

Original

Relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente



María José Merino-Plaza^{a,b,*}, Francisco Javier Carrera-Hueso^c, María Rosa Roca-Castelló^d,
María Dolores Morro-Martín^e, Amparo Martínez-Asensi^e y Narjis Fikri-Benbrahim^f

^a Doctorando del Programa de Farmacia Social, Universidad de Granada, Granada, España

^b Laboratorio, Hospital Dr. Moliner, Serra (Valencia), España

^c Servicio de Farmacia, Hospital Dr. Moliner, Serra (Valencia), España

^d Servicio de Medicina Interna, Hospital Dr. Moliner, Serra (Valencia), España

^e Unidad de Larga Estancia, Hospital Dr. Moliner, Serra (Valencia), España

^f Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Cátedra María José Faus de Atención Farmacéutica, Universidad de Granada, Granada, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de diciembre de 2016

Aceptado el 7 de febrero de 2017

On-line el 19 de mayo de 2017

Palabras clave:

Satisfacción laboral
Cultura de seguridad
Seguridad del paciente
Organizaciones sanitarias

R E S U M E N

Objetivo: Evaluar la relación existente entre la cultura de seguridad y la satisfacción laboral en un hospital de media-larga estancia, evidenciar las relaciones existentes entre las dimensiones que definen ambos constructos e identificar las dimensiones con mayor impacto sobre las dos variables.

Métodos: Estudio transversal realizado en 2015, utilizando la Encuesta de Satisfacción Laboral del Servicio Vasco de Salud y la versión española del cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety* (Agency for Healthcare Research and Quality). Variables resultado: alta satisfacción laboral y alta seguridad percibida (puntuación igual o superior al percentil 75). Variables predictoras: características sociodemográficas y percepción de las dimensiones evaluadas. La asociación entre variables se cuantificó mediante *odds ratio* (OR) ajustada y su intervalo de confianza del 95%.

Resultados: La satisfacción laboral media fue de 7,21 (desviación estándar [DE]: 2,01) y la seguridad percibida fue de 7,48 (DE: 1,98). 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 se asoció a las variables resultado. En el análisis de datos se obtuvieron múltiples correlaciones significativas y relaciones cruzadas entre las dimensiones que definen ambos constructos, así como entre el grado de satisfacción de las dimensiones consideradas y las variables resultado.

Conclusión: Los resultados evidencian que existe relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad, y cuantifican el grado de asociación entre las variables estudiadas. La OR ajustada identifica las variables más fuertemente asociadas con el efecto y ayuda a seleccionar áreas de mejora.

© 2017 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Relationship between job satisfaction and patient safety culture

A B S T R A C T

Objective: To evaluate the relationship between safety culture and job satisfaction in a medium-stay hospital, showing the relationships between the dimensions that define both constructs and identifying the dimensions with the greatest impact on both variables.

Methods: Cross-sectional study conducted in 2015, using the Basque Health Service Job Satisfaction Survey and the Spanish version of the «Hospital Survey on Patient Safety» questionnaire (Agency for Healthcare Research and Quality). Result Variables: high job satisfaction and high degree of perceived security (score \geq 75th percentile). Predictor variables: socio-demographic characteristics and perception of the evaluated dimensions. The association between variables was quantified by adjusted odds ratio (OR) and the 95% confidence interval.

Results: The mean job satisfaction was 7.21 (standard deviation [SD]: 2.01) and the mean of perceived safety was 7.48 (SD = 1.98). The 75th percentile of the distribution in both cases was 9. The socio-demographic variables had little significance, while a positive perception of many of the considered dimensions, was associated with high perception of the result variables. In the data analysis were obtained

Keywords:

Job satisfaction
Safety culture
Patient safety
Health care organizations

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: merino_mjo@gva.es (M.J. Merino-Plaza).

multiple significant correlations and cross-relations between the dimensions that define both constructs, as well as between the degree of satisfaction of the dimensions considered and the outcome variables.

Conclusion: The results obtained evidenced the relationship between job satisfaction and safety culture and quantify the association degree between the studied variables. The adjusted OR identifies the variables most strongly associated with the effect and helps to select improvement areas.

© 2017 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La seguridad del paciente es un objetivo esencial de los sistemas sanitarios. Desde la perspectiva de la calidad, la seguridad es una dimensión transversal¹. 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^{2,3}.

Para identificar los factores relacionados con las deficiencias existentes, deben evaluarse las percepciones de usuarios/as 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/las trabajadores/as. Uno de los factores que según los/las expertos/as influye en las percepciones de los/las profesionales es el clima de la organización, o conjunto de características que definen el ambiente de trabajo y que influye sobre el comportamiento, las relaciones y las actitudes de las personas⁴. Otra variable a considerar es la satisfacción laboral, o actitud de cada cual ante su trabajo, que es el resultado emocional de si el puesto cumple o no con las expectativas de la persona trabajadora⁵.

Las personas son un recurso imprescindible para lograr la eficacia, la eficiencia y la efectividad en las organizaciones⁶. Esta realidad hace que cada vez se dé más importancia al factor humano en la gestión sanitaria. El entorno influye sobre los pensamientos, las emociones y las conductas de los individuos. La gestión del capital humano y sus capacidades se convierte en una importante «palanca de cambio». Muchos/as expertos/as recomiendan formar a los/las profesionales sanitarios/as en habilidades de relación para conseguir organizaciones saludables, teniendo en cuenta aspectos físicos (ergonomía), cognitivos (estado y situación emocional del/de la profesional, habilidades de comunicación, trabajo en equipo) y organizativos (cultura de la organización)^{1,6–10}, ya que estas variables repercuten directamente sobre aspectos como la capacidad de respuesta en la atención prestada, la empatía del personal y la seguridad de los/las pacientes^{4,11,12}.

El objetivo de este trabajo es evaluar la relación entre la cultura de seguridad y la satisfacción laboral en un hospital de media-larga estancia, analizando las relaciones existentes entre las dimensiones que definen ambos constructos e identificando las dimensiones con mayor impacto sobre ambas variables.

Métodos

Población estudiada

Personal sanitario de un hospital público de media-larga estancia de 185 camas.

Diseño

Estudio transversal realizado en marzo de 2015. Se evaluaron conjuntamente la cultura de seguridad y la satisfacción laboral. La participación fue voluntaria y anónima. Antes de realizar el estudio se contó con la aprobación de la dirección y de las comisiones de calidad, bioética y docencia e investigación.

Herramientas de evaluación

El instrumento utilizado para evaluar la cultura de seguridad fue la versión española del cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety* (HSOPS; Agency for Health Care Research and Quality)¹³. 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 Osakidetza¹⁴. 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 trabajo¹⁵.

