año (Raramente)
- 2: Una vez al mes o menos (En contadas ocasiones)
- 3: Pocas veces al mes (De vez en cuando)
- 4: Una vez a la semana (Con cierta frecuencia)
- 5: Pocas veces a la semana (Bastante a menudo)
- 6: Todos los días (Continuamente)

14 Creo que estoy trabajando demasiado.

- 0: Nunca
- 1: Pocas veces al año (Raramente)
- 2: Una vez al mes o menos (En contadas ocasiones)
- 3: Pocas veces al mes (De vez en cuando)
- 4: Una vez a la semana (Con cierta frecuencia)
- 5: Pocas veces a la semana (Bastante a menudo)
- 6: Todos los días (Continuamente)

15 Realmente no me preocupa lo que le ocurre a algunos de mis pacientes.

- 0: Nunca
- 1: Pocas veces al año (Raramente)
- 2: Una vez al mes o menos (En contadas ocasiones)
- 3: Pocas veces al mes (De vez en cuando)
- 4: Una vez a la semana (Con cierta frecuencia)
- 5: Pocas veces a la semana (Bastante a menudo)
- 6: Todos los días (Continuamente)

16 Trabajar directamente con las personas me produce estrés.

- 0: Nunca
- 1: Pocas veces al año (Raramente)
- 2: Una vez al mes o menos (En contadas ocasiones)
- 3: Pocas veces al mes (De vez en cuando)
- 4: Una vez a la semana (Con cierta frecuencia)
- 5: Pocas veces a la semana (Bastante a menudo)
- 6: Todos los días (Continuamente)

17 Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes.

- 0: Nunca
- 1: Pocas veces al año (Raramente)
- 2: Una vez al mes o menos (En contadas ocasiones)
- 3: Pocas veces al mes (De vez en cuando)
- 4: Una vez a la semana (Con cierta frecuencia)
- 5: Pocas veces a la semana (Bastante a menudo)
- 6: Todos los días (Continuamente)

18 Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes.

- 0: Nunca
- 1: Pocas veces al año (Raramente)
- 2: Una vez al mes o menos (En contadas ocasiones)
- 3: Pocas veces al mes (De vez en cuando)
- 4: Una vez a la semana (Con cierta frecuencia)
- 5: Pocas veces a la semana (Bastante a menudo)
- 6: Todos los días (Continuamente)

19 He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.

- 0: Nunca
- 1: Pocas veces al año (Raramente)
- 2: Una vez al mes o menos (En contadas ocasiones)
- 3: Pocas veces al mes (De vez en cuando)
- 4: Una vez a la semana (Con cierta frecuencia)
- 5: Pocas veces a la semana (Bastante a menudo)
- 6: Todos los días (Continuamente)

20 Me siento acabado.

- 0: Nunca
- 1: Pocas veces al año (Raramente)
- 2: Una vez al mes o menos (En contadas ocasiones)
- 3: Pocas veces al mes (De vez en cuando)
- 4: Una vez a la semana (Con cierta frecuencia)
- 5: Pocas veces a la semana (Bastante a menudo)
- 6: Todos los días (Continuamente)

21 En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.

- 0: Nunca
- 1: Pocas veces al año (Raramente)
- 2: Una vez al mes o menos (En contadas ocasiones)
- 3: Pocas veces al mes (De vez en cuando)
- 4: Una vez a la semana (Con cierta frecuencia)
- 5: Pocas veces a la semana (Bastante a menudo)
- 6: Todos los días (Continuamente)

22 Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas.

- 0: Nunca
- 1: Pocas veces al año (Raramente)
- 2: Una vez al mes o menos (En contadas ocasiones)
- 3: Pocas veces al mes (De vez en cuando)
- 4: Una vez a la semana (Con cierta frecuencia)
- 5: Pocas veces a la semana (Bastante a menudo)
- 6: Todos los días (Continuamente)

**iii Muchas gracias por su colaboración!!!**

ANEXO III: Formulario empleado para la evaluación conjunta de la cultura de seguridad y la satisfacción laboral de los profesionales

**Encuesta sobre seguridad de los pacientes y clima laboral**  
Comisión de Calidad (Grupo de Comunicación) del Hospital Dr Moliner

Su opinión es muy importante para todos

Esta encuesta recoge sus opiniones acerca de la seguridad de los pacientes, incidentes y notificación de sucesos o efectos adversos en su centro, así como aspectos relacionados con el clima laboral y le llevará unos 15 minutos completarla. Agradecemos de antemano su colaboración y le pedimos la máxima sinceridad en sus respuestas, condiciones ambas para que este esfuerzo sea beneficioso para todos. Esta encuesta es estrictamente confidencial, sus respuestas son anónimas. Si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la pregunta no se refiere al trabajo que usted desempeña, puede dejarla en blanco.

