



Red de Investigación Estudiantil de la Universidad del Zulia
Revista Venezolana de Investigación Estudiantil

REDIELUZ

Sembrando la investigación estudiantil

Vol. 13 N° 1

Enero - Junio 2023



ISSN: 2244-7334

Depósito Legal: pp201102ZU3769



VAC

Universidad del Zulia
Vicerrectorado Académico

SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DEL EQUIPO DE SALUD EN EL CENTRO CLÍNICO QUIRÚRGICO HOSPITAL DEL DÍA CHIMBACALLE-IESS

(patient safety from the perspective of the health team at the Hospital del Día

Chimbacalle-IESS clinical-surgical center)

Evelyn Chavez¹, Juana Benites¹, Edith Chango¹⁻³, Cristina Abata²

Facultad de Medicina LUZ

División de Estudio Para Graduados Programa Doctorado en Ciencias de la Salud¹ Centro Clínico Quirúrgico
Hospital del día Chimbacalle-IESS² Correo: evychavez87@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-5903-8933>³

RESUMEN

Con el objeto de determinar la seguridad del paciente desde la perspectiva del equipo de salud en el Centro Clínico Quirúrgico Hospital del Día Chimbacalle-IESS, se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, cuyo censo poblacional estuvo conformado por 92 profesionales de salud. La recolección de datos fue realizada mediante el cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes Versión Española, compuesto de tres apartados con doce dimensiones y 42 ítems, las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías: negativo, neutral (indiferente) y positivo. En los resultados, se observó que, en la categoría negativa destacaron los siguientes ítems: Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente con 73%; si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra con 69%; hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo con 64%; cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente con 60%; en esta unidad hay problemas relacionados con la "Seguridad del paciente" con 58%. Se concluye, entre los profesionales del equipo de salud existe un desconocimiento de las vías para notificar eventos adversos, así como una formación en cultura de seguridad deficiente. Se sugiere aplicar un modelo de gestión para la seguridad del paciente desde la perspectiva del equipo de salud, que permita realizar mecanismos de control y monitorización de los procesos de

trabajo entre las unidades de servicio, priorizando las medidas a tomar para mejorar la seguridad del paciente mejorando la calidad de atención.

Palabras clave: seguridad del paciente, perspectiva del equipo de salud, centro clínico quirúrgico.

ABSTRACT

In order to determine patient safety from the perspective of the health team at the Centro Clínico Quirúrgico Hospital del Día Chimbacalle-IESS, a cross-sectional descriptive observational study was carried out, whose population census was made up of 92 health professionals. Data collection was performed using the Spanish version of the Patient Safety Questionnaire, made up of three sections with twelve dimensions and 42 items. The questionnaire responses were recoded into three categories: negative, neutral (indifferent) and positive. In the results it was observed that in the negative category the following items stood out: My superior/boss ignores the patient safety problems that usually occur with 73%; If colleagues or superiors find out that you have made a mistake, they use it against you with 69%; there are enough personnel to face the workload with 64%; when work pressure increases, my superior/boss wants us to work faster, even though patient safety may be put at risk with 60%; In this unit there are problems related to "Patient Safety" with 58%. Concluding that, among the professionals of the health team there is a lack of knowledge of the ways to notify adverse events, as well as a deficient training in safety culture. It is suggested to apply a management model for pa-

tient safety from the perspective of the health team, which allows control mechanisms and monitoring of work processes between service units, prioritizing the measures to be taken to improve patient safety by improving the quality of care.

Keywords: patient safety, perspective of the health team, clinical surgical center.

Recibido: 19-02-2023 Aceptado: 05-05-2023

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la mejora de la seguridad de los pacientes se ha convertido en una necesidad y por ende en el propósito fundamental en los programas de salud. De allí que, en toda institución prestadora de salud, se realizan protocolos y se ejecutan medidas para evitar los incidentes o eventos adversos. En este sentido, Torijano et al (2016), plantea que la cultura o percepción de seguridad desde el equipo de salud, puede definirse como el modo de pensar sobre la seguridad y la forma en que se implementa en una organización. Esta percepción de la ocurrencia de eventos adversos varía en función de la cultura de los profesionales, por lo que se precisa, un cambio en el modo de afrontar los incidentes de forma que no sean tratados como fallos de las personas, sino como oportunidades para mejorar el sistema y prevenir el daño.

En este orden, para Torijano *et al.*, (2016) en su estudio señala que en España, la prevalencia de eventos adversos supera el 11%, de los que 54,7% eran leves, 38,0% moderados y 7,3% graves. De estos últimos, 70% fue evitable; de ahí que, de cada 100 pacientes podrían verse afectados en un año, pudiendo evitarse en muchos casos. De igual modo, Tomás y Gimena (2010) en su estudio determinó que el 12% de los pacientes que en España acuden a un servicio de urgencias, sufren algún tipo de evento adverso. Esto está condicionado, entre otros, por factores como la sobrecarga asistencial, el estrés, la fatiga, la falta de experiencia y la complejidad de los pacientes.

En este contexto, en octubre (2004), la Organización Mundial de la Salud (OMS) en respuesta a la resolución 55.18 de la Asamblea Mundial de la Salud, año 2002, en la que se instaba a la OMS y a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la SP, creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMSP) con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de Seguridad del Paciente. (Estepa del Árbol y cols, 2016).