El cuestionario aplicado constó de cinco partes:

- Características sociodemográficas.
- Preguntas del cuestionario HSOPS¹³ que evaluaban 12 dimensiones vinculadas a la cultura de seguridad (escala Likert de 1 a 5).
- Escala visual de 0 a 10 en la que el/la profesional evaluaba la seguridad percibida en su unidad o servicio.
- Preguntas del cuestionario de la Osakidetza¹⁴ que evaluaban 12 dimensiones vinculadas a la satisfacción laboral (escala Likert de 1 a 5).
- Escala visual de 0 a 10 en la que el/la profesional evaluaba su satisfacción laboral. Al final del cuestionario se incorporó una pregunta abierta para incluir sugerencias.

Muestreo y recogida de datos

Muestreo no probabilístico consecutivo. La plantilla del hospital contaba con 206 profesionales sanitarios/as. La encuesta se distribuyó en febrero mediante el correo interno del hospital, junto con una carta que explicaba los objetivos del estudio y solicitaba la colaboración del personal. El cuestionario fue autoadministrado. Las respuestas se recogieron en marzo a través de los buzones de sugerencias para asegurar el anonimato.

Análisis de los datos

Para describir las variables se utilizaron medidas de posición y dispersión o de frecuencia, según correspondiera. 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 percibidas¹⁶.

Para interpretar los resultados se consideró que la percepción de una dimensión era adecuada cuando su puntuación era igual o superior a 4. 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 considerada¹⁶.

Para realizar los contrastes de hipótesis, las variables sociodemográficas cuantitativas se estratificaron utilizando los criterios del cuestionario HSOPS¹³ y se dicotomizaron en función de su mediana. Para comprobar la distribución normal de las variables estudiadas se utilizó el test de Shapiro-Wilk; si se cumplía, se utilizaron test paramétricos, y en caso contrario, los test no paramétricos correspondientes.

Para cuantificar la asociación entre variables se utilizaron la *odds ratio* (OR) y su intervalo de confianza del 95% (IC95%). El análisis ajustado se realizó por regresión logística binaria mediante un proceso por pasos (Pout >0,20). En el modelo se incluyeron las variables potencialmente modificadoras o confundidoras, analizándolas previamente mediante los criterios de Greenland y Maldonado¹⁷. El análisis estadístico se realizó con el programa IBM SPSS Statistics para Windows, versión 19.0.

Resultados

No se predeterminó el tamaño muestral, ya que los cuestionarios se enviaron por correo a la totalidad del personal sanitario (n=206). Solo devolvieron el acuse de recibo 158; los 48 restantes no recibieron la encuesta por distintos motivos (baja laboral, etc.). Se obtuvieron 92 respuestas (participación del 47,5%), de las

que 75 fueron válidas. Algunos participantes no respondieron a todas las variables sociodemográficas, pero sí contestaron el resto del cuestionario y la encuesta se consideró válida.

La satisfacción laboral media fue de 7,21 (desviación estándar [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 o 10 se catalogaron como alta seguridad percibida y alta satisfacción laboral, frente al resto de las 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 de hombres, personal fijo, personal con responsabilidad sobre dirección de equipos y profesionales con contacto directo con pacientes. La [tabla 1](#) presenta los datos descriptivos de la plantilla y de las variables sociodemográficas respecto a la satisfacción laboral y la seguridad percibida. La [tabla 2](#) muestra la asociación entre variables sociodemográficas y variables resultado. En el análisis descriptivo se observaron diferencias significativas, con menor satisfacción entre los profesionales con 10 a 14 años de antigüedad en el hospital y entre los que tomaban antidepresivos (p <0,05). Sin embargo, en el análisis bivariado las variables sociodemográficas no mostraron asociación con la satisfacción laboral. Respecto a la

Tabla 1
Datos de la plantilla y variables sociodemográficas. Descriptivos de la satisfacción laboral y la seguridad percibida

Plantilla personal sanitario (n = 206) Media (DE)/n (%)	Variables	Estratificación	n (%)	Satisfacción laboral Media (IC95%)	Seguridad percibida Media (IC95%)	
Edad: 48,15 (8,1)	Edad de los respondedores, media (DE): 47,2 (8,2)	<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)	
Hombre: 28 (13,5) Mujer: 178 (86,5)	Sexo	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)	
Fijo: 53 (25,6) No fijo: 153 (74,4)	Tipo de contrato	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)	
		Acúmulo tareas	-	-	-	
		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)	
Facultativos: 25 (12,1) Enfermeros: 92 (44,7) Auxiliares enfermería: 89 (43,2)	Categoría profesional	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)	
	Antigüedad laboral	<5 años	1 (1,4)	10,0 (10-10)	10,0 (10-10)	
		5-9 años	5 (6,8)	8,1 (6,58-9,58)	7,8 (5,8-9,8)	
		10-14 años	17 (23,3)	6,9 (5,96-7,84)	7,2 (6,2-8,2)	
		15-19 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)	
		Antigüedad en el hospital	<5 años	14 (21,2)	8,1 ^a (7,36-8,9)	7,8 (6,7-8,8)
			5-9 años	27 (40,9)	6,6 (5,78-7,34)	7,2 (6,2-8,3)
	10-14 años		8 (12,1)	6,2 ^a (4,43-8,02)	7,9 (6,8-8,9)	
	15-19 años		9 (13,6)	6,5 (5,0-8,00)	7,4 (6,4-8,5)	
	Antigüedad en el puesto de trabajo	≥20 años	8 (12,1)	8,0 (6,84-9,08)	7,7 (6,7-8,6)	
<5 años		22 (35,4)	7,2 (6,33-7,97)	7,3 (6,5-8,2)		
5-9 años		24 (38,7)	6,5 (5,54-7,49)	7,2 (6,2-8,3)		
10-14 años		8 (12,9)	7,0 (5,87-8,13)	8,1 (7,3-8,9)		
15-19 años		4 (6,4)	6,7 (4,29-9,04)	8,6 (6,4-10,8)		
No: 176 (85,4) Sí: 30 (14,6)	Dirección de equipos	No	48 (71,6)	6,7 (6,12-7,27)	7,7 (7,0-8,2)	
		Sí	19 (28,4)	7,5 (6,57-8,28)	7,4 (6,7-8,2)	
	Trabaja de noches	No	17 (23,3)	6,8 (5,96-7,65)	7,6 (6,6-8,6)	
		Sí	56 (76,7)	7,1 (6,44-7,55)	7,4 (7,0-8,0)	
	Trabaja los días festivos	No	18 (24,7)	6,6 (5,57-7,5)	7,5 (6,5-8,4)	
		Sí	55 (75,3)	7,2 (6,57-7,66)	7,5 (6,9-8,0)	
	Enfermedad crónica	No	54 (74,0)	6,9 (6,38-7,49)	7,4 (6,8-7,9)	
		Sí	19 (26,0)	6,9 (6,02-7,71)	7,8 (7,1-8,5)	
	Tratamiento con antidepresivos	No	58 (80,6)	7,3 ^a (6,81-7,74)	7,6 (7,0-8,1)	
		Sí	14 (19,4)	5,8 (4,5-7)	6,9 (5,8-8,0)	
	Contacto directo con pacientes	No	5 (6,8)	6,4 (4,94-7,64)	7,7 (6,0-9,0)	
		Sí	68 (93,2)	7,1 (6,48-7,61)	7,5 (7,0-7,9)	

DE: desviación estándar; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

^a p <0,05.

