



INFORME SEGUNDA ENCUESTA SOBRE LA SEGURIDAD
DEL PACIENTE Y DEL PROFESIONAL DURANTE LA
EPIDEMIA SARS-COV-2 (COVID-19) EN ESPAÑA.

PROYECTO SEGCVID 2



FUNDACIÓN POR LA INVESTIGACIÓN,
DOCENCIA E INNOVACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE



SEGUROS Y GESTIÓN DE RIESGOS

una sociedad del grupo relyens



AUTORES

FUNDACIÓN FIDISP

SANTIAGO TOMÁS VECINA
(COORDINADOR DEL PROYECTO)
MARI CRUZ MARTIN DELGADO
YOLANDA MINGUEZA SEBASTIÁN

SHAM

FRÉDÉRIC FUZ
DIRECTOR GESTIÓN DE RIESGOS

ELENA GÓMEZ FELIPE
HEALTH RISK MANAGER

ÍNDICE

●	1. INTRODUCCIÓN	4
●	2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DE LA ENCUESTA	6
●	3. METODOLOGÍA	7
●	4. RESULTADOS DE LA ENCUESTA	10
	4.0. PARTICIPACIÓN Y PERIODO DEL ESTUDIO	10
	4.1. DATOS DEMOGRÁFICOS	10
	4.2. CAPACIDAD ORGANIZATIVA DE LOS CENTROS SANITARIOS	10
	4.3. RESULTADOS SOBRE SEGURIDAD PACIENTE	10
	4.4. RESULTADOS SOBRE LA SALUD DEL PROFESIONAL	10
	4.5. TESTIMONIOS DE LOS PROFESIONALES	10
●	5. CONCLUSIONES	27
●	6. CONCLUSIONES	28
●	7. RECOMENDACIONES FINALES	33
●	8. ANEXO:	35
	A. MODELO ENCUESTA	35

1.- INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 (conocida popularmente como pandemia de coronavirus) es una pandemia derivada de la enfermedad ocasionada por el virus SARS-CoV-2. Su primer caso fue identificado en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, capital de la provincia de Hubei, en la República Popular China, al reportarse casos de un grupo de personas enfermas con un tipo de neumonía desconocida. La mayoría de los individuos afectados tenían vinculación con trabajadores del Mercado mayorista de mariscos de Huanan. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la reconoció como una pandemia el 11 de marzo de 2020 (en esa fecha informaba de 118 000 casos en 114 países, y 4291 personas habían perdido la vida).

A fecha 22 de abril de 2021 se ha informado de más de 143.5 millones de casos de la enfermedad en 255 países y territorios en el mundo, y 3.058 230 de fallecidos. Por otra parte, para octubre de 2020, la Organización Mundial de la Salud estimaba que al menos un 10 % de la población mundial ya se había contagiado de esta enfermedad (unos 780 millones de personas infectadas aproximadamente), debido al gran subregistro de casos a nivel mundial.

En España, el primer caso de COVID-19 fue diagnosticado en Valencia el 13 de febrero de 2020. Un mes después se declaraba el estado de emergencia en el estado español que se mantiene actualmente, si bien se prevé que en la primera quincena de mayo pueda ser eliminado en función de los datos epidemiológicos. El número de infectados oficiales se calcula ha sido de 3.468.000 personas, con una estimación de mortalidad de 77.591 fallecidos (*datos 25 abril 2021, fuente COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU) <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>*). En el periodo de un año de pandemia, se han vivido en España tres “olas” epidémicas: la primera iniciada en el mes de marzo-20, la segunda se vivió entre el 20 de julio y el 20 de diciembre de 2020. La tercera ola se vivió desde el mes de enero-2021 hasta finales de marzo 2021.

La pandemia por coronavirus ha puesto de manifiesto diversos factores que han condicionado la respuesta sanitaria. En primer lugar, el desconocimiento absoluto, en las fases iniciales de la fisiopatología de la enfermedad, y por tanto de sus características, pero que progresivamente se ha ido conociendo, repercutiendo de manera positiva sobre el manejo de los pacientes infectados. A medida que han pasado los meses se ha ido generando evidencia científica que ha permitido ajustar las recomendaciones terapéuticas y guías de práctica clínica de esta enfermedad (corticoides, antivirales, anti-IL6, heparina, etc), así como sobre el desarrollo de medidas preventivas o higiénicas dirigidas a la población y rastreo de contagiados y portadores.