La seguridad del paciente es un tema que viene tratándose a escala mundial desde hace más de 15 años. Esto es deducible, en razón de la creación de la “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente” en 2004 por (OMS), proyecto en base al cual, se estableció, el compromiso de hacer todo el esfuerzo posible por atender el problema de la seguridad de los pacientes en todo el mundo, dado que cada año decenas de millones de pacientes sufren lesiones, incapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura; casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados. Asociado a esto, la carga económica ocasionada por la atención dispensada, sin las suficientes precauciones de seguridad constituyéndose en un riesgo para el paciente, donde el acto inseguro en la atención del paciente genera gastos médicos y de hospitalización, infecciones nosocomiales, discapacidad e incluso la muerte. Desde entonces y cada dos años, la iniciativa ha formulado una serie de Retos Mundiales por la Seguridad del Paciente, con la finalidad de estimular el accionar a nivel internacional y mantener el impulso del compromiso respecto a lo que implica la seguridad del paciente. (OMS, 2020)

Sobre la base de lo antes expuesto, partiendo que la seguridad del paciente según Tola y cols (2020) la definen, como la reducción al mínimo de producir daños innecesarios o potencial, relacionado con la atención donde la cultura en seguridad de las organizaciones de salud, deben jugar un rol fundamental en el equipo de salud en relación al ejercicio actitudinal y procedimental durante su faena laboral, se propone que la seguridad del paciente sea un área competencial y formativa esencial donde su medición pueda utilizarse para monitorizar el cambio de una forma eficiente y de calidad de servicio.

Dada la necesidad de realizar un diagnóstico situacional sobre la importancia de promover que todos los principales actores del equipo de salud (médicos y enfermeros) tengan un alto nivel de comprensión del problema de la inseguridad del paciente y sus repercusiones, manejo multidisciplinario del mismo, evaluación sistemática de los riesgos de la atención, aplicación de estrategias y búsqueda de metas a largo plazo, dentro de un sistema de mejora continua y minimización del riesgos; mediante el diseño e implementación de un modelo de gestión con enfoque en seguridad del paciente, que impacte en la estructura organizacional del servicio, garantizando que exista una atención sanitaria se-

gura y de calidad. Se planteó como objetivo general, determinar la percepción de seguridad del paciente que poseen los miembros del equipo de salud del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio Hospital del Día Chimbacalle-IESS, para de este modo garantizar una atención sanitaria segura y de calidad.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, cuyo censo poblacional estuvo conformado por 92 profesionales de salud (Administración N=1, Auxiliar de Enfermería N=19, Enfermeras N=24, Médicos Generales N=11 y Médicos especialistas N=27, Farmacéutico N=1, Odontólogos N=4, Psicóloga Clínica N=1), que laboran en el Centro Clínico Quirúrgico Hospital del día Chimbacalle-IESS. El instrumento de recolección de datos fue el Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes Versión española del Medical Office Survey on Patient Safety Culture, elaborada por la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) y adaptada al español por el Grupo de investigadores en Gestión de Calidad de la Universidad de Murcia autoadministrado, el cual está compuesto de tres apartados con doce dimensiones y 42 ítems .

El apartado A, resultados de la cultura de seguridad con dos dimensiones: “frecuencia de eventos notificados” y “percepción de la seguridad”; el apartado B, cultura de la seguridad a nivel de unidad/servicio, con ocho dimensiones: “expectativas y acciones de la dirección/supervisión/servicios para favorecer la seguridad”; “aprendizaje organizacional/mejora continua”; “trabajo en equipo en la unidad/servicio”; “franqueza de la comunicación”; “feedback y comunicación sobre los errores”; “respuesta no punitiva a los errores”; “dotación de personal” y “apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente”, y el apartado C, cultura de la seguridad a nivel de todo el hospital, con dos dimensiones: “trabajo en equipo entre unidades/servicios” y “problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades”.

Además, contiene una escala de 0 al 10 (ítem 43) para evaluar el clima de seguridad percibido. De forma general, las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías: negativo las

respuestas “muy en desacuerdo y en desacuerdo”, neutral la respuesta “indiferente” y positivo las respuestas “de acuerdo y muy de acuerdo”. Con esta codificación se calcularon las frecuencias relativas de cada categoría, tanto para cada uno de los ítems como del indicador compuesto de cada dimensión. El análisis estadístico de los datos se ejecutó por medio de la estadística descriptiva, las frecuencias, porcentajes, desviación estándar y la confiabilidad de los resultados a través de análisis multivariados como t de Student, para determinar si existen diferencias significativas, con un intervalo de confianza establecido del 95% con $p < 0,05$ en la percepción de seguridad del paciente en la población objeto de estudio a través del paquete estadístico SPSS versión 25 para Windows.

RESULTADOS

En la tabla I, se presentan los resultados de la dimensión frecuencia de eventos notificados por el equipo de salud, observándose que del 100 % de los encuestados en la opción de valoración positiva de casi siempre/siempre se obtuvo, un promedio del $46,9 \pm 2,0\%$ desviación estándar, es donde se concentra el mayor porcentaje en relación a los ítems estudiados los mismos que son: Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente, fue ponderado con 50,0%; seguido de un 45,7% en el ítem. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente; y finalmente el ítem. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente con un 44,5%, en comparación a las opciones de calificación neutral y negativa donde se concentró el menor número de respuestas, conforme lo descrito en los criterios para clasificar un ítem ó una dimensión como fortaleza u oportunidad de mejora, ni en la totalidad de la dimensión, ni para cada uno de los ítems, aparecen resultados especialmente destacables, tal como se evidencia en una pequeña mayoría relativa, tanto en cada ítem como para la dimensión en su conjunto de las respuestas positivas, necesario para valorarlas como fortaleza.