Tabla 2
Asociación de las variables sociodemográficas con la satisfacción laboral y la seguridad percibida

		Satisfacción laboral			Seguridad percibida		
		Alta satisfacción laboral/total n (%)	OR cruda (IC95%)	OR ajustada (IC95%)	Alta seguridad percibida/total n (%)	OR cruda (IC95%)	OR ajustada (IC95%)
Edad	<50 años	12/46 (26,1)	1,3 (0,4-4,0)	13,1 (1,0-171) ⁿ	15/46 (32,6)	1,1 (0,5-2,9)	4,4 (0,6-30,7) ^a
	≥50 años	3/15 (20,0)	1	1	4/14 (28,6)	1	1
Sexo	Mujer	15/58 (25,9)	3,6 (0,5-25,2)	5,7 (0,4-72) ^o	20/57 (35,1) [*]	*	No ajustable ^b
	Hombre	1/14 (7,1)	1	1	0/14 (0)	1	1
Tipo de contrato	Fijo	6/28 (21,4)	0,8 (0,3-1,9)	0,6 (0,1-3,3) ^p	6/27 (22,2)	0,6 (0,3-1,4)	0,2 (0,03-0,9) ^{*c}
	No fijo	12/45 (26,7)	1	1	16/45 (35,6)	1	1
Categoría profesional	Facultativos	2/11 (18,2)	0,7 (0,2-2,7)	0,6 (0,2-1,9) ^q	1/10 (10)	0,3 (0,05-2)	0,03 (0,001-0,8) ^d
	Resto	16/63 (25,4)	1	1	21/63 (33,3)	1	1
Antigüedad laboral	<15 años	7/23 (30,4)	1,4 (0,6-3,2)	4,6 (0,7-28,5) ^f	7/23 (30,4)	1,0 (0,5-2,1)	1,2 (0,3-4,9) ^e
	≥15 años	11/51 (21,6)	1	1	15/50 (30)	1	1
Antigüedad en el hospital	<15 años	11/49 (22,4)	0,8 (0,3-2,0)	2,2 (0,3-16,4) ^s	17/49 (34,7)	1,9 (0,7-5,9)	8,3 (1,1-64,5) ^{* f}
	≥15 años	4/18 (27,8)	1	1	3/17 (17,6)	1	1
Antigüedad en el puesto	<15 años	12/54 (22,2)	1,0 (0,3-3,7)	4,1 (0,3-52) ^t	16/54 (29,6)	0,8 (0,3-2,1)	1,7 (0,2-12,1) ^g
	≥15 años	22,2	1	1	3/8 (37,5)	1	1
Dirección de equipos	Sí	5/19 (26,3)	1,2 (0,5-3,3)	2,7 (0,3-25,9) ^u	5/19 (26,3)	0,8 (0,4-2,0)	2,4 (0,4-13,5) ^h
	No	10/49 (20,4)	1	1	15/48 (31,3)	1	1
Trabaja de noches	No	5/18 (27,8)	1,2 (0,5-2,9)	3,2 (0,5-22) ^v	6/17 (35,3)	1,2 (0,6-2,7)	2,5 (0,5-11,6) ⁱ
	Sí	13/56 (23,2)	1	1	16/56 (28,6)	1	1
Trabaja los días festivos	No	4/18 (22,7)	0,9 (0,3-2,4)	1,3 (0,2-7,5) ^w	6/18 (33,3)	1,5 (0,5-2,5)	1,3 (0,3-5,7) ^j
	Sí	42/56 (13,6)	1	1	16/55 (29,1)	1	1
Enfermedad crónica	No	16/55 (29,1)	20,8 (0,7-11)	4,4 (0,5-38) ^x	17/54 (31,5)	1,2 (0,5-2,8)	2,5 (0,5-13,7) ^k
	Sí	2/19 (10,5)	1	1	5/19 (26,3)	1	1
Tratamiento con antidepresivos	No	16/59 (27,1)	1,9 (0,5-7,3)	1,6 (0,3-9,4) ^y	19/58 (32,8)	2,3 (0,6-8,7)	3,6 (0,6-26,8) ^l
	Sí	2/14 (14,3)	1	1	2/14 (14,3)	1	1
Contacto directo con pacientes	No	2/5 (40,0)	1,7 (0,5-5,5)	5,1 (0,4-67) ^z	2/5 (40)	1,4 (0,4-4,2)	2,6 (0,2-29,9) ^m
	Sí	16/69 (23,2)	1	1	40/68 (29,4)	1	1

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: *odds ratio*. *p <0,05.^a Ajustado para categoría profesional, contacto directo con pacientes, franqueza en la comunicación y trabajo en equipo en la unidad.^b No ajustable.^c Ajustado para categoría profesional, contacto directo con pacientes, acciones de la supervisión en pro de la seguridad y trabajo en equipo en la unidad.^d Ajustado para tipo de contrato, contacto directo con pacientes, trabajo en equipo en la unidad y trabajo en equipo entre unidades.^e Ajustado para responsabilidad sobre dirección de equipos, enfermedad crónica, franqueza en la comunicación y trabajo en equipo entre unidades.^f Ajustado para contacto directo con pacientes, fármacos para dormir, aprendizaje organizativo y problemas al cambio de turno.^g Ajustado para tipo de contrato, fármacos para dormir, trabajo en equipo en la unidad y problemas al cambio de turno.^h Ajustado para categoría profesional, contacto directo con pacientes, percepción de seguridad y trabajo en equipo en la unidad.ⁱ Ajustado para antigüedad en el hospital, tipo de contrato, trabajo en equipo en la unidad y problemas al cambio de turno.^j Ajustado para edad, categoría profesional, franqueza en la comunicación y problemas al cambio de turno.^k Ajustado para edad, contacto directo con pacientes, expectativas de la supervisión y franqueza en la comunicación.^l Ajustado para antigüedad en el puesto, tipo de contrato, trabajo en equipo en la unidad y problemas al cambio de turno.^m Ajustado para edad, categoría profesional, franqueza en la comunicación y trabajo en equipo en la unidad.ⁿ Ajustado para categoría profesional, contacto directo con los pacientes, condiciones de trabajo y ambiente de trabajo.^o Ajustado para antigüedad laboral, fármacos para dormir, condiciones de trabajo y gestión del cambio.^p Ajustado para antigüedad en el hospital, contacto directo con pacientes, definición del puesto y relación con el mando.^q Ajustado para edad, contacto directo con pacientes, condiciones de trabajo y ambiente de trabajo.^r Ajustado para edad, contacto directo con pacientes, relación con el mando y comunicación.^s Ajustado para edad, contacto directo con pacientes, condiciones de trabajo y relación con el mando.^t Ajustado para responsabilidad sobre dirección de equipos, contacto directo con pacientes, condiciones de trabajo y comunicación.^u Ajustado para antigüedad en el puesto, contacto directo con pacientes, condiciones de trabajo y comunicación.^v Ajustado para edad, antigüedad en el puesto, ambiente de trabajo y comunicación.^w Ajustado para edad, antigüedad en el puesto, clima de trabajo y comunicación.^x Ajustado para antigüedad en el puesto, contacto directo con pacientes, relación con el mando y comunicación.^y Ajustado para edad, contacto directo con pacientes, condiciones de trabajo y formación.^z Ajustado para edad, antigüedad laboral, relación con el mando y comunicación.

influencia de las variables sociodemográficas sobre 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/las facultativos/as y el personal más veterano.