**1. Características de los encuestados**

Por favor, señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente

**Datos demográficos del encuestado**

Estos datos se utilizarán únicamente para la explotación y segmentación de los resultados de la encuesta. Marque la opción más adecuada para cada una de las preguntas.

**Edad**

Menos de 35 años     35-45 años     45-50 años     50-55 años     Más de 55 años

**Sexo**     Hombre     Mujer

**Tipo de contrato**

Fijo     Interino     Acumulado de tareas     Intermitente     Laboral

**Años de antigüedad laboral**

Menos de 3 años     Entre 3 y 5 años     Entre 5 y 10 años  
 Entre 10 y 15 años     Entre 15 y 20 años     Más de 20 años

**Años de antigüedad en el hospital**

Menos de 3 años     Entre 3 y 5 años     Entre 5 y 10 años  
 Entre 10 y 15 años     Entre 15 y 20 años     Más de 20 años

**Años de trabajo en su actual puesto de trabajo**

Menos de 3 años     Entre 3 y 5 años     Entre 5 y 10 años  
 Entre 10 y 15 años     Entre 15 y 20 años     Más de 20 años

**Categoría profesional**

Facultativos     Enfermeros     Auxiliares de enfermería     Celadores  
 Personal administrativo     Personal de mantenimiento y servicios generales

**Responsabilidad sobre dirección de equipos**     Sí     No

**Régimen de trabajo**

Turno fijo de mañana     Turno rotatorio mañana/tarde     Turno rotatorio mañana/tarde/noche

**Trabaja los días festivos**     Sí     No

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

**Número de guardias de presencia física al mes** .....

**¿Padece alguna enfermedad crónica?**     Sí     No

**¿Toma medicamentos para dormir, o para ansiedad o depresión?**     Sí     No

**¿Se ha vacunado y el contra la gripe en la última campaña?**     Sí     No

**¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?**     Sí     No

**¿Cuáles es su servicio o unidad de trabajo?**

Medicina Interna     UDC     Unidad de Cuidados Paliativos Oncológicos     Neurología     Rehabilitación  
 Farmacia     Radiología     Laboratorio     Admisión     Administración     Otro, por favor, especifique

**¿Cuáles es su posición laboral en su servicio/unidad?**

Dirección     Médico     Enfermera     Auxiliar de enfermería     Farmacéutico     Fisioterapeuta  
 DUE (Laboratorio, Radiología, Farmacia)     Administración     Otro, por favor, especifique .....

2-Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety, (Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)), Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo

**Sección A: Su Servicio o Unidad**

Por favor, piense en el Servicio o Unidad donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o presta sus servicios

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1.-El personal sanitario se apoya mutuamente	<input type="checkbox"/>				
2.-Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	<input type="checkbox"/>				
3.-Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para terminarlo	<input type="checkbox"/>				
4.-En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	<input type="checkbox"/>				
5.-A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	<input type="checkbox"/>				
6.-Rebecemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/>				
7.-En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	<input type="checkbox"/>				
8.-Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	<input type="checkbox"/>				
9.-Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.	<input type="checkbox"/>				
10.-No se producen más fallos por casualidad.	<input type="checkbox"/>				
11.-Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.	<input type="checkbox"/>				
12.- Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa buscan un "culpable".	<input type="checkbox"/>				
13.-Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	<input type="checkbox"/>				
14.-Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas (demasiado deprisa).	<input type="checkbox"/>				
15.-Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/>				
16.- Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	<input type="checkbox"/>				
17.-En esta unidad hay problemas con la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/>				
18.-Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	<input type="checkbox"/>				
19.-Mi superior jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/>				
20.-Mi superior jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/>				
21.- Cuando la presión de trabajo aumenta, mi superior jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/>				
22.-Mi superior jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren de forma repetida.	<input type="checkbox"/>				

**Sección B: Su Hospital**

Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a su Hospital.