Tabla 1. Frecuencia de eventos notificados por el equipo de salud

| ITEMS | NEGATIVA NUNCA/ CASI NUNCA 19,0 ±0,7* | | NEUTRAL Indiferente A VECES 34,1 ±1,3* | | POSITIVA CASI SIEMPRE/ SIEMPRE 46,9 ±2,0* | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------|-------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente | 16 | 17,4 | 30 | 32,6 | 46 | 50,0 |
| Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente | 18 | 19,6 | 33 | 35,9 | 41 | 44,5 |
| Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente | 19 | 20,6 | 31 | 33,7 | 42 | 45,7 |

Fuente: Chávez et al (2021) Promedio± Desviación Estándar
N=número de encuestados del equipo de salud
%= porcentaje

En la tabla II, se presentan los resultados de la dimensión Percepción del equipo de salud sobre seguridad del paciente, en la cual, se evalúa cuatro ítems, todos ellos dirigidos a medir si se tiene o no, la percepción de estar trabajando comprometidos con la seguridad del paciente, destacando dos de estos ítems, los mismos que se encargan de medir las causas concretas como son el ritmo de trabajo y la existencia de problemas relacionados con la seguridad del paciente. Se observa, que el ítem relacionado con el ritmo de trabajo, que es el que

influye en la seguridad del paciente, según, el número de respuestas dadas por el equipo de salud, presenta un 56,5% en la opción negativa (muy en desacuerdo/en desacuerdo), muy por encima del 50% límite establecido para identificarlo como una debilidad u oportunidad de mejora en el clima de seguridad. De igual modo, se observa que el 58% de los encuestados señalan que, en la unidad existen problemas relacionados con la seguridad del paciente.

Tabla 2. Percepción del equipo de salud sobre seguridad del paciente.

| ITEMS | NEGATIVO Muy en desacuerdo./ en desacuerdo | | NEUTRAL Indiferente | | POSITIVO De acuerdo/ Muy de acuerdo | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------|---------------------|------|-------------------------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente | 52 | 56,5 | 26 | 28,3 | 14 | 15,2 |
| Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia | 39 | 42,4 | 9 | 9,8 | 44 | 47,8 |
| No se producen más fallos por casualidad | 37 | 40,2 | 18 | 19,6 | 37 | 40,2 |
| En esta unidad hay problemas relacionados con la "Seguridad del paciente" | 53 | 58,0 | 17 | 18,0 | 22 | 24,0 |

Fuente: Chávez et al (2021)
N=número de encuestados del equipo de salud
%= porcentaje

En la tabla III, se presentan los resultados de la dimensión Expectativas y acciones de la Dirección/Supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad, donde se evidenció, según el número de respuesta aportadas por el equipo de salud que son moderadamente buenos, a pesar de que en la dimensión en su conjunto ninguno de los ítems que la componen llegan a distinguirse como fortalezas en la percepción de seguridad, dado que, se necesita para ello un valor igual o por encima del 75% de respuestas positivas, observándose, según, los ítems presentados en la tabla III, que sólo los ítems

Mi superior / jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente con un 52.2% y Mi superior/jefe, tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente con un 61%, se congregan las puntuaciones más altas; en contraposición al ítem Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente, se evidenció que en la opción negativa (muy en desacuerdo/en desacuerdo), las respuestas dadas por el equipo de salud, fue el 73%, tal como se muestra en la tabla.

Tabla 3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad.

| ITEMS | NEGATIVO Muy en desacuerdo./ en desacuerdo | | NEUTRAL Indiferente | | POSITIVO De acuerdo/ Muy de acuerdo | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------|------------------------|------|-------------------------------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Mi superior / jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente | 18 | 19,6 | 26 | 28,2 | 48 | 52,2 |
| Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente | 16 | 17,0 | 20 | 22,0 | 56 | 61,0 |
| Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente | 55 | 60,0 | 19 | 21,0 | 18 | 19,0 |
| Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente | 67 | 73,0 | 16 | 17,0 | 9 | 10,0 |

Fuente: Chávez et al (2021)

N=número de encuestados del equipo de salud

%= porcentaje

En la tabla IV, se presentan los resultados de la dimensión Aprendizaje organizacional / mejora continua, donde se analizan tres ítems de actitud proactiva en relación a la seguridad del paciente. Uno de ellos (Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente, se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo), obtiene el 75 % de respuestas positivas y puede ser con-

siderado una fortaleza del hospital encuestado. Sin embargo, la relativa importancia de las respuestas negativas a los otros dos ítems, particularmente el relativo a la evaluación, para comprobar su efectividad de los cambios que se implementan (36% de respuestas negativas frente al 37% de respuestas positivas), hacen que la dimensión en su conjunto no pueda considerarse como fortaleza.