La figura 1 presenta, mediante diagramas de barras, la percepción de los/las profesionales respecto a 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».

La tabla 3 muestra la asociación entre las dimensiones que definen la satisfacción laboral y las variables resultado. Las dimensiones más asociadas a alta satisfacción laboral (OR ajustada: ≥10) fueron «Participación», «Percepción de la dirección», «Relación con el mando», «Definición del puesto de trabajo», «Ambiente de trabajo» y «Reconocimiento». Las dimensiones más asociadas a alta seguridad percibida (OR ajustada ≥10) fueron «Condiciones de trabajo» y «Percepción de la dirección».

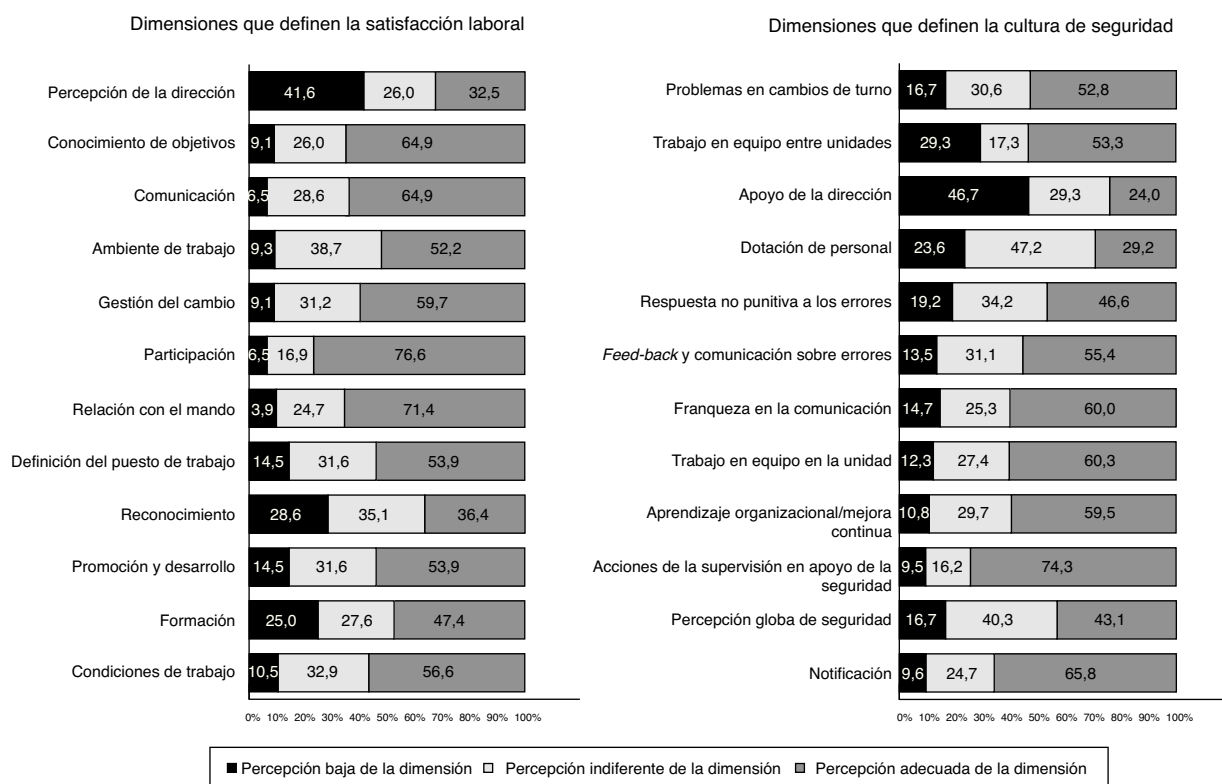


Figura 1. Grado de satisfacción de los profesionales respecto a cada una de las dimensiones consideradas.

La tabla 4 presenta la asociación entre las dimensiones que definen la cultura de seguridad y las variables resultado. Las dimensiones más asociadas a alta satisfacción laboral (OR ajustada ≥ 10) fueron «Dotación de personal», «Problemas en los cambios de turno», «Franqueza en la comunicación», «Notificación de eventos adversos», «Aprendizaje organizacional» y «Feedback sobre comunicación de errores». Las dimensiones más asociadas a alta seguridad percibida (OR ajustada ≥ 10) fueron «Acciones de la supervisión», «Franqueza en la comunicación» y «Problemas en cambios de turno».

Existe correlación 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» ($r=0,70$).

Los diagramas de radar de la figura 2 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.

Discusión

La 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%^{16,18–22}. En algunos estudios realizados en colectivos más específicos se obtuvieron mayores índices de participación^{23,24}.

Entre los distintos modelos de encuestas validadas considerados, se seleccionaron el cuestionario HSOPS¹³ y la encuesta corporativa de satisfacción laboral de la Osakidetza¹⁴ porque cuentan con amplia experiencia en su aplicación en nuestro ámbito^{16,19–21,23,24}.

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^{16,19–21}. La percepción de seguridad de los/las facultativos/as 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 2008¹⁹.

Las variables sociodemográficas mostraron escasa asociación con la satisfacción laboral, igual que en otros estudios consultados^{5,16}.