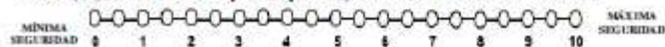
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
23.- La gerencia o la Dirección del Hospital facilita un ambiente laboral que favorece la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/>				
24.- Los servicios/unidades de este Hospital no se coordinan bien entre ellos.	<input type="checkbox"/>				
25.- La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	<input type="checkbox"/>				
26.- Hay buena cooperación entre los servicios del centro que necesitan trabajar conjuntamente.	<input type="checkbox"/>				
27.- En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	<input type="checkbox"/>				
28.- Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	<input type="checkbox"/>				
29.- El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	<input type="checkbox"/>				
30.- La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	<input type="checkbox"/>				
31.- La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	<input type="checkbox"/>				
32.- Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	<input type="checkbox"/>				
33.- Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	<input type="checkbox"/>				

**Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad**

¿Con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/unidad de trabajo?

	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.	<input type="checkbox"/>				
35.- Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	<input type="checkbox"/>				
36.- Se nos informa de los errores que ocurren en mi servicio/unidad.	<input type="checkbox"/>				
37.- El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	<input type="checkbox"/>				
38.- En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	<input type="checkbox"/>				
39.- El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	<input type="checkbox"/>				
40.- Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	<input type="checkbox"/>				
41.- Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	<input type="checkbox"/>				
42.- Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	<input type="checkbox"/>				

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



54.- ¿Existe en su centro un procedimiento para notificar incidentes o efectos adversos?  Sí  No

55.- En el último año, ¿cuántas veces ha notificado por escrito un incidente o efecto adverso a su superior o a otras instancias?

**Sección E: Clima Laboral**

Versión reducida de la Encuesta Corporativa de Clima Laboral de Osakidetza

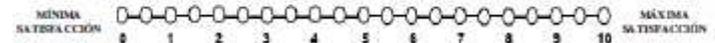
	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
<b>DIMENSIÓN 1: CONDICIONES DE TRABAJO</b>					
1.- ¿Consideras que las condiciones físicas y ambientales (temperatura, instalaciones, equipamientos...) en que desarrollas tu trabajo, son adecuadas?	<input type="checkbox"/>				
2.- ¿Consideras que las condiciones de seguridad en que realizas tu trabajo, de cara a evitar que se produzcan riesgos para tu salud son adecuadas?	<input type="checkbox"/>				
3.- ¿Consideras que el Horario y Calendario de Trabajo es adecuado?	<input type="checkbox"/>				
<b>DIMENSIÓN 2: FORMACIÓN</b>					
4.- La formación que has recibido de la Organización para el desarrollo de tu puesto de trabajo, te ha resultado adecuada	<input type="checkbox"/>				
<b>DIMENSIÓN 3: PROMOCIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL</b>					
5.- El trabajo que desempeñas te resulta satisfactorio	<input type="checkbox"/>				
6.- ¿Consideras que en tu Organización existen, a igualdad de méritos y capacidades, iguales oportunidades de promoción y desarrollo profesional?	<input type="checkbox"/>				
<b>DIMENSIÓN 4: RECONOCIMIENTO</b>					
7.- ¿Crees que en tu Unidad se valora y reconoce el trabajo bien hecho?	<input type="checkbox"/>				
8.- ¿Crees que en tu Organización se valora a las personas en función de la calidad en el cumplimiento de sus responsabilidades?	<input type="checkbox"/>				
<b>DIMENSIÓN 5: RETRIBUCIÓN</b>					
9.- ¿La retribución que recibes, en comparación con la del resto de categorías, te parece adecuada?	<input type="checkbox"/>				
10.- Tu retribución, en comparación con la de categorías profesionales equiparables de otros sectores, te parece adecuada?	<input type="checkbox"/>				
<b>DIMENSIÓN 6: RELACIÓN MANDO/LABORADOR</b>					
11.- Tu mando directo te da las orientaciones y apoyo que necesitas para el desempeño de tu trabajo	<input type="checkbox"/>				
12.- Entiendes que el trato personal (respeto, comprensión,...) que tu superior directo tiene respecto a ti, es adecuado	<input type="checkbox"/>				
13.- En general, valoras la relación profesional con tu superior directo como satisfactoria	<input type="checkbox"/>				
<b>DIMENSIÓN 7: PARTICIPACIÓN</b>					
14.- Consideras que tus posibilidades de participar en la mejora del funcionamiento (organización y planificación del trabajo, definición de criterios de actuación, etc.) de la Unidad son adecuadas	<input type="checkbox"/>				