Tabla 4. Aprendizaje organizacional/mejora continua

| ITEMS | NEGATIVO | | NEUTRAL | | POSITIVO | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----|-------------|----|----------------------------|----|
| | Muy en desacuerdo. / en desacuerdo | | Indiferente | | De acuerdo/ Muy de acuerdo | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente | 28 | 30 | 18 | 20 | 46 | 50 |
| Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo | 12 | 13 | 11 | 12 | 69 | 75 |
| Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad | 33 | 36 | 25 | 27 | 34 | 37 |

Fuente: Chávez et al (2021)

N=número de encuestados del equipo de salud

%= porcentaje

En la Tabla V, se presentan los resultados de la dimensión Trabajo en Equipo en la Unidad/Servicio, en el que se evidencia, que los ítems de respuesta positiva cuenta con el porcentaje más alto, lo cual, indica por orden de frecuencia que, el 79% del equipo de salud se apoya mutuamente (este ítem se puede considerar como una fortaleza), el 72% indica que se tratan con respeto, el 68% señala que, cuando alguien está sobrecargado de trabajo sue-

len encontrar ayuda en los compañeros y el 65% que es el porcentaje más bajo de las respuestas positivas, se reporta que cuando tienen mucho trabajo se colaboran todos como un equipo para poder terminarlo, sin embargo, al comparar con las otras opciones de respuesta negativas, indiferente o neutras, se observó que comparativamente estas opciones concentran el porcentaje menor, tal como se muestra en la tabla.

Tabla 5. Trabajo en equipo en la unidad/servicio

| ITEMS | NEGATIVO | | NEUTRAL | | POSITIVO | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----|-------------|----|----------------------------|----|
| | Muy en desacuerdo./ en desacuerdo | | Indiferente | | De acuerdo/ Muy de acuerdo | |
| | N | % | N | % | N | % |
| El personal se apoya mutuamente | 11 | 12 | 8 | 9 | 73 | 79 |
| Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo. | 20 | 22 | 12 | 13 | 60 | 65 |
| En esta unidad nos tratamos todos con respeto | 14 | 15 | 12 | 13 | 66 | 72 |
| Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros. | 14 | 15 | 16 | 17 | 62 | 68 |

Fuente: Chávez et al (2021)

N=número de encuestados del equipo de salud

%= porcentaje

En la Tabla VI, se presentan los resultados de la dimensión Franqueza en la Comunicación, se observó, según, las opciones de respuestas que estos no destacan de manera global en ninguno de sus ítems, ni como especialmente problemática ni como positiva. En positivo destaca el ítem - Cuando el personal ve algo que puede afectar negativa-

mente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad con un 63 % (de acuerdo o muy de acuerdo); en contraposición al ítem de más respuestas negativas con un 33.7%, el personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.

Tabla 6. Franqueza en la comunicación

| ITEMS | NEGATIVO Muy en desacuerdo./ en desacuerdo | | NEUTRAL Indiferente | | POSITIVO De acuerdo/ Muy de acuerdo | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------|------------------------|------|-------------------------------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad. | 9 | 9.8 | 25 | 27.2 | 58 | 63 |
| El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores . | 31 | 33.7 | 29 | 31.5 | 32 | 34.8 |
| El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta. | 46 | 50 | 32 | 35 | 14 | 15 |

Fuente: Chávez et al (2021)

N=número de encuestados del equipo de salud

%= porcentaje

En la tabla VII, se presenta los resultados de la dimensión Feed-back y comunicación sobre errores, en el que se observó, que el ítem, en mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir, obtuvo la calificación positiva de un 56%, seguido del ítem, Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/

unidad, con un 47%, a diferencia del ítem. Cuando notificamos algún incidente nos informan sobre qué tipo de actuación se ha llevado a cabo, en el que se obtuvo una respuesta positiva con un 31 % muy similar a la respuesta negativa que fue de 30%, tal como se evidencia en la tabla.

Tabla 7. Feed-back y comunicación sobre errores

| ITEMS | NEGATIVO Muy en desacuerdo./ en desacuerdo | | NEUTRAL Indiferente | | POSITIVO De acuerdo/ Muy de acuerdo | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----|------------------------|----|-------------------------------------------|----|
| | N | % | N | % | N | % |
| Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo . | 27 | 30 | 36 | 39 | 29 | 31 |
| Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad. | 20 | 22 | 29 | 31 | 43 | 47 |
| En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir. | 14 | 15 | 27 | 29 | 51 | 56 |

Fuente: Chávez et al (2021)

N=número de encuestados del equipo de salud

%= porcentaje

En la tabla VIII, se presenta los resultados de la dimensión Respuesta no punitiva a los errores, se observó los tres ítems que la componen, el ítem Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra, es el que tiene el mayor número de respuestas negativas (Muy en desacuerdo/en desacuerdo), con un

69 %, seguida del ítem. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable” con un 56%. Por el contrario, casi el 40% opina que cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente, tal como se observa en la tabla.