La percepción de los/las profesionales respecto a ambos constructos (fig. 1) es similar a la obtenida en otros estudios^{19–21}, pero analizando la figura 2 es interesante observar la forma de los polígonos que representan los distintos aspectos considerados. 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/as profesionales tienen una percepción adecuada, pero son pocos/as los/las que tienen una alta percepción de ellas, e 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

Tabla 3

Asociación de las dimensiones que definen la satisfacción laboral con la satisfacción laboral y la seguridad percibida

Dimensiones	Satisfacción laboral	Satisfacción laboral			Seguridad percibida		
		Alta satisfacción laboral/total n (%)	OR cruda (IC95%)	OR ajustada (IC95%)	Alta seguridad percibida/total n (%)	OR cruda (IC95%)	OR ajustada (IC95%)
Condiciones de trabajo	Evaluación excelente de la dimensión	4/11 (36,4)	1,6 (0,7-4,1)*	2,9 (0,4-19,3) ⁿ	6/11 (54,5)*	2,1 (1,1-4,2)*	10,4 (1,2-92,5) ^{a,d}
	Resto de profesionales	14/63 (22,2)	1	1	16/62 (25,8)	1	1
Formación	Evaluación excelente de la dimensión	8/13 (61,5)*	3,6 (1,8-7,4)*	5,0 (1,1-24) ^o	8/13 (61,5)*	2,5 (1,4-4,8)*	5,8 (1,2-28,6) ^b
	Resto de profesionales	10/59 (16,9)	1	1	14/58 (24,1%)	1	1
Promoción y desarrollo	Evaluación excelente de la dimensión	7/7 (100)**	6,0 (2,5-10,3)**	No ajustable	7/7 (100)**	4,6 (2,9-7,4)**	No ajustable
	Resto de profesionales	11/66 (16,7)	1	1	14/65 (21,5)	1	1
Reconocimiento	Evaluación excelente de la dimensión	6/10 (60)*	3,4 (1,6-7,1)*	10,4 (1,8-60) ^p	6/10 (60)*	2,4 (1,2-4,8)*	6,6 (1,0-45,3) ^c
	Resto de profesionales	11/62 (17,7)	1	1	15/61 (24,6)	1	1
Definición del puesto	Evaluación excelente de la dimensión	14/33 (42,4)*	4,3 (1,6-12,0)*	12,2 (12,2-67) ^q	16/33 (48,5)*	3,2 (1,4-7,3)*	4,8 (1,1-20,4) ^d
	Resto de profesionales	4/41 (9,8)	1	1	6/40 (15)	1	1
Relación con el mando	Evaluación excelente de la dimensión	14/26 (53,8)**	6,5 (2,4-17,6)**	12,3 (2,3-66,8) ^r	15/26 (57,7)**	3,9 (1,8-8,3)**	6,7 (2,0-22,1) ^e
	Resto de profesionales	4/44 (8,3)	1	1	7/47 (14,9)	1	1
Participación	Evaluación excelente de la dimensión	6/8 (75)**	4,1 (2,2-7,9)**	15,5 (1,5-172) ^s	6/8 (75)*	3,1 (1,7-5,5)*	8,6 (1,1-71) ^f
	Resto de profesionales	12/66 (18,2)	1	1	16/65 (24,6)	1	1
Gestión del cambio	Evaluación excelente de la dimensión	11/17 (64,7)**	5,3 (2,4-11,5)**	6,0 (1,1-50) ^t	10/16 (62,5)*	3,0 (1,6-5,6)*	6,5 (1,1-35,7) ^g
	Resto de profesionales	7/57 (12,3)	1	1	12/57 (21,1)	1	1
Ambiente de trabajo	Evaluación excelente de la dimensión	10/16 (62,5)**	4,5 (2,1-9,6)**	11,1 (2,2-56,8) ^u	11/16 (68,8)**	3,6 (1,9-6,7)**	7,4 (1,6-35,3) ^h
	Resto de profesionales	8/58 (13,8)	1	1	11/57 (19,3)	1	1
Comunicación	Evaluación excelente de la dimensión	6/13 (68,8)*	2,3 (1,1-5,1)*	6,5 (1,2-34,7) ^v	5/13 (38,5)	1,4 (0,6-3,0)	0,4 (0,1-3,3) ⁱ
	Resto de profesionales	12/61 (28,6)	1	1	17/60 (28,3)	1	1
Conocimiento de objetivos	Evaluación excelente de la dimensión	6/6 (100)**	5,6 (3,3-9,3)**	No ajustable ^w	4/6 (66,7)*	2,6 (1,3-5,2)*	6,3 (0,7-54) ^j
	Resto de profesionales	12/67 (17,9)	1	1	17/66 (25,8)	1	1
Percepción de la Dirección	Evaluación excelente de la dimensión	10/16 (62,5)**	4,3 (2,0-9,0)**	14,1 (1,9-106) ^x	11/16 (68,8)**	4,1 (2,1-8,2)**	10,4 (1,9-57,1) ^k
	Resto de profesionales	8/55 (14,5)	1	1	9/54 (16,7)	1	1

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: *odds ratio*. *p <0,05. ** p<0,001.^a Ajustado para antigüedad en el hospital, trabajo de noches, participación y gestión del cambio.^b Ajustado para categoría profesional, antigüedad en el hospital, reconocimiento y definición del puesto.^c Ajustado para antigüedad en el hospital, contacto directo con pacientes, condiciones de trabajo y comunicación.^d Ajustado para categoría profesional, antigüedad en el hospital, formación y reconocimiento.^e Ajustado para categoría profesional, contacto directo con los pacientes, condiciones de trabajo y comunicación.^f Ajustado para categoría profesional, tipo de contrato, condiciones de trabajo y comunicación.^g Ajustado para antigüedad en el hospital, contacto directo con pacientes, condiciones de trabajo y formación.^h Ajustado para sexo, contacto directo con los pacientes, condiciones de trabajo y formación.ⁱ Ajustado para categoría profesional, contacto directo con pacientes, participación y ambiente de trabajo.^j Ajustado para categoría profesional, antigüedad en el hospital, relación con el mando y comunicación.^k Ajustado para categoría profesional, antigüedad en el hospital, formación y gestión del cambio.ⁿ Ajustado edad, contacto directo con el paciente, definición del puesto y relación con el mando.^o Ajustado para antigüedad en el hospital, contacto directo con pacientes, reconocimiento y gestión del cambio.^p Ajustado para edad, contacto directo con pacientes, condiciones de trabajo y comunicación.^q Ajustado para edad, antigüedad en el hospital, condiciones de trabajo y comunicación.^r Ajustado para edad, contacto directo con pacientes, condiciones de trabajo y participación.^s Ajustado para fármacos para dormir, contacto directo con pacientes, condiciones de trabajo y ambiente de trabajo.^t Ajustado para antigüedad en el hospital, contacto directo con pacientes, formación y reconocimiento.^u Ajustado para fármacos para dormir, contacto directo con pacientes, condiciones de trabajo y participación.^v Ajustado para antigüedad laboral, contacto directo con pacientes, condiciones de trabajo y promoción y desarrollo.^w No ajustable.^x Ajustado para edad, antigüedad en el hospital, formación y reconocimiento.

fenómeno contrario: pocos/as profesionales tienen una percepción adecuada, pero casi todos/as los/las trabajadores/as con percepción positiva de la dimensión tienen una alta percepción de ella. 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/as con percepción adecuada de las dimensiones (puntuación ≥ 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/las profesionales con alta satisfacción laboral prácticamente coincide con el definido por los/las profesionales con alta seguridad percibida (fig. 2). La forma del polígono es diferente para cada uno de