15.-Tu mando directo trata con el equipo los proyectos y cuestiones que afectan a la y propone la aportación de propuestas y sugerencias.	<input type="checkbox"/>				
<b>DIMENSION 8. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL CAMBIO</b>					
16.-En tu opinión, ¿la organización del trabajo en tu Unidad es adecuada?	<input type="checkbox"/>				
17.-¿Consideras que los esfuerzos realizados por tu Organización para mejorar su funcionamiento son adecuados?	<input type="checkbox"/>				
<b>DIMENSION 9. CLIMA DE TRABAJO</b>					
18.- En general, la relación entre compañeros y el ambiente de trabajo existente en tu Unidad, es adecuado	<input type="checkbox"/>				
19.- El nivel de colaboración que existe entre tu Unidad y otras Unidades con las que debe relacionarse por razones de trabajo, es alto	<input type="checkbox"/>				
<b>DIMENSION 10. COMUNICACIÓN INTERNA</b>					
20.-La información que se te da para la correcta ejecución de tu trabajo, es adecuada	<input type="checkbox"/>				
21.-Consideras que las sugerencias y aportaciones que realizas para la mejora de los servicios son escuchadas y consideradas	<input type="checkbox"/>				
<b>DIMENSION 11. CONOCIMIENTO E IDENTIFICACIÓN CON OBJETIVOS</b>					
22.-Consideras que los objetivos y planes de actuación establecidos para tu Unidad o ámbito de actuación son adecuados	<input type="checkbox"/>				
23.-Tu nivel de conocimiento sobre los objetivos, proyectos, resultados, etc. de la Organización, es adecuado	<input type="checkbox"/>				
<b>DIMENSION 12. PERCEPCIÓN DE LA DIRECCIÓN</b>					
24.-En general, las decisiones que está tomando el Equipo Directivo de la Organización, te parecen adecuadas	<input type="checkbox"/>				
25.-Crees que la Dirección de la Organización es receptiva a los problemas y demandas de los trabajadores	<input type="checkbox"/>				
<b>PUESTA EN PRÁCTICA DE VALORES CORPORATIVOS</b>					
26.-Nos organizamos y actuamos buscando prestar al usuario el mejor servicio posible.	<input type="checkbox"/>				
27.-Se confía en la capacidad de las personas y se busca su desarrollo profesional.	<input type="checkbox"/>				
28.-Se comparten los objetivos y se busca la participación de todas las personas para conseguirlos.	<input type="checkbox"/>				
29.-Existe, a nivel general, interés en los profesionales por actuar eficientemente y con calidad.	<input type="checkbox"/>				
30.-Se trabaja en equipo y de forma coordinada entre todas las Unidades	<input type="checkbox"/>				

31.-La calidad de servicio que, en su opinión, se da a los usuarios en tu Organización es adecuada

**SATISFACCIÓN GENERAL**

32.-Teniendo en cuenta sus respuestas a todo lo anterior, ¿Cuál es el grado de SATISFACCIÓN GENERAL que tienes en relación a su trabajo?:



**INFLUENCIA DE LAS DIMENSIONES DE SATISFACCIÓN**

33.-Elige los tres aspectos que más pueden influir en la mejora de su satisfacción profesional:

1. Condiciones de trabajo (medios, seguridad, horario, calendario)
2. Formación
3. Promoción y desarrollo profesional
4. Reconocimiento al trabajo realizado
5. Retribución
6. Relación con el mando
7. Posibilidades de participación
8. Organización y funcionamiento
9. Clima y ambiente de trabajo
10. Comunicación interna
11. Conocimiento y adecuación de los objetivos
12. Estilo de la dirección
13. Otros aspectos

Ha terminado de cumplimentar el cuestionario. Gracias por su interés y colaboración. Si cree preciso incluir alguna consideración o comentario adicional, relacionado con la seguridad del paciente o el clima laboral, puede hacerlo a continuación:

Gracias por completar este cuestionario

Su ayuda será muy útil

**ANEXO IV:** Encuesta realizada a los profesionales para identificar los principales riesgos relacionados con la seguridad del paciente

**CUESTIONARIO PARA LA ELABORACIÓN  
DE UN MAPA DE RIESGOS**

El objetivo de este cuestionario es conocer su experiencia diaria de trabajo en el ámbito de seguridad del paciente. Su opinión es importante poder planificar y desarrollar mejoras en este área.