Tabla 8. Respuesta no punitiva a los errores del equipo de salud

| ITEMS | NEGATIVO Muy en desacuerdo./ en desacuerdo | | NEUTRAL Indiferente | | POSITIVO De acuerdo/ Muy de acuerdo | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----|---------------------|----|-------------------------------------|-----|
| | N | % | N | % | N | % |
| Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra | 63 | 69* | 15 | 16 | 14 | 15* |
| Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable” | 52 | 56 | 16 | 18 | 24 | 26* |
| Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente | 33 | 36* | 22 | 24 | 37 | 40* |

Fuente: Chávez et al (2021)

N=número de encuestados del equipo de salud

%= porcentaje, $p < 0,05^*$ (t de Student)

En la tabla IX, se presenta los resultados de la dimensión Dotación de personal, en el cual, se observó que las respuestas de tres ítems de cuatro que la componen, son positivas (De acuerdo/Muy de acuerdo); A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada es agotadora con un 71%, Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas y de prisa con un 67%. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal con un 50%, conforme lo descrito en los criterios para clasificar un ítem ó una dimensión como fortaleza u oportunidad de mejora, al haber obtenido un puntaje igual o mayor al 50% de respuestas positivas en las tres preguntas formuladas en negativo, son considerados como oportunidades de mejora, corroborando lo que también

aparecía en la dimensión sobre la Percepción del equipo de salud sobre seguridad en el ítem relativo al ritmo de trabajo.

A diferencia del ítem, hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo, en el que, la respuesta fue negativa con un 64%, conforme lo descrito en los criterios para clasificar un ítem ó una dimensión como fortaleza u oportunidad de mejora, al haber obtenido un puntaje igual al 50% en la respuesta negativa en la pregunta formulada en positivo, es considerada como oportunidades de mejora, adicional, en comparación a los otros ítems de esta dimensión. Tal como se muestra en la tabla, se observó diferencias estadísticas significativas con $p < 0,05$ de t de Student entre las opciones de respuestas negativas.

Tabla 9. Dotación de personal

| ITEMS | NEGATIVO Muy en desacuerdo./ en desacuerdo | | NEUTRAL Indiferente | | POSITIVO De acuerdo/ Muy de acuerdo | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----|---------------------|---|-------------------------------------|-----|
| | N | % | N | % | N | % |
| Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo. | 59 | 64* | 6 | 7 | 27 | 29* |
| A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora | 19 | 21 | 7 | 8 | 66 | 71 |

(Continuación) **Tabla 9. Dotación de personal**

| | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|
| En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal. | 35 | 38 | 11 | 12 | 46 | 50 |
| Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa . | 19 | 21 | 11 | 12 | 62 | 67 |

Fuente: Chávez et al (2021)

N=número de encuestados del equipo de salud

%= porcentaje

p<0,05* (t de Student)

En la Tabla X, se presenta los resultados de la dimensión Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, observándose, que en el total de respuestas positivas el ítem La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente, cuando ya ha ocurrido un suceso adverso en un paciente, obtuvo el 56 %, por lo que, conforme lo descrito en los criterios para clasificar un ítem ó una dimensión como fortaleza u oportunidad de mejora, al haber obtenido un puntaje mayor al 50% en la respuesta positiva, de la

pregunta formulada en negativo, ese ítem es considerado como oportunidad de mejora; en referencia a las otras dos opciones se observa que el ítem, La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente, obtuvo un 44% y el ítem, La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades obtuvo un 40% de respuestas negativas, para la percepción del clima de seguridad, tal como se muestra en la tabla.

Tabla 10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente

| ITEMS | NEGATIVO | | NEUTRAL | | POSITIVO | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----|-------------|----|-------------------------------|----|
| | Muy en desacuerdo./ en desacuerdo | | Indiferente | | De acuerdo/ Muy de acuerdo | |
| | N | % | N | % | N | % |
| La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente | 41 | 44 | 31 | 34 | 20 | 22 |
| La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades | 37 | 40 | 33 | 36 | 22 | 24 |
| La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente | 22 | 24 | 18 | 20 | 52 | 56 |

Fuente: Chávez et al (2021)

N=número de encuestados del equipo de salud

%= porcentaje

En la tabla XI, se muestra el porcentaje de diferencias estadísticamente significativa entre las respuestas negativas y positivas para la seguridad del paciente, con la p<0,05 donde se evidencia, según, el número de respuestas del equipo de salud que en el ítem Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente, tienen mayor porcentaje negativo con

un 73%; seguidos de los ítems Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra con 69%; hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo 64%; cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente con 60%; en esta unidad hay problemas

relacionados con la “Seguridad del paciente” con 58%; la información del paciente se pierde, en parte, cuando estos se transfieren de una unidad a otra con 56%. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad

del paciente, con 44% con diferencias estadísticas significativas en relación al porcentaje de respuesta positivo del equipo de salud tal como se muestra en la tabla.

Tabla 10. Diferencias estadísticamente significativa entre las respuestas negativas y positivas para la seguridad del paciente

| SEGURIDAD DEL PACIENTE | NEGATIVO | POSITIVO |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|
| La información del paciente se pierde, en parte, cuando estos se transfieren de una unidad a otra. | *56,0 | *15,0 |
| En esta unidad hay problemas relacionados con la “Seguridad del paciente” | *58,0 | *24,0 |
| Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente | *60,0 | *19,0 |
| Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente | *73,0 | *10,0 |
| El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta. | *50,0 | *15,0 |
| Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra | *69,0 | *15,0 |
| Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable” | *56,0 | *25,0 |
| Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo | *64,0 | *29,0 |
| La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente | *44,0 | *22,0 |

Fuente: Chávez et al 2021

N=número de encuestados del equipo de salud

%= porcentaje, $p < 0,05^*$ (t de Student)

DISCUSIÓN

En general, en un número de artículos publicados donde se indaga la percepción de seguridad del paciente por equipo de salud en los servicios de emergencia, no se recoge de una manera específica, la percepción que tienen los del equipo de salud sobre la seguridad del paciente. En este orden, las diferencias que se encuentren con otras investigaciones similares pudieran deberse al planteamiento antes referido. Cabe destacar que, como limitación los datos fueron recogidos en el equipo de salud de médicos y enfermeros (as) del área de emergencia de un solo centro clínico hospitalario. En este sentido, conviene resaltar la naturaleza cuantitativa del diseño empleado el cual limita la interpretación de alguno de los resultados obtenidos, por lo que pudiera ser utilizado como base a futuras investigaciones que mejoren la calidad de servicio.