Tabla 4
Asociación de las dimensiones que definen la cultura de la seguridad con seguridad percibida y la satisfacción laboral

Dimensiones cultura de seguridad	Seguridad percibida			Satisfacción laboral			
	Alta satisfacción laboral/total n (%)	OR cruda (IC95%)	OR ajustada (IC95%)	Alta seguridad percibida/total n (%)	OR cruda (IC95%)	OR ajustada (IC95%)	
Notificación de eventos adversos	Evaluación excelente de la dimensión	8/16 (50)	1,9 (1,0-3,8)	6,5 (1,3-33,3) ^m	8/16 (50)*	2,8 (1,3-5,8)*	12,3 (2,0-74,1) ^a
	Resto de profesionales	14/54 (25,9)	1	1	10/55 (18,2)	1	1
Percepción de seguridad	Evaluación excelente de la dimensión	15/31 (48,4)*	2,8 (1,3-6,1)	6,6 (1,6-26,7) ⁿ	13/31 (41,9)*	3,5 (1,4-8,8)	7,2 (1,3-40,5) ^b
	Resto de profesionales	7/41 (17,1)	1	1	5/42 (11,9)	1	1
Acciones de la supervisión	Evaluación excelente de la dimensión	7/8 (87,5)**	3,7 (2,2-6,2)**	22,5 (1,5-344)* ^o	3/8 (37,5)	1,6 (0,6-4,4)	0,5 (0,6-4,7) ^c
	Resto de profesionales	15/64 (23,4)	1	1	15/65 (23,1)	1	1
Aprendizaje organizacional	Evaluación excelente de la dimensión	9/14 (64,3)*	3,1 (1,6-5,8)*	8,9 (1,9-41)* ^p	9/14 (64,3)*	4,1 (2,0-8,5)*	12,1 (2,5-58) ^d
	Resto de profesionales	12/57 (21,1)	1	1	9/58 (15,5)	1	1
Trabajo en equipo en la unidad	Evaluación excelente de la dimensión	9/17 (52,9)*	2,3 (1,2-4,4)*	6,3 (1,3-31,1) ^q	8/17 (47,1)*	2,7 (1,3-5,7)*	6,3 (1,4-28,2) ^e
	Resto de profesionales	13/56 (23,2)	1	1	10/57 (17,5)	1	1
Franqueza en la comunicación	Evaluación excelente de la dimensión	9/14 (64,3)*	2,9 (1,6-5,4)*	14,2 (2,4-83) ^r	7/14 (50)*	2,7 (1,3-5,8)*	14,3 (1,8-116) ^f
	Resto de profesionales	13/59 (22,0)	1	1	11/60 (18,3)	1	1
Feed-back y comunicación sobre errores	Evaluación excelente de la dimensión	7/15 (46,7)	1,7 (0,9-3,5)	5,7 (1,2-27,4) ^s	9/15 (60)*	3,8 (1,8-7,9)*	10,4 (2,2-49) ^g
	Resto de profesionales	15/56 (26,8)	1	1	9/57 (15,8)	1	1
Respuesta no punitiva	Evaluación excelente de la dimensión	1/3 (33,3)	1,1 (0,2-5,8)	0,2 (0,003-11) ^t	1/3 (33,3)	1,5 (0,3-8,0)	0,4 (0,03-6,0) ^h
	Resto de profesionales	20/67 (29,9)	1	1	15/68 (22,1)	1	1
Dotación de personal	Evaluación excelente de la dimensión	3/3 (100)*	3,7 (2,5-5,4)*	No ajustable ^u	2/3 (66,7)*	2,9 (1,2-7,3)	19,7 (1,3-291) ⁱ
	Resto de profesionales	19/70 (27,1)	1	1	16/71 (22,5)	1	1
Apoyo de la dirección	Evaluación excelente de la dimensión	0 (0)	*	No ajustable ^v	0 (0)	*	No ajustable ^j
	Resto de profesionales	18/58 (31)	1	1	18/74 (24,3)	1	1
Trabajo en equipo entre unidades	Evaluación excelente de la dimensión	4/12 (33,3)	1,1 (0,4-2,6)	0,3 (0,04-2,6) ^w	5/12 (41,7)	1,9 (0,8-4,3)	3,5 (0,7-17,1) ^k
	Resto de profesionales	17/59 (28,8)	1	1	13/59 (22,0)	1	1
Problemas en cambios de turno	Evaluación excelente de la dimensión	5/9 (55,6)*	2,1 (1,1-4,3)*	13,9 (1,1-181) ^x	7/9 (77,8)*	4,6 (2,4-8,7)*	19,4 (1,7-222) ^l
	Resto de profesionales	17/64 (26,6)	1	1	11/65 (16,9)	1	1