Por favor responda a las siguientes preguntas:

**A. Identifique los eventos relacionados con la seguridad del paciente más frecuentes en su ámbito:**

**B. Clasifíquelos siguiendo la escala de riesgo que le presentamos a continuación. Para ello, escriba en la casilla que corresponda las palabras clave que identifiquen cada evento:**

CONSECUENCIAS	FRECUENCIA				
	Excepcional	Poco probable	Probable	Frecuente	Muy frecuente
Catastrófico					
Grave					
Moderada					
Menor					
Ninguna					

\*Catastrófico: muerte, daño irreversible en un órgano (p.e. pérdida de visión).

\*Grave: incapacidad de larga duración, incremento en los días de hospitalización >15 días, baja laboral > 14 días, puede afectar a muchos pacientes a la vez.

\*Moderada: incremento en los días de hospitalización 4-15 días, baja laboral 4-14 días, puede afectar a pocos pacientes a la vez.

\*Menor: incremento en los días de hospitalización 1-3 días, baja laboral < 3 días.

\*Ninguna: no genera baja laboral y se requiere una intervención mínima.

**B. ¿Cuáles son las causas de estos eventos? Describa las causas para cada uno de los eventos que ha citado.**

**C. Proponga acciones de mejora que nos ayude a prevenir estos eventos.**

**ANEXO V.** Modelo final propuesto para medir la satisfacción de los profesionales sanitarios con la prescripción electrónica asistida \*.

PREGUNTAS	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
iF1. La PEA mejora la información disponible sobre los medicamentos (vía de administración, pauta, dosis...) en el momento de su <b>administración/prescripción</b>	<input type="checkbox"/>				
iF2. La PEA permite un acceso a la información del paciente (nombre, edad, NHC...) de forma fácil y <b>clara</b> .	<input type="checkbox"/>				
iF3. ¿Facilita la PEA la prescripción <b>y el registro de la administración</b> de los medicamentos al paciente?	<input type="checkbox"/>				
iF5. Con la PEA aumenta la seguridad del paciente y se reducen, por lo tanto, los errores de medicación	<input type="checkbox"/>				
iF6. La PEA mejora la coordinación médico-farmacéutico-enfermera en el proceso necesario para la prescripción-validación- y administración de los medicamentos	<input type="checkbox"/>				
iF7. Globalmente, la PEA es mejor que el proceso manual.	<input type="checkbox"/>				

\*En negrita aparecen las modificaciones realizadas en la redacción respecto al ítem original. iF=ítem fusionado

**ANEXO VI.** Modelo de la encuesta corporativa utilizada para evaluar la satisfacción de los pacientes ingresados en la Unidad de Larga Estancia

1. Cuando ingresó en el hospital ¿le pusieron una pulsera de identificación con su nombre?

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO					HOSPITAL
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
Si									
No									
NS/NC									

Por favor, valore cada uno de los siguientes aspectos sobre la información que le facilitaron cuando ingresó usted en ese hospital

2. La información general de las normas del hospital (horarios, visitas, etc.)

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO					HOSPITAL
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
Muy bien									
Bien									
Regular									
Mal									
NS/NC									
Media									

Por favor, valore cada uno de los siguientes aspectos sobre la información que le facilitaron cuando ingresó usted en ese hospital

3. Las explicaciones sobre qué hacer y cómo avisar si necesitaba alguna cosa o se sentía mal

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO					HOSPITAL
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
Muy bien									
Bien									
Regular									
Mal									
Muy mal									
NS/NC									
Media									

Por favor, valore cada uno de los siguientes aspectos sobre la información que le facilitaron cuando ingresó usted en ese hospital

4. La explicación sobre qué hacer con la medicación que ya estuviese tomando en casa

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO					HOSPITAL
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
Muy bien									
Bien									
Regular									
Mal									
NS/NC									
Media									

Valore cada uno de los siguientes aspectos sobre las instalaciones y su estancia en el hospital

5. El aspecto y conservación de las instalaciones (habitación, salas, aseos, etc.).

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO					HOSPITAL
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
Muy bien									
Bien									
Regular									
Mal									
Muy mal									
NS/NC									
Media									

Valore cada uno de los siguientes aspectos sobre las instalaciones y su estancia en el hospital