En la tabla I, se mostraron los resultados de la frecuencia de eventos notificados por el equipo de salud, datos que coinciden con lo señalado por (Marchon GS et al 2014, Laschinger HK et al 2013 y Silva RC et al 2011) los cuales, hacen referencia a la percepción de la frecuencia de notificación de tres tipos de eventos o errores que no llegan a producir efectos adversos descritos en la Tabla I de este estudio, estos fueron descubiertos y corregidos antes, que pudieran haber causado daño pero no lo hicieron, y que previsiblemente no producirían daño. Donde, los criterios para señalar fortalezas y oportunidades de mejora, ni en la totalidad de la dimensión ni para cada uno de los ítems aparecen resultados especialmente destacables, como no sea una pequeña mayoría relativa, tanto en cada ítem como para la dimensión en su conjunto, de las respuestas positivas, necesario para valorarlas como fortaleza. De allí que, para la prevención de los riesgos es necesario identificar, analizar su origen

y sistematizar las medidas preventivas de forma proactiva y no solamente, cuando los errores ocurren. Establecer una sistemática de administración de riesgos es un camino para la búsqueda de mejor control y monitorización de los procesos de trabajo, tal como se evidencio en los resultados descritos en la tabla.

Los resultados de la tabla II, coincidiendo con los resultados de otros autores (Laschinger HK et al 2013; Hinrichsen SL et al 2011 y Carneiro FS et al 2011) donde, la proporción de respuestas negativas supera el 50 % (concretamente es el 54,9 %), que es el límite establecido para identificar una debilidad u oportunidad de mejora en el clima de seguridad. Dichos autores refieren, que las mejores prácticas asistenciales están directamente relacionadas al éxito y a la efectividad en la formación y capacitación de los profesionales de salud, por lo que, para la prevención de incidentes, en todos los niveles de atención a la salud, es necesario, tener una perspectiva amplia, más allá de la propia actuación profesional y prestar atención a los múltiples factores que colocan en riesgo la seguridad del paciente en el proceso de cuidado. Esto requiere, un plan factible para la mejoría de la calidad del cuidado, además, de la ampliación de la cultura de seguridad, tal como se observa en los resultados de esta investigación.

Los resultados de la tabla III, fueron similares a los reportados por otros autores (Shenoy, A et al 2021; Aranaz-Andrés JM et al 2011 y Sammer CE et al 2010), los cuales señalan, la insatisfacción con las "condiciones de trabajo", como la carga excesiva de trabajo, jornada laboral agotadora y trabajo bajo presión, pueden estar intrínsecamente relacionada con los incidentes de seguridad Se evidencia la importancia de prestar atención prioritaria a la racionalidad de la dotación y organización del personal y los ritmos de trabajo, a los que se pueden ver sometidos, ya que en este ámbito es donde se percibe la existencia de debilidades y oportunidades de mejora. Los resultados negativos, también, evidencian una demostración insuficiente por parte de la gerencia del hospital, en relación a sus actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente, tal como se demostró en los resultados de la tabla.

Los Hallazgos de la tabla IV, coinciden con lo señalado por autores (Shenoy, et al., 2021; Bohomol et al., 2015 y Marchon et al., 2014) donde las mejores prácticas asistenciales están directamente relacionadas al éxito y a la efectividad en la formación y capacitación de los profesionales de salud, por lo

que, el desarrollo de actividades educativas es más significativa cuando se ejecutan en el ambiente de trabajo bien sea en la unidad o servicio de la institución prestadora de salud, tal como se demostró en esta investigación (36% de respuestas negativas frente al 37% de respuestas positivas del ítem los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad), hacen que la dimensión en su conjunto no pueda considerarse como una fortaleza. Por lo que se hace necesario, tener una perspectiva amplia, más allá de la propia actuación profesional y prestar atención a los múltiples factores que colocan en riesgo la seguridad del paciente donde la institución de salud sirva de soporte organizacional para el aprendizaje siendo esta, una estrategia significativa para alcanzar la calidad de la práctica clínica.

Los datos expuestos en la tabla V, son similares con lo señalado por autores, (Shenoy, A. et al 2021; Marchon GS et al 2014 y Aranaz-Andrés JM et al 2011) donde evidencian que al igual que los resultados obtenidos en esta investigación, los criterios de percepción de seguridad para mantener un clima de seguridad en el ejercicio de las funciones laborales del personal encuestado, dónde manera global todos los ítems que la componían las investigaciones señaladas por los referidos autores superan, el 66% de respuestas positivas. Donde en uno de ellos el personal se apoya mutuamente, se presenta con un 78,2% resultado similar al encontrado en esta investigación tal como se demostró en la tabla, donde la manutención de una cultura organizacional positiva, la colaboración eficaz del trabajo y un ambiente de apoyo mutuo entre los participantes son fundamentales para que se pueda ejercer una influencia positiva en la mejoría del paciente y de la asistencia a la salud en una unidad o servicio de una institución prestador de salud.