Toda esta película evolutiva de la pandemia ha repercutido también sobre la seguridad del paciente, es decir, ha llevado la aparición de riesgos innecesarios derivados de la asistencia prestada. Los principales factores que han podido afectar a la seguridad del paciente han sido la sobredemanda asistencial con saturación del sistema sanitario con escasez de recursos para suplir todas las demandas, la falta de profesionales especializados en el manejo de algunos pacientes lo que ha llevado a asumir responsabilidades sin las competencias necesarias así como el desconocimiento de la enfermedad que ha llevado a tratamientos empíricos hasta la generación de evidencia. También ha trascendido sobre la seguridad de los profesionales, tanto a nivel físico (contagios, agotamiento) como psicológico, emocional y social. En conjunto, la pandemia ha puesto de manifiesto los déficits de los sistemas sanitarios, incluso aquellos que se les suponía de mayor calidad y seguridad.

Preocupados por este hecho, la **Fundación por la Investigación, Docencia e Innovación en Seguridad del Paciente (FIDISP)**, fundación privada sin ánimo de lucro dedicada a la mejora de la calidad y la seguridad del paciente en la atención sanitaria, y **SHAM España**, mutua aseguradora especialista en el sector sanitario y sociosanitario (sociedad del grupo europeo Relyens) presentaron en el mes de Junio-2020 el informe **SEGCVID: Seguridad del Paciente y del Profesional durante la epidemia SARS-CoV-2 en España** en donde, a través de encuestas realizadas a los profesionales, se analizaron los principales problemas de seguridad del paciente y del profesional acontecidos durante la primera ola en España. El informe puede consultarse en <https://fidisp.org/wp-content/uploads/2020/10/PROYECTO-SEGCVID-DEFINITIVO.pdf> . En dicho informe afloraban los principales problemas de seguridad del paciente relatados por los profesionales, así como los referentes a la seguridad de los profesionales y la escasez de equipos de protección individual, elaborándose, a raíz de todo ello, una serie de recomendaciones para mejorar la seguridad en ambos campos.

Tras ocho meses de evolución de la pandemia, FIDISP y SHAM consideraron el interés de repetir la encuesta realizada en abril 2020. El objetivo ha sido analizar la variabilidad de los incidentes de seguridad del paciente relacionados con los cambios asistenciales surgidos por el mayor conocimiento de la enfermedad durante la evolución de la pandemia, así como conocer la repercusión que las medidas organizativas adoptadas y de protección han tenido sobre los profesionales. De esta manera, se genera el informe actual, denominado **SEGCVID-2**.

El proyecto **SEGCVID** a través de los dos informes realizados y futuros, trata de proponer soluciones que puedan ayudar en el futuro a mejorar la respuesta sanitaria en situaciones similares y, a su vez, reducir los riesgos asistenciales, garantizando una mejor seguridad para el paciente.

Dr. Santiago Tomás
Abril 2021

2.- JUSTIFICACION Y OBJETIVOS DE LA ENCUESTA

El objetivo del proyecto SEGCVID incluye una serie de acciones enfocadas a conocer, analizar y proponer acciones de mejora para garantizar la seguridad del paciente ante situaciones epidémicas generadas por nuevos rebrotes de SARS-CoV-2 (COVID-19) u otras infecciones similares.

En una primera parte, SEGCVID pretendió conocer la valoración en primera mano de los profesionales tanto sanitarios como no sanitarios que atendieron directamente a pacientes afectados por SARS-CoV-2 (COVID-19) en primera línea o como personal de apoyo en la primera ola de la pandemia. Para ello, FIDISP, con la colaboración de SHAM, diseñó una encuesta valorando aspectos relacionados tanto con la seguridad del paciente como la del profesional. Dicha encuesta se realizó entre los meses de abril y mayo de 2020. En el mes de junio se elaboró el informe de la misma, siendo difundido a través de los medios de comunicación sanitarios y redes sociales de ambas instituciones. Los resultados y conclusiones de esa encuesta sirvieron de punto de partida para la elaboración de recomendaciones y propuestas de acciones de mejora que ayudasen a reducir los problemas de seguridad derivados de situaciones epidémicas o de crisis similares en el futuro y cuya difusión se realizará próximamente.

En esta segunda parte, el proyecto **SEGCVID** ha pretendido analizar la evolución de la seguridad del paciente y del profesional durante la atención en las olas epidémicas que se han ido sucediendo posteriormente, y conocer qué hemos aprendido de la primera ola epidémica y si, a su vez, hemos sido capaces de reducir los riesgos derivados de la asistencia a pacientes afectos de COVID-19, especialmente en la segunda e inicios de la tercera ola. En esta ocasión, la encuesta practicada no solo ha recogido cuestiones similares a la relacionada en el informe SEGCVID-1 sino también aspectos derivados de las recomendaciones o sugerencias realizadas y su implantación en los servicios sanitarios.

3.- METODOLOGÍA

Tipo estudio/encuesta: estudio observacional y descriptivo basado en los datos recogidos a través de una encuesta voluntaria anónima de respuesta cerrada, utilizando el sistema de formulario digital Google Forms.

Ámbito territorial: La encuesta se realizó dentro del ámbito territorial de España.

Periodo estudio: La encuesta se inició el 30/11/2020 y finalizó el 31/12/2020 (total 30 días). El periodo de realización de la encuesta y su relación con la evolución epidémica se muestra en el gráfico 1.

Población diana y población estudio

- o **Población diana:** Profesionales sanitarios de todas las comunidades autónomas del territorio español.
- o **Población estudio:** profesionales de la población de estudio que han realizado asistencia a pacientes afectados por SARS-CoV-2 (COVID-19) durante el periodo de estudio.

Tamaño muestral previsto: Teniendo en cuenta los resultados de la encuesta SEGCVID-1, se calculó un tamaño muestral considerando una población infinita con un 5% de máxima imprecisión ($\varepsilon = 5\%$) asumiendo una estimación de prevalencia de problemas de seguridad del 70% de los pacientes atendidos (según SEGCVID-1) y un nivel de confianza para la estimación del 95% (error alfa 5%), estableciéndose un tamaño muestral mínimo de 323 encuestas válidas.

Difusión de la encuesta: La encuesta se difundió a través de los medios de comunicación de FIDISP en la web y en redes sociales, boletín FIDISP, LinkedIn, Twitter, Facebook, SHAM se añadió a la difusión desde sus redes sociales y contactos.

Variables de la encuesta: Las variables del estudio se agruparon en 4 niveles: Capacidad organizativa de los centros sanitarios, Seguridad del paciente, Seguridad del profesional y Datos demográficos. Las variables pueden ser consultadas en el anexo 1. Las características de las variables agrupadas por bloques son:

1. **Variables demográficas:** Se recogieron las siguientes variables en relación con las características profesionales del declarante: turno de trabajo, nº de pacientes atendidos/día, edad, sexo, categoría profesional, centro de trabajo y comunidad autónoma.

2. Capacidad organizativa de los centros sanitarios: en este bloque se incluyeron preguntas relacionadas con los planes de contingencia de los centros sanitarios, protocolos de actuación, formación específica y actividad asistencial. Asimismo se solicitaba al encuestado una puntuación de 0 a 10 sobre la capacidad organizativa y respuesta de su centro.
3. En relación a la seguridad del paciente, las variables seleccionadas estaban en relación a la prevención de prácticas seguras en los ámbitos de
 - a) cuidados del paciente
 - b) gestión clínica
 - c) gestión diagnóstica
 - d) medicación
 - e) notificación de eventos adversos
4. En relación a la seguridad del profesional, ésta se valoró en tres niveles a través de preguntas relacionadas con:
 - > la salud del profesional
 - > las relaciones entre profesionales
 - > los equipos de protección individual (EPI)
5. Otros datos: Se recogieron además variables cualitativas en forma de aportación mediante texto libre sobre situaciones de seguridad del paciente y/o del profesional vividas no descritas en las preguntas planteadas, así como sugerencias de los encuestados.

Limitaciones: Las limitaciones observadas en el estudio han sido las siguientes:

- > Difusión: se han utilizado medios de difusión a través de redes sociales y correos electrónicos personalizados, no conociéndose el impacto de la difusión sobre la población de estudio, corriendo el riesgo de un bajo índice de respuestas.
- > Sesgo de la voluntariedad: las respuestas podrían corresponder a los profesionales más motivados o afectados por la pandemia con una percepción más negativa
- > Los datos en formato texto declarados en los apartados de sugerencias o de otros problemas de seguridad profesional y/o del paciente no pueden ser analizados estadísticamente. Fueron agrupados por áreas temáticas y se destinarán para un análisis de psicología clínica para un segundo informe.
- > Las preguntas de respuesta múltiple referentes a los “turnos” y a los “ámbitos de trabajo” han generado una limitación en su análisis al observarse diversas combinaciones en ambas preguntas, como reflejo de los diferentes horarios seguidos por los profesionales y los diferentes lugares de trabajo donde han prestado sus servicios respectivamente.
- > El impacto de la pandemia en las distintas comunidades y la tasa de respuesta variable, puede no ser representativa de todas las comunidades autónomas.

Recogida y confidencialidad de los datos: En todo momento se ha mantenido el anonimato de los datos obtenidos en base a lo estipulado en las normas de protección de datos del Reglamento Europeo de Protección de Datos (Reglamento UE 2016/679 y la política de privacidad de datos de Fundación FIDISP. Los datos recogidos se presentan de forma agregada y no identifican en ningún momento al profesional declarante, ni centros sanitarios ni tampoco datos de pacientes y existía tan solo la opción voluntaria de notificar el correo electrónico del declarante con objeto de notificarle los resultados de la encuesta y otras informaciones relacionadas, para lo cual el declarante tenía que marcar previamente su autorización.

Análisis estadístico: Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS® para Windows. En el análisis descriptivo se presentaron las variables cuantitativas con frecuencia absolutas y porcentajes. Se empleó la prueba de la Ji (Chi) al cuadrado en la comparación de proporciones

4- RESULTADOS DE LA ENCUESTA

Participación: Durante el periodo de estudio se obtuvieron un total de 365 encuestas respondidas, de las cuales se consideraron **válidas 337** descartándose 28 por ser incompletas y/o errores de registro informático.

Periodo de estudio: El periodo de recogida de difusión de la encuesta y recogida de información se realizó entre los meses noviembre-diciembre. En el gráfico 1 se muestra su relación con las fases de evolución de la pandemia en España

GRÁFICO 1: PERIODO DE REALIZACIÓN DE LAS ENCUESTAS Y RELACIÓN CON LA CURVA EPIDÉMICA



Evolución de casos confirmados desde el inicio de la pandemia en España

1. DATOS DEMOGRÁFICOS

A) Distribución por CCAA:

La distribución territorial de los participantes por Comunidad Autónoma (CCAA) se recogen en la tabla 1:

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE LA ENCUESTA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (CCAA)

CCAA	Nº	%
Cataluña	82	24,3
Castilla Leon	74	22
Madrid	62	18,4
Castilla LM	32	9,5
Asturias	15	4,45
Galicia	13	3,86
C Valenciana	13	3,86
Andalucía	11	3,26
ns/nc	7	2,08
Navarra	6	1,78
Baleares	6	1,78
País Vasco	4	1,19
Canarias	3	0,89
Aragón	3	0,89
Melilla/Ceuta	2	0,59
Extremadura	2	0,59
Murcia	1	0,3
Cantabria	1	0,3

B) Categorías profesionales:

Las categorías profesionales de los 337 participantes fueron las siguientes:

GRÁFICO 2 : DISTRIBUCIÓN SEGÚN CATEGORÍA PROFESIONAL

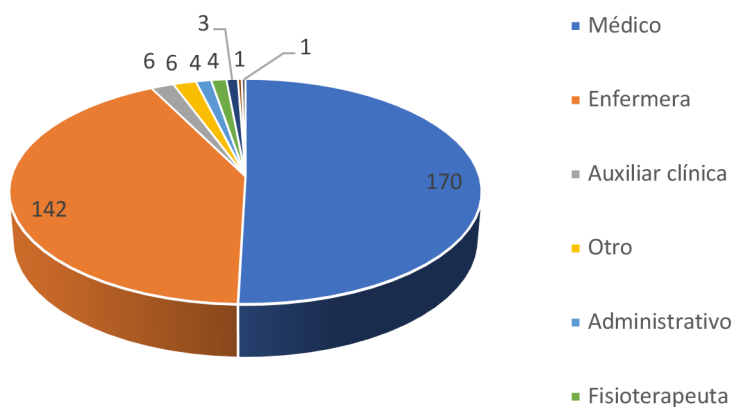


TABLA 2: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR CATEGORÍA PROFESIONAL

CATEGORÍA PROFESIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Médico*	170	50,45%
Enfermera	142	42,14%
Auxiliar clínica	6	1,78%
Otro	6	1,78%
Administrativo	4	1,19%
Fisioterapeuta	4	1,19%
Farmacéutico	3	0,89%
Matrona	1	0,30%
Técnico sanitario (radiología, laboratorio, farmacia, otros)	1	0,30%
TOTAL	337	100%

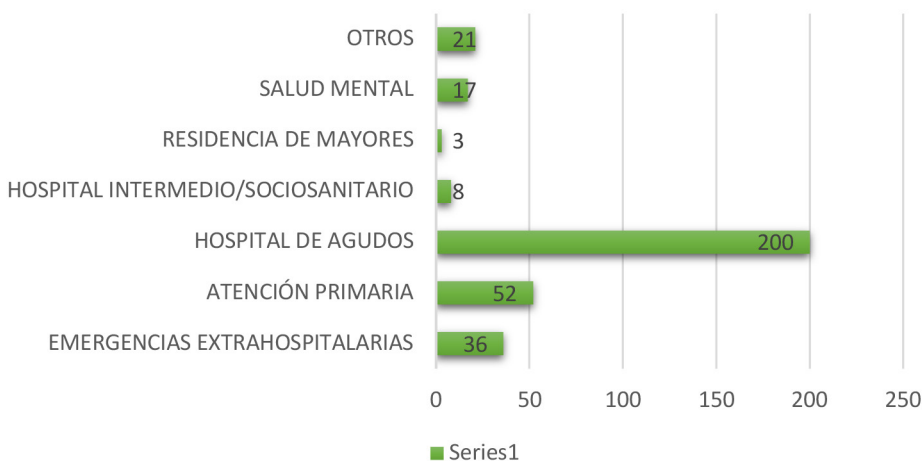
*11 MIR/EIR

Es de destacar que en la encuesta SEGCVID-2 la proporción de profesionales en asistenciales médicos y enfermeras constituyeron en conjunto el 92,6% de las respuestas recibidas, frente al 85,7% de respuestas de la encuesta SEGCVID-1.

C) Ámbitos asistenciales de trabajo:

La distribución de encuestados que prestaban sus servicios por ámbito asistencial fue la siguiente:

GRÁFICO 3: DISTRIBUCION POR ÁMBITO ASISTENCIAL

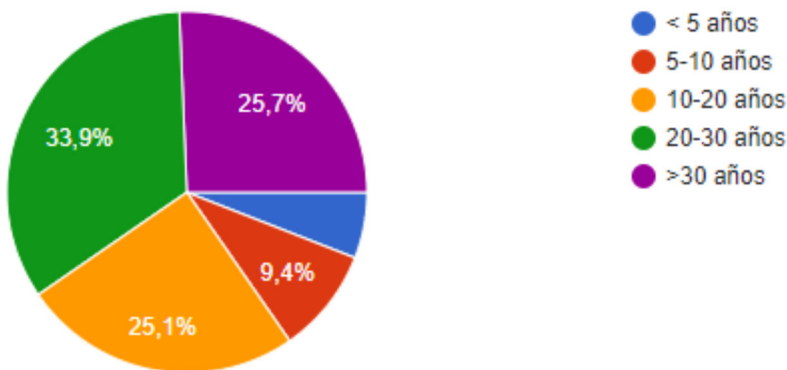


La distribución por servicios asistenciales de los encuestados que respondieron pertenecer a hospital de agudos fue la siguiente: urgencias 71 (35,5%), hospitalización 58 (29%), UCI 31 (15,5%) y otras áreas 40 (20%)

D) Años de ejercicio profesional:

En el gráfico 4 se presenta la distribución de los encuestados según años de ejercicio profesional. Destaca que el 84% referían 10 o más años de profesión, constituyendo el segmento de más de 20 años un 59% de las respuestas

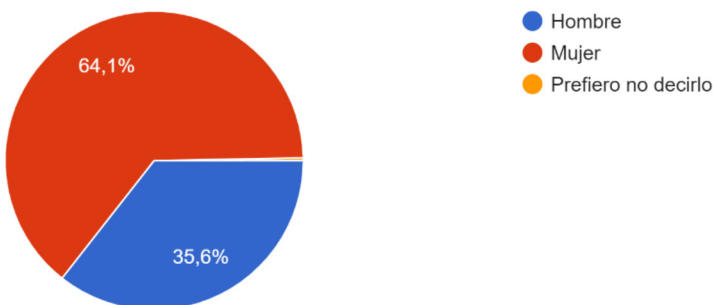
GRÁFICO 4: AÑOS EJERCICIO PROFESIONAL



E) Distribución por sexos:

En la encuesta SEGCVID-2 se evidencia una mayoría de respuestas de profesionales de sexo femenino (gráfico 5)

SEXO



F) Edad de los encuestados:

En la tabla 3 se presenta la distribución de las respuestas obtenidas según segmentos de edad de los encuestados. Destaca que el mayor número de respuestas se obtuvo entre los profesionales comprendidos entre los 41 y 65 años (75%) :

TABLA 3: DISTRIBUCIÓN POR SEGMENTOS EDAD

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-25	4	1,2
26-30	17	5,0
31-35	27	8,0
36-40	33	9,8
41-45	39	11,6
46-50	56	16,6
51-55	55	16,3
56-60	55	16,3
61-65	48	14,2
> 65	3	0,9
Total	337	100,0

El perfil medio de los encuestados que han respondido la encuesta se correspondería con un profesional de más de diez años de experiencia, en contacto asistencial con los pacientes, médico o enfermera, de edad media 50,1 años, predominantemente mujer.

2) CAPACIDAD ORGANIZATIVA DEL CENTRO SANITARIO

A) Visitas diarias de pacientes:

Un total de 169 encuestados (50,1%) contestaron que atendieron o estuvieron en contacto directo con un promedio inferior a 5 pacientes al día, mientras que en el extremo contrario, 19 profesionales (5,7%) contestaron que visitaban o estuvieron en contacto con un promedio de más de 20 pacientes al día. La distribución porcentual se recoge en el gráfico 6 y tabla 4:

GRÁFICO 6:
NUMERO DE PACIENTES COVID ATENDIDOS/DÍA (%)

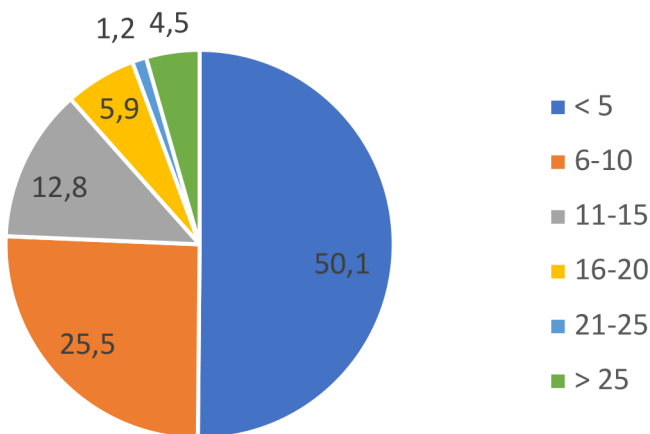


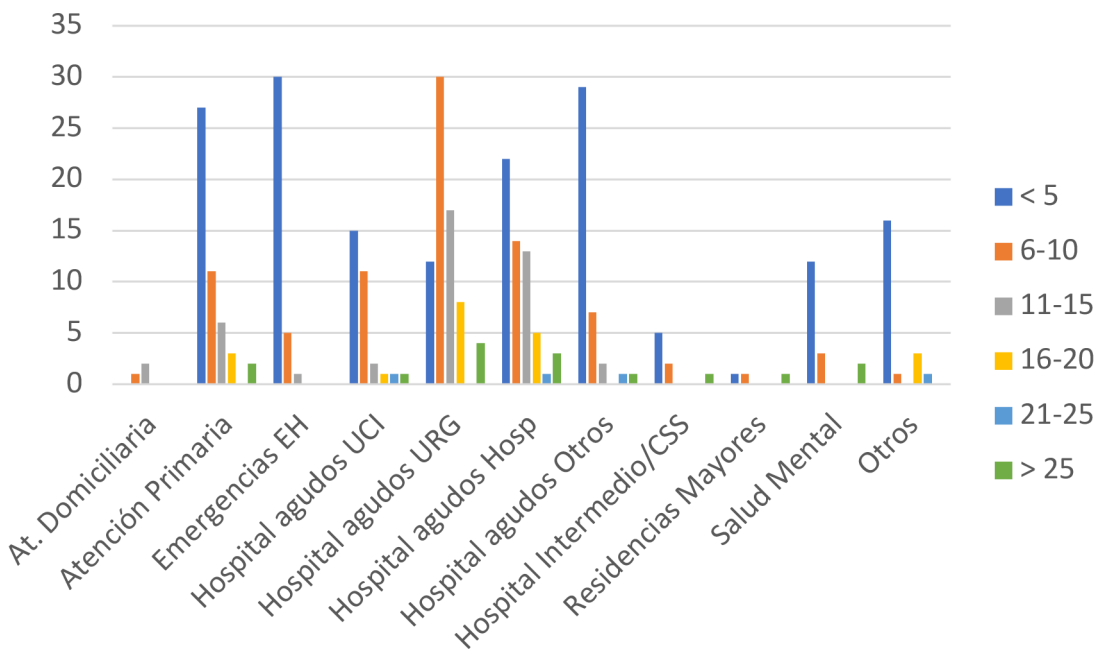
TABLA 4:

Nº DE PACIENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 5	169	50,1
6-10	86	25,5
11-15	43	12,8
16-20	20	5,9
21-25	4	1,2
> 25	15	4,5
Total	337	100,0

Estos datos difieren de los obtenidos en la encuesta SEGCVID-1 en la cual los encuestados respondieron visitar un número de pacientes superior a la muestra que ha respondido en la encuesta actual. En este sentido, destaca que la proporción de profesionales que atienden > 25 pacientes día es sensiblemente inferior (4,5%) que la detectada en el mes de abril (10,2%). Esta diferencia entre las muestras de ambas encuestas se comportó como estadísticamente significativa (p=0,0021). Las áreas de urgencias y hospitalización son las que comportan un mayor número de pacientes atendidos por profesional.

Distribuido el número de visitas o contactos en función de su categoría profesional, la distribución fue la siguiente (gráfica 7):

GRÁFICO 7: N° PACIENTES/ CONTACTOS COVID19 POR DÍA



Por grupos profesionales, y analizando las cargas de trabajo de médicos y enfermeras como colectivos más numerosos en este estudio, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos colectivos (efectuando un punto de corte en visitas/ día < 10 o visitas/día ≥ 11) tal como se muestra en tabla 5:

TABLA 5: DISTRIBUCIÓN VISITAS POR CATEGORÍA PROFESIONAL MÉDICO-ENFERMERA

	<10	≥ 11
Enfermeras	100 (71%)	40 (28%)
Médicos	132 (78%)	38 (22%)
Total	273	181

Esta distribución es interesante en cuanto que han desaparecido las diferencias significativas entre ambos colectivos que surgían en el estudio SEGCVID-1 en relación con el número de pacientes atendidos. Ello puede significar que se haya mejorado la distribución de los ratios profesionales y las cargas de trabajo en la atención a los pacientes contagiados por SARS-CoV-2 (COVID-19) por parte de las organizaciones, como consecuencia de la situación vivida por ambos colectivos en la primera ola de la pandemia. Por género, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas según el número de pacientes atendidos.

A) Existencia de planes de contingencia o de reescalada/desescalada en los centros sanitarios:

Esta variable se analizó para conocer la apreciación de los profesionales sobre la organización de los centros sanitarios posterior a la primera ola de la pandemia (por ello esta pregunta no figuraba en la primera encuesta). Los resultados obtenidos muestran que un 65,6% de los profesionales sanitarios manifestaron conocer que sus centros sanitarios tenían, en el momento de esta encuesta un plan de contingencia frente a un 26,4% que referían no tenerlo, mientras que un 8% desconocían si existía o no existía. No hubo diferencias en dicha apreciación por categorías profesionales ni por género. Sin embargo, por centros o áreas de trabajo, los profesionales de atención primaria y emergencias médicas extrahospitalarias fueron los que más respondieron desconocer o no tener planes de contingencia en sus centros con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0004$) con respecto a los profesionales de hospitalización de agudos, centro sociosanitarios y/o salud mental.

B) Sectorización de áreas asistenciales específicas para pacientes afectados por SARS-CoV-2.

Un 89,6% de los encuestados respondieron afirmativamente al preguntar si existían áreas sectorizadas para atención asistencial de paciente afectados de COVID-19. Por el contrario tan solo en 35 casos (10,4%) se manifestó que no existía en su centro y/o lo desconocían. En el análisis de estos últimos, correspondió a 8 respuestas procedentes de hospital de agudos, 20 de emergencias extrahospitalarias y 7 de atención primaria y/o salud mental.

D) Formación del personal sanitario sobre atención a pacientes COVID-19.

Un total de 146 respuestas (43,3%) afirmaron que se les había realizado algún tipo de formación sobre el manejo de pacientes afectados por COVID-19. Sin embargo, en 191 casos la respuesta fue negativa y/o no sabían si se les iba a realizar (56,7%). No se objetivaron diferencias significativas en las respuestas por sexos. En el análisis por centros de trabajo se encuentra diferencias estadísticamente significativas: solo afirman haber recibido o conocer la existencia de planes de formación en atención primaria un 26,9%

frente al 46,5% de los encuestados en hospitales de Estos resultados muestran un detrimento de las actividades formativas sobre la atención a pacientes COVID-19 en atención primaria dirigidas a los profesionales. Teniendo en cuenta la importancia de este nivel asistencial en la contención de la pandemia se presenta como una oportunidad y a su vez necesidad de acción de mejora a corto plazo.

E) Actividad asistencial para pacientes no COVID-19

Un 95,5% de los encuestados respondieron que se está realizando actividad asistencial a paciente no COVID-19. Un total de 15 encuestados (4,5%) manifestó desconocer o no realizarse, sin diferencias significativas por ámbitos.

F) Actividad quirúrgica.

Un 57,4% del total de los encuestados manifiestan que se ha reducido o anulado la actividad quirúrgica, si bien hay un 17,8% de los encuestados que, bien sea porque su actividad profesional no transcurre en un hospital de agudos o bien por desconocimiento no contestan Si analizamos tan solo los que han realizado respuestas afirmativas o negativas (276 en total), se obtiene que un 70% manifiesta que la actividad quirúrgica se ha visto afectada en forma de reducción o anulación de intervenciones.

G) Existencia de protocolos definidos de indicación de Equipos de protección individual (EPI) adaptados a puestos de trabajo y/o procedimientos a realizar.

La realización de protocolos de EPI adaptados al puesto de trabajo y/o procedimientos a realizar frente a pacientes COVID-19 confirmados, sospechosos o sin enfermedad es una herramienta que se ha convertido en esencial en los centros sanitarios, recomendada tanto por salud laboral como seguridad del paciente para reducir los índices de contagio entre el personal sanitario y/o pacientes ingresados. En este sentido, un 78% de los encuestados confirmaron la existencia de dichos protocolos en sus organizaciones, llamando la atención su ausencia en un 22% de las respuestas, indicando ello un campo importante de mejora para conseguir una seguridad frente al riesgo de contagios adquiridos durante la asistencia.

H) ¿Cómo puntuaría el grado de satisfacción con su empresa durante el manejo de la crisis, teniendo en cuenta que es una crisis global y nueva nunca antes vivida?

Esta pregunta fue respondida por los 337 encuestados. La puntuación media obtenida fue de 5,79 ($\pm 2,16$) puntos (límites 1-10). No han existido diferencias estadísticamente significativas por puntuación al analizar por género y/o profesión.

3) RESULTADOS SEGURIDAD PACIENTE

A) Seguridad del paciente:

f1. Tipos de Incidentes

Las variables analizadas se agruparon en incidentes relacionados con los cuidados del paciente, la gestión de la medicación y la gestión clínica/diagnóstica.

En esta ocasión se solicitó al encuestado que refiriera aquel incidente de seguridad que más frecuente observaba o había vivido durante la asistencia.

Las respuestas obtenidas se presentan en la siguiente tabla nº 6

TABLA 6

TIPO DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE MÁS FRECUENTE OBSERVADO	SEGCVID-1	SEGCVID-2
Problemas con utillaje clínico no EPI (ausencia, erróneo, inseguro)	30%	6%
Infecciones adquiridas relacionadas con la asistencia	23%	16%
Dificultad para derivar el paciente a un nivel asistencial crítico /UCI	21%	16%
Errores o problemas con la medicación	20%	5%
Problemas con resultados de laboratorio	17%	11%
Problemas con los equipos de electromedicina	17%	2%
Problemas en la realización, mantenimiento y/o retirada de un procedimiento o técnica (accesos vasculares, sondaje urinario, nasogástrica, otros)	15%	4%
¿Ha podido realizar alguna notificación de evento adverso al sistema de notificación?	15%	
Úlceras por presión	14%	7%
Problemas con historia clínica informatizada y/o software clínico	14%	-
Caídas de paciente	13%	5%
Problemas con técnicas de imagen	13%	1%
Ha habido algún resultado crítico no alertado por (laboratorio, radiología, ECG....)	11%	-
Problemas de seguridad con contenciones	11%	-
Errores diagnósticos	10%	8%
Identificación errónea de pacientes	8%	7%
Prescripción de medicación antiCOVID-19 sin solicitar consentimiento informado	8%	-
Autolisis o intento de suicidio de algún paciente	6%	3%
Otros problemas de seguridad paciente	6%	-
Problemas con el circuito y proceso de transfusiones	1%	1%

Observamos que en los resultados de la encuesta SEGCVID-2 se ha producido un descenso del porcentaje de incidentes de seguridad del paciente manifestados por los encuestados, al compararse con los datos obtenidos en la encuesta SEGCVID-1; en algunos de los casos la reducción es superior al 50% de los declarados en la encuesta anterior. Destaca en estos momentos que las cifras más elevadas están relacionadas con la existencia de infecciones adquiridas en la comunidad o nosocomiales (con un 16%) y las dificultades para poder trasladar a un paciente a áreas de críticos o UCI. Por el contrario, los problemas derivados del uso de materiales clínicos o utillaje inadecuado o los problemas con electromedicina han disminuido significativamente, al igual que los errores con la medicación o los procedimientos. De esta situación podríamos deducir como probables factores involucrados en estos descensos la mejora de los ratios de las plantillas con respecto la primera ola de la pandemia, el desarrollo de protocolos y procedimientos más adecuados para el manejo de la enfermedad de manera paralela al mejor conocimiento de la fisiopatología de la misma, así como las actividades formativas del personal sanitario entre otras, tal como se puede deducir en los resultados mostrados en el bloque.

Los valores obtenidos muestran una tendencia a la mejora de la frecuencia de los incidentes de seguridad más declarados por los encuestados (cuando comparamos SEGCVID-1 con SEGCVID-2) si bien algunos de ellos siguen estando por encima de lo considerado habitual o aceptable en la bibliografía en el sistema sanitario español (tabla 7). Ciertamente existen importantes diferencias metodológicas entre los estudios de referencia (ENEAS, EVADUR, SYREC, etc) y el estudio SEGCVID-2, pero, salvando dichas diferencias, pueden servir de orientación para conocer qué aspectos se vieron más o por el contrario menos afectados por la situación de crisis y la influencia en la mejora de los resultados de diferentes factores: organizativos, ratios de personal, conocimiento de la enfermedad, de sus procedimientos asistenciales y de los cuidados de los pacientes.

TABLA 7: COMPARACIÓN DE LOS DATOS DE INCIDENTES MÁS FRECUENTES EN LAS ENCUESTAS SEGCVID 1 Y 2 CON LA LITERATURA*

INCIDENTE	SEGCVID-1 (ABRIL-MAYO 2020)	SEGCVID-2 (NOV-DIC 2020)	BIBLIOGRAFIA
Infecciones adquiridas relacionadas con la asistencia	23%	16%	7-8%**
Ulceras por presión	14%	7%	3,6% (ENEAS)
Caídas de pacientes	13%	5%	2,9% (ENEAS)
Errores diagnósticos	10%	8%	2,8% (ENEAS)

*BIBLIOGRAFÍA: ESTUDIOS ENEAS, EVADUR, SYREC, DATOS INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

** SEGÚN DATOS ESTUDIO EPINE 2018

Los errores diagnósticos podrían ser atribuibles a los retrasos diagnósticos de pacientes no COVID en el inicio de la epidemia (falsamente diagnosticados de cuadro gripales o de neumonías de origen desconocido), así como por las complicaciones de la enfermedad desconocidas inicialmente (por ejemplo, eventos tromboembólicos miocarditis, etc.)

Por el contrario, llamaron la