6. La comodidad y confort de la habitación

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO					HOSPITAL
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
Muy bien									
Bien									
Regular									
Mal									
Muy mal									
Media									

Valore cada uno de los siguientes aspectos sobre las instalaciones y su estancia en el hospital

7. La limpieza de las instalaciones (habitación, aseos, salas, quirófanos, etc.)

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO					HOSPITAL
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
Muy bien									
Bien									
Regular									
Mal									
Media									

Valore cada uno de los siguientes aspectos sobre las instalaciones y su estancia en el hospital

8. La calidad de la comida

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO					HOSPITAL
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
Muy bien									
Bien									
Regular									
Mal									
Muy mal									
NS/NC									
Media									

Valore cada uno de los siguientes aspectos sobre la información que le facilito el personal sanitario durante su estancia en el hospital

9. La explicación de en qué consistían los cuidados que le estaban realizando

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO					HOSPITAL
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
Muy bien									
Bien									
Regular									
Mal									
Muy mal									
NS/NC									
Media									

Valore cada uno de los siguientes aspectos sobre las instalaciones y su estancia en el hospital

10. Las explicaciones con claridad que le daban antes de realizarle cualquier exploración, prueba, cura, toma de temperatura o tensión o cualquier otra actividad que realizaban con usted

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO					HOSPITAL
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
Muy bien									
Bien									
Regular									

Mal									
Muy mal									
NS/NC									
Media									

Valore cada uno de los siguientes aspectos sobre las instalaciones y su estancia en el hospital

11. La explicación de lo que debía comer y las indicaciones sobre la dieta que más le convenía

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO					HOSPITAL
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
Muy bien									
Bien									
Regular									
Mal									
Muy mal									
NS/NC									
Media									

Valore cada uno de los siguientes aspectos sobre las instalaciones y su estancia en el hospital

12. La información que le facilitaban sobre su estado de salud y evolución

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO					HOSPITAL
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
Muy bien									
Bien									
Regular									
Mal									
Muy mal									
NS/NC									
Media									

Valore cada uno de los siguientes aspectos sobre la atención y el trato recibido por parte del personal sanitario durante su estancia en el hospital

13. La atención e interés con que el personal sanitario escuchaba lo que usted tenía que decir para tenerlo en cuenta a la hora de atenderlo

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO					HOSPITAL
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
Muy bien									
Bien									
Regular									
Mal									
Muy mal									
NS/NC									
Media									

Valore cada uno de los siguientes aspectos sobre las instalaciones y su estancia en el hospital

14. El respeto a su intimidad cuando le realizaban exploraciones, le cambiaban de ropa, etc.

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO					HOSPITAL
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
Muy bien									
Bien									
Regular									
Mal									
Muy mal									
NS/NC									
Media									

Valore cada uno de los siguientes aspectos sobre las instalaciones y su estancia en el hospital

15. La ayuda que recibía para asearse, levantarse, comer, etc.

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO					HOSPITAL
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
Muy bien									
Bien									
Regular									
Mal									
NS/NC									
Media									

Ahora le voy a pedir que valore como ha sido la atención que ha recibido por parte de los profesionales sanitarios que le atendieron durante su estancia en el hospital

16. La atención y trato de las enfermeras/os

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO					HOSPITAL
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
Muy bien									
Bien									
Regular									
Mal									
Muy mal									
NS/NC									
Media									

Ahora le voy a pedir que valore como ha sido la atención que ha recibido por parte de los profesionales sanitarios que le atendieron durante su estancia en el hospital

17. La atención y trato de los médicos

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO					HOSPITAL
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
Muy bien									
Bien									
Regular									
Mal									
Muy mal									
NS/NC									
Media									

18. ¿Durante su estancia en el hospital ha tenido dolores que necesitaran tratamiento o ayuda para aliviarlo?

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO					HOSPITAL
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
No, no ha tenido dolores									
Si, ha tenido dolores y le han dado algún tratamiento para calmarlo									
Si, los ha tenido pero no le han dado tratamiento para calmarlo									
NS/NC									

19. Por favor, valore la eficacia del tratamiento que recibió para calmar su dolor, indicando si la eficacia estuvo muy bien, bien, regular, mal o muy mal

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO					HOSPITAL
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
Muy bien									
Bien									

Regular									
Mal									
NS/NC									
Media									

20. ¿Durante su estancia en el hospital ha necesitado tratamiento por encontrarse deprimido o ansioso?