Donde la potencialidad del trabajo en equipo de forma integrada quedó evidente en la percepción de los profesionales de salud y debe ser cultivada, considerando que, trabajando en conjunto y de forma articulada, los equipos de salud amplían su capacidad de cuidado y de resolución de los problemas de salud y comparten la responsabilidad por la mejoría de la calidad de salud y de vida de la población tal como se planteó en esta investigación (Shenoy, et al., 2021; Marchon et al., 2014 y Aranaz-Andrés et al., 2011).

En la tabla VI, se observó que la prevención de incidentes, en todos los niveles de atención a la salud, es necesario tener una perspectiva amplia,

más allá de la propia actuación profesional y prestar atención a los múltiples factores que colocan en riesgo la seguridad del paciente en el proceso de cuidado. Por lo que este estudio, apunta que la estructura organizacional influye el aprendizaje de comunicar y es capaz de promover (o no) un ambiente seguro con mayores posibilidades para el cambio del contexto, en donde, la práctica del cuidar se realiza mediante el mantenimiento de una buena comunicación entre todos los autores del equipo de salud, dando oportunidad a la capacidad compartida de producir cambios en el contexto de la asistencia a la salud (Shenoy, et al., 2021; Carneiro et al., 2011 y Kreckler et al., 2009).

En relación a los resultados de la Tabla VII, los datos son similares a lo planteado por otros autores C. Jaraba Becerril et al (2013); Tomás S et al (2013) y Roqueta Egea F, et al (2011), donde señalan el lado ligeramente positivo el ítem. En mi servicio/ unidad discutimos de qué manera, se puede evitar que un error vuelva a ocurrir, con un 56%, y cómo más negativo cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo con 31%. Tal como muestran los resultados de esta investigación, este último ítem no resulta más negativo debido a la baja frecuencia de incidentes notificados y a los mecanismos de los que se dispone para encontrar sus causas y así evitar que vuelvan a producirse. Probablemente, esto podría estar motivado por un desconocimiento por parte del equipo de salud de los procedimientos y mecanismos con los que cuenta la unidad/servicio para preservar la seguridad del paciente.

En relación a la dimensión respuestas no punitiva a los errores mostrada en la tabla VIII se observó, que estos hallazgos coinciden con lo reportados por algunos autores Shenoy, et al.,(2021); Marchon et al.,(2014) y Aranaz-Andrés et al.,(2011), donde señalan que es posible que el desconocimiento por parte de los que conforman el equipo de salud (personal de enfermería y médicos) de las vías para notificar incidentes, o para llevar a cabo acciones de mejora del servicio, sea la razón por la que los temas sobre seguridad del paciente no se tratan abiertamente. Constituyéndose probablemente, esta última afirmación en la alta proporción de respuestas negativas en dos de las variables del estudio, tal como se observa en esta investigación en los ítems: “Cuando se comete un error el personal teme que eso quede en su expediente” y “El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores”. Esto puede hacer que se excluya información necesaria para

la mejora de la seguridad del paciente en la unidad/ servicio. En este contexto, se debe tener en cuenta que es básico para conseguir avances en la Seguridad del Paciente, generar un ambiente de confianza mutua con trabajadores motivados para la mejora del servicio. Para ello, es necesario que se pueda opinar libremente sin temor a represalias y que el personal conozca las medidas y soluciones que se toman para mejorar la seguridad. (Shenoy et al., 2021; Marchon et al., 2014 y Aranaz-Andrés et al., 2011).

Al analizar los resultados de la tabla IX se evidenció, que coinciden con lo señalado por C. Jaraba Becerril, M.T et al (2013); Roqueta Egea F et al (2011) y Tomás S et al (2010) los cuales hacen referencia en cuanto a la adecuación de la “dotación de recursos humanos del servicio” y cargas de trabajo soportadas, no sólo se debe observar, las recomendaciones sobre el número de profesionales y los ritmos de trabajo que son sometidos, también, se debe valorar otros aspectos como sus competencias y las tareas que realizan estos profesionales, así como horas trabajadas. En ocasiones, puede haber un número estructural de profesionales adecuado, pero el personal médico y de enfermería realizan acciones que o bien no le corresponden o bien pueden ser simplificadas de manera considerable o incluso eliminadas, con ayuda de la tecnología tal como se evidencio en las opciones de respuesta de la dimensión dotación de personal, donde destacaron dos ítems de los cuatro estudiados presentados en esta tabla.

De igual modo, en la tabla X se observa que los resultados fueron similares a lo reportado por Shenoy et al.,(2021); Marchon et al.,(2014) y Aranaz-Andrés et al.,(2011). El “apoyo de la gerencia” es la segunda dimensión peor valorada y muestra un gran camino de mejora en relación a los resultados presentados por estos autores muy similares a lo expuesto en esta tabla.

De allí, el convencimiento que la Seguridad del Paciente es una condición indispensable de la atención sanitaria y su integración en todas las acciones de la institución, así como la adopción de actitudes proactivas, la facilitación institucional de la notificación, el abordaje y la resolución de las condiciones latentes de los eventos adversos detectados y la comunicación a todos los profesionales que conforman el equipo de salud. En este orden, estos autores al igual que los obtenidos en esta investigación, han señalado este ítem como una herramienta fundamental para mejorar este aspecto.