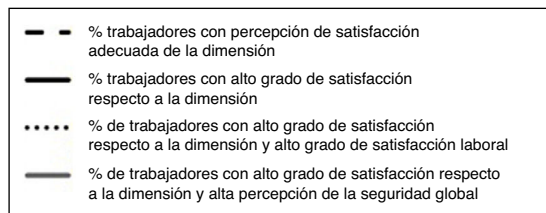
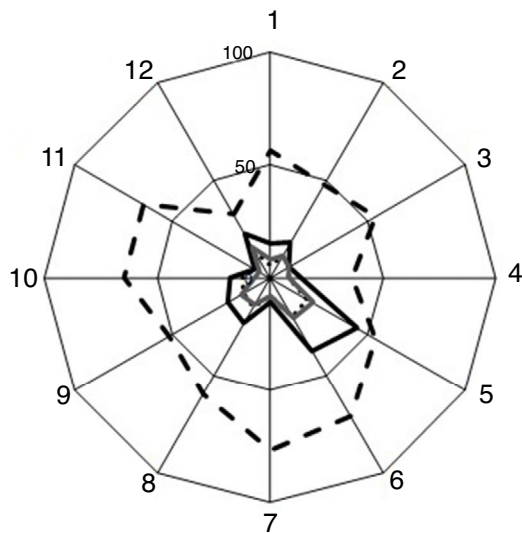
IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: *odds ratio*. * $p < 0,05$. ** $p < 0,001$.^a Ajustado para categoría profesional, antigüedad en el hospital, respuesta no punitiva y dotación de personal.^b Ajustado para antigüedad en el hospital, responsabilidad sobre dirección de equipos, trabajo en equipo entre unidades y problemas al cambio de turno.^c Ajustado para categoría profesional, tipo de contrato, franqueza en la comunicación y respuesta no punitiva.^d Ajustado para tipo de contrato, categoría profesional, acciones de la supervisión en pro de la seguridad del paciente y dotación de personal.^e Ajustado para categoría profesional, tipo de contrato, respuesta no punitiva a los errores y trabajo en equipo entre unidades.^f Ajustado para categoría profesional, responsabilidad sobre dirección de equipos, *feedback* comunicación de errores y respuesta no punitiva.^g Ajustado para categoría profesional, tipo de contrato, franqueza en la comunicación y respuesta no punitiva a los errores.^h Ajustado para categoría profesional, fármacos ansiolíticos, acciones de la supervisión en pro de la seguridad del paciente y trabajo en equipo en la unidad.ⁱ Ajustado para categoría profesional, antigüedad en el hospital, notificación (trabajo en equipo en la unidad en 2013) y respuesta no punitiva.^j No ajustable.^k Ajustado para fármacos ansiolíticos, contacto directo con pacientes, mejora continua y respuesta no punitiva.^l Ajustado para responsabilidad sobre dirección de equipos, contacto directo con pacientes, franqueza en la comunicación y trabajo en equipo entre unidades.^m Ajustado para categoría profesional, antigüedad en el hospital, respuesta no punitiva y dotación de personal.ⁿ Ajustado para antigüedad en el hospital, responsabilidad sobre dirección de equipos, trabajo en equipo entre unidades y problemas al cambio de turno.^o Ajustado para categoría profesional, tipo de contrato, aprendizaje organizacional y trabajo en equipo en la unidad.^p Ajustado para antigüedad en el hospital, fármacos para dormir, *feedback* comunicación de errores y problemas al cambio de turno.^q Ajustado para categoría profesional, tipo de contrato, respuesta no punitiva a los errores y acciones de la supervisión en pro de la seguridad del paciente.^r Ajustado para categoría profesional, responsabilidad sobre dirección de equipos, *feedback* comunicación de errores y respuesta no punitiva.^s Ajustado para categoría profesional, responsabilidad sobre dirección de equipos, franqueza en la comunicación y respuesta no punitiva a los errores.^t Ajustado para edad, antigüedad en el hospital, aprendizaje organizativo y *feedback* comunicación de errores.^u No ajustable.^v No ajustable.^w Ajustado para responsabilidad sobre dirección de equipos, contacto directo con pacientes, franqueza en la comunicación y problemas al cambio de turno.^x Ajustado para antigüedad en el hospital, fármacos para dormir, trabajo en equipo entre unidades y respuesta no punitiva.

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 estas 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 (tablas 3 y 4).

Muchos trabajos relacionan la gestión de personas y la seguridad de pacientes^{8-12,25-30}. Neal et al.¹¹ desarrollaron un modelo explicativo de la influencia del clima de la organización sobre la

Influencia de las dimensiones que definen la satisfacción laboral



Influencia de las dimensiones que definen la cultura de seguridad

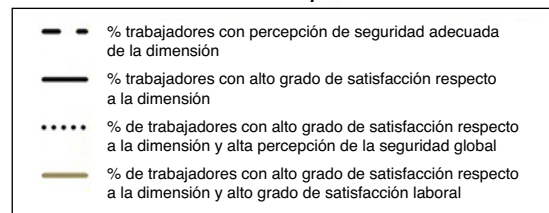
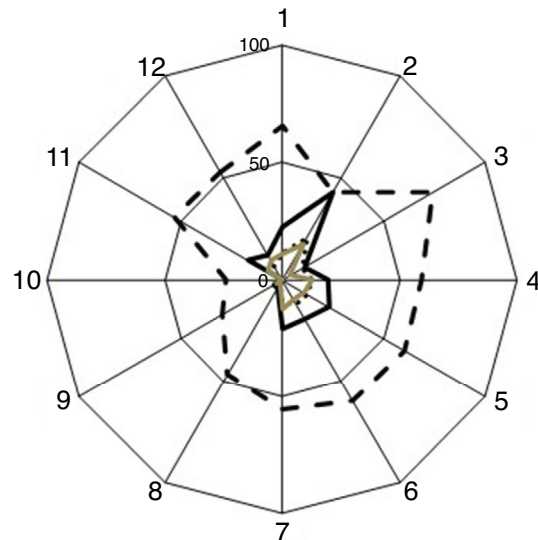


Figura 2. Influencia del grado de satisfacción respecto a cada una de las dimensiones consideradas sobre la alta percepción de satisfacción laboral y de seguridad del paciente. Dimensiones que definen la satisfacción laboral: 1) Condiciones de trabajo; 2) Formación; 3) Promoción y desarrollo; 4) Reconocimiento; 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 organizativo; 5) Trabajo en equipo en la unidad; 6) Franqueza en la comunicación; 7) *Feedback* 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.

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 de los/las pacientes, 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 Jimmieson¹², 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/las pacientes. Estos resultados sugieren que, si se crea un clima adecuado, el personal sanitario mejora su desempeño y aumenta la satisfacción de los/las pacientes con los cuidados recibidos. Escobar et al.²⁸ analizaron los resultados de los estudios SENECA y RN4CAST para relacionar el entorno laboral y la seguridad de los/las pacientes. Sus resultados indican que, en las instituciones donde se fomenta un entorno laboral favorable, los/las pacientes perciben una mayor seguridad en los cuidados y están más satisfechos/as con la atención recibida.

Muchos/as autores/as 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/las profesionales, su satisfacción laboral y su motivación²⁶. En 2009, la Organización Mundial de la Salud (OMS) revisó los factores humanos relacionados con la seguridad de los/las pacientes 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 trabajo⁸. 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 (tablas 3 y 4).

El informe de la OMS⁸ 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/las pacientes. Ciertos estilos de liderazgo se asocian con mayor cultura de seguridad en la organización y menores tasas de eventos adversos⁸. Este planteamiento apoya el hecho de que, en nuestro estudio, la dimensión más asociada con la seguridad percibida por nuestros/as 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/as profesionales, que en general tienen mejor concepto de los mandos intermedios que de los cargos directivos (fig. 1), hecho también observado en varios estudios realizados en España^{19–21}. Estos datos indican que debería concienciarse a nuestros/as directivos/as 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/las profesionales y los resultados relacionados con la seguridad de los/las pacientes.

Otros aspectos importantes, contemplados en el informe de la OMS de 2009⁸, 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^{8,10,25,26}, también son fundamentales para la seguridad de los/las pacientes; 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 (tabla 3).

Como resumen de lo expuesto, puede afirmarse que son muchos/as los/las autores/as que relacionan la satisfacción laboral y la seguridad del paciente^{8–12,25–30}, hecho también corroborado por nuestros resultados.

Limitaciones

Entre las limitaciones de nuestro estudio cabe destacar un posible sesgo de selección, ya que, al ser la participación voluntaria y anónima, los/las profesionales más proactivos/as suelen ser también los/las más participativos/os. Otra limitación es el bajo número de respuestas válidas, dado el pequeño tamaño de la organización, por lo que sería necesario realizar estudios más amplios para confirmar nuestros resultados.

¿Qué se sabe sobre el tema?