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO				HOSPITAL	
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
Si									
No									
NS/NC									

21. Por favor, valore la eficacia del tratamiento que recibió para calmar depresión o ansiedad indicando si la eficacia estuvo muy bien, bien, regular, mal o muy mal.

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO				HOSPITAL	
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
Muy bien									
Bien									
Regular									
Mal									
NS/NC									
Media									

22. Tras el alta hospitalaria ¿se fue a casa?

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO				HOSPITAL	
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
Si									
No									
NS/NC									

23. Valore la explicación que le dieron sobre lo que tenía que hacer para cuidarse (el tratamiento que tenía que seguir, cuándo debía ir a su médico de cabecera, etc.)? Dígame la información estuvo muy bien, bien, regular, mal o muy mal.

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO				HOSPITAL	
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
Muy bien									
Bien									
Regular									
Mal									
Muy mal									
NS/NC									
Media									

24. Respecto de lo que Vd. esperaba, ¿Cómo ha sido, en general, la atención que ha recibido en el hospital?

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO				HOSPITAL	
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
Mucho mejor de lo que esperaba									
Mejor de lo que esperaba									
Más o menos igual a lo que esperaba									
Peor de lo que esperaba									
Mucho peor de lo que esperaba									
NS/NC									

25. Teniendo en cuenta todos los aspectos de los que hemos hablado, en una escala de 0 a 10, en general, ¿cuál fue su satisfacción global con las atenciones recibidas en el hospital?

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO					HOSPITAL
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
0									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
NS/NC									
Critica									
Mejorable									
Adecuada									
Excelente									
NS/NC									
Media									
Muy satisfechos (10)									
Satisfechos(9-7)									
Adecuados ( 5-6)									
Insatisfechos (1-4)									
Muy insatisfechos (0)									
NS/NC									

26. ¿Recomendaría este hospital a sus amigos?

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO					HOSPITAL
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
Si									
No									
NS/NC									

27. ¿Durante su estancia en el hospital ha sufrido usted alguna reacción inadecuada a algún medicamento indicado por su médico?

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO					HOSPITAL
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
Si									
No									
NS/NC									

28. En relación con los servicios recibidos en este hospital, ¿Cuál sería el aspecto principal que usted mejoraría?

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO					HOSPITAL
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
Nada, todo está bien									
Mejorar tiempo de listas de espera									
Más dotación de equipos, más personal médico y especialidades									
Mejorar el servicio de atención ambulatoria									
Mejorar infraestructuras y									

accesos									
Mejorar limpieza									
Comodidad y confort sala de espera									
Mejorar el trato y eficacia del personal de administración y recepción									
Mejorar la atención y profesionalidad del personal sanitario									
Mejor coordinación entre médicos, especialistas y enfermería									
Ampliación de instalaciones									
Intimidad en consulta, salas, analíticas									
Mejor información al paciente									
Más personal de enfermería, auxiliares									
Mejorar los aseos									
Ubicación del centro/desplazamiento									
Más seguridad, vigilancia									
Comida									
Todo mal									
Comodidad en la habitación (acompañantes)									
La habitación (tv, mobiliario, comodidad temperatura...)									
Habitación individual									
Separar pacientes por distintas enfermedades (departamentos por enfermedades)									
Mejorar servicio de rehabilitación									
Mejorar el servicio de cafetería									
Otros									
NS/NC									

29. ¿Cuánto tiempo ha estado ingresado el paciente en el hospital?

TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO					HOSPITAL
	Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
Entre 1 y 30 días								
Entre 1 y 3 meses								
Más de 3 meses								
NS/NC								

Edad del/de la Entrevistado/a:

TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO					HOSPITAL
	Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
De 16 a 29								

De 30 a 44									
De 45 a 64									
65 y más años									
NS/NC									

## Sexo del entrevistado

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO					HOSPITAL
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
Hombre									
Mujer									

## Estudios del/de la Entrevistado/a:

	TOTAL	SEXO DEL ENTREVISTADO		EDAD ENTREVISTADO					HOSPITAL
		Hombre	Mujer	De 16 a 29	De 30 a 44	De 45 a 64	65 y más años	NS/NC	DOCTOR MOLINER
Menos de primarios									
Primarios									
Secundarios									
Universitarios									
NS/NC									