Por último, al analizar los resultados de la tabla XI, se muestran las diferencias significativas entre las respuestas negativas y positivas para la seguridad del paciente en el servicio de emergencia. Esto coincide con los resultados de estudios previos, tales como, lo referidos por Shenoy, et al.,(2021); Marchon et al.,(2014) y Hinrichsen et al.,(2011), donde, refieren en sus hallazgos el establecimiento de una sistemática de administración de información y transferencia de las condiciones de salud del paciente en tiempo útil, a través de mecanismos de control y monitorización de los procesos de trabajo entre las unidades de servicio, por ende priorizar las medidas a tomar para mejorar la seguridad del paciente

CONCLUSIÓN

Se evidenció, que entre los profesionales del equipo de salud existe, un desconocimiento de las vías para notificar eventos adversos, así como, una formación en cultura de seguridad deficiente, la cual, debería fomentarse en la formación de los profesionales del equipo de salud de centros clínicos quirúrgico hospitalarios y por ende, coadyuvar a la aplicación de un modelo de gestión para la seguridad del paciente, que permita realizar mecanismos de control y monitorización de los procesos de trabajo entre las unidades de servicio priorizando las medidas a tomar para mejorar la seguridad del paciente mejorando la calidad de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, et al (2011). Prevalence of adverse events in the hospitals of five Lat in American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). *BMJ Qual Saf*; 20:1043-51.
- Bezerra ALQ, Silva AEBC, Branquinho NCSS, Paranaguá TTB (2009) Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela.. *Rev Enferm UERJ*.17(4):467-72.
- Battaglia JN, Lis JE, Chui MA (2013). Evaluation of a patient perspective module in a required medication safety and quality course at a college of pharmacy. *Inov Pharm.*;4(1):102.
- Bohomol E, Cunha ICKO (2015). Teaching patient safety in the medical undergraduate program at the Universidade Federal de São Paulo. *Einstein*;13(1):7-13.
- Carvalho RE, Cassiani SH.(2012) Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012;20(3):575-82.
- Carneiro FS, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Souza LP, Paranaguá TTB, Branquinho NCSS (2011). Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. *Rev Enferm UERJ*;19(2):204-11.
- C. Jaraba Becerril, M.T. Sartolo Romeo, M.V. Villaverde Royo, L. Espuis Albas, M. Rivas Jiménez (2013) Evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente entre médicos residentes de Medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario *An. Sist. Sanit. Navar*, Vol. 36, Nº 3, septiembre- diciembre
- Estepa del Árbol, Miriam, Moyano Espadero, M.^a Carmen, Pérez Blancas, Carolina, & Crespo Montero, Rodolfo. (2016). Eficacia de los programas de seguridad del paciente. *Enfermería Nefrológica*, 19(1), 63-
75. Recuperado en 04 de noviembre de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000100008&lng=es&tlng=es.
- Hinrichsen SL, Oliveira CLF, Campos MA, Possas LCM, Sabino G, Vilella T (2011). Gestão da qualidade e dos riscos na segurança do paciente: estudo-piloto. *RAHIS*. (7):10-7.
- Kreckler S, Catchpole K, McCulloch P, Handa A.(2009) Factors influencing incident reporting in surgical care. *Qual Saf Health Care.*;18(2):116-20.
- Laschinger HK, Smith LM (2013). The influence of authentic leadership and empowerment on new-graduate nurses' perceptions of interprofessional collaboration. *J Nurs Adm.*;43(1):24-9.
- Marchon GS, Mendes Junior WV (2014). Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. *Cad Saúde Pública.*;30(9):1.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Seguridad del paciente. Recuperado el 30 de 07 de 2020, de <https://www.who.int/patientsafety/topics/safe-surgery/en/>
- Reis CT, Laguardia J, Martins M (2012) Translation and cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: initial stage. *Cad Saúde Pública.*;28(11):2199-210.

- Roqueta Egea F, Tomás Vecina S, Chanovas Borràs M (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*. ;23:356-64
- Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *J Nurs Scholarsh*; 42:156-65.
- Shenoy, A. Patient safety from the perspective of quality management frameworks: a review. *Patient Saf Surg* 15, 12 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13037-021-00286-6>
- Silva RC, Ferreira MA. Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: implicações para o cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(1):98-105.
- Tomás S, Gimena i. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias. *An Sist Sanit Na- var* 2010; 33 (Supl 1): 131-148.
- Tola Torres, J., Briones Olvera, J., Grunauer Rumbé, F., & Zambrano García, J. Seguridad del paciente en procesos quirúrgicos. (2020). *RECIA-MUC*, 4(3), 90-98. doi:10.26820/reciamuc/4.(3). julio.2020.90-98.
- Torrijos Zarcero, M. (2019). Eficacia de un programa de mindfulness y compasión para la mejora de la calidad de vida, compasión, autocuidado y malestar emocional del paciente con dolor crónico: ensayo clínico aleatorizado.
- Torrijano-Casalengua, M. L., Olivera-Cañadas, G., Astier-Peña, M. P., Maderuelo-Fernández, J. Á., & Silvestre-Busto, C. (2013). Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de atención primaria en España. *Atención Primaria*, 45(1), 21-37.
- Torrijano-Casalengua, M. L., Astier-Peña, P., & Mira-Solves, J. J. (2016). El impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios de atención primaria y sus instituciones. *Atención Primaria*, 48(3), 143.