En los últimos años, cada vez se ha dado más importancia al factor humano y al clima organizativo 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.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

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. Estos resultados refuerzan la idea de 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.

Editor responsable del artículo

Javier Arias-Díaz.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del

estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

M.J. Merino-Plaza: concepción y diseño del trabajo, análisis e interpretación de los datos, escritura y revisión del artículo; responsable y garante de que todos los aspectos del manuscrito han sido revisados y discutidos entre los autores. F.J. Carrera-Hueso: colaboración en el diseño del trabajo, análisis de los datos, escritura y revisión del artículo, y aprobación de la versión final para su publicación. M.R. Roca-Castelló: colaboración en el diseño del trabajo, interpretación de los datos, escritura y revisión del artículo, y aprobación de la versión final para su publicación. M.D. Morro-Martín: colaboración en la realización del estudio, interpretación de los resultados, escritura y revisión del artículo, y aprobación de la versión final para su publicación. A. Martínez-Asensi: colaboración en la realización del estudio, interpretación de los resultados, escritura y revisión del artículo, y aprobación de la versión final para su publicación. N. Fikri-Benbrahim: colaboración en el diseño del trabajo, interpretación de los resultados, escritura y revisión del artículo, y aprobación de la versión final para su publicación.

Agradecimientos

A los miembros de la Comisión de Calidad, por los años de colaboración y el esfuerzo para mejorar día a día la calidad asistencial.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno. Este artículo forma parte de la tesis doctoral de M.J. Merino-Plaza: Calidad asistencial y seguridad del paciente en un hospital de media-larga estancia.

Bibliografía

1. Estrategia Seguridad del Paciente 2015-2020. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. 123 p. (Consultado el 10/12/2016.) Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/EstrategiaSeguridaddelPaciente2015-2020.pdf?cdnv=2>
2. Agency for Healthcare Research and Quality (US). Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. 2001. 662 p. (Consultado el 10/12/2016.) Disponible en: <https://archive.ahrq.gov/clinic/ptsafety/pdf/ptsafety.pdf>
3. Agency for Healthcare Research and Quality (US). Making health care safer. II: an updated critical analysis of the evidence for patient safety practices. 2013. 945 p. (Consultado el 10/12/2016.) Disponible en: <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/research/findings/evidence-based-reports/services/quality/ptsafetyII-full.pdf>
4. González IB, Melo NAP, Limón MLS. El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. *Estud Gerenciales*. 2015;31:8–19.
5. Zubiri Sáenz F. Satisfacción y motivación profesional. *An Sist Sanit Navar*. 2013;36:193–6.
6. Salanova Soria Mi. Organizaciones saludables: una aproximación desde la psicología positiva. En: *Psicología positiva aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2008. p. 403–28.
7. Catchpole K. Spreading human factors expertise in healthcare: untangling the knots in people and systems. *BMJ Qual Saf*. 2013;22:793–7.
8. Flin R, Winter J. Report for Methods and Measures Working Group of WHO Patient Safety. Cakil Sarac MR. Human factors in patient safety: review of topics and tools. Geneva: World Health Organization; 2009. p. 05. WHO/IER/PSP/2009.
9. Gurses AP, Ozok AA, Pronovost PJ. Time to accelerate integration of human factors and ergonomics in patient safety. *BMJ Qual Saf*. 2012;21:347–51.
10. Mao X, Jia P, Zhang L, et al. An evaluation of the effects of human factors and ergonomics on health care and patient safety practices: a systematic review. *Plos One*. 2015;10:e0129948.
11. Neal AF, Griffin MA, Hart PD. The impact of organisational climate on safety climate and individual behaviour. *Saf Sci*. 2000;34:99–109.

12. Greenslade JH, Jimmieson NL. Organizational factors impacting on patient satisfaction: a cross sectional examination of service climate and linkages to nurses' effort and performance. *Int J Nurs Stud.* 2011;48:1188–98.
13. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. 15 p. (Consultado el 10/12/2016.) Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>
14. Servicio Vasco de Salud. Manual de evaluación y mejora de la satisfacción de las personas en las organizaciones de servicios. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza Servicio Vasco de Salud; 2001. 69 p. (Consultado el 10/12/2016.) Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/organizacion-gestion-osk/es_og/adjuntos/satisfaccion/evaluacion.pdf
15. Cuestionario satisfacción PAS (2009). (Consultado el 10/12/2016.) Disponible en: [http://qualitas.usal.es/docs/CuestionariosatisfaccionPAS\(2009_2009\).pdf](http://qualitas.usal.es/docs/CuestionariosatisfaccionPAS(2009_2009).pdf)
16. Robles-García M, Dierssen-Sotos T, Martínez-Ochoa E, et al. Variables related to job satisfaction. Cross-sectional study using the European Foundation for Quality Management (EFQM model). *Gac Sanit.* 2005;19:127–34.
17. Maldonado G, Greenland S. Simulation study of confounder-selection strategies. *Am J Epidemiology.* 1993;138:923–36.
18. Chang W-Y, Ma J-C, Chiu H-T, et al., collaboration and teamwork in acute care hospitals. Job satisfaction and perceptions of quality of patient care. *J Adv Nurs.* 2009;65:1946–55.
19. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2009. 131 p. (Consultado el 10/12/2016.) Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf
20. Roqueta Egea F, Tomás Vecina S, Chanovas Borràs M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias.* 2011;23:356–64.
21. da Silva Gama ZA, de Souza Oliveira AC, Saturno Hernández PJ. Patient safety culture and related factors in a network of Spanish public hospitals. *Cad Saúde Pública.* 2013;29:283–93.
22. Sveinsdóttir H, Biering P, Ramel A. Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2006;43:875–89.
23. Pozo Muñoz F, Padilla Marín V. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria. *Rev Calid Asist.* 2013;28:329–36.
24. Jaraba Becerril C, Sartolo Romeo MT, Villaverde Royo MV, et al. 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.* 2013;36:471–7.
25. Carayon P. Human factors in patient safety as an innovation. *Appl Ergon.* 2010;41:657–65.
26. Carayon P, Xie A, Kianfar S. Human factors and ergonomics as a patient safety practice. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013. *BMJ Qual Saf.* 2014;23:196–205.
27. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, et al. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q.* 2004;82:581–629.
28. Escobar-Aguilar G, Gómez-García T, Ignacio-García E, et al. Entorno laboral y seguridad del paciente: comparación de datos entre los estudios SENECA y RN4CAST. *Enferm Clin.* 2013;23:103–13.
29. Poghosyan L, Nannini A, Stone PW, et al. Nurse practitioner organizational climate in primary care settings: implications for professional practice. *J Prof Nurs Off J Am Assoc Coll Nurs.* 2013;29:338–49.
30. Jeffcott SA, Ibrahim JE, Cameron PA. Resilience in healthcare and clinical handover. *Qual Saf Health Care.* 2009;18:256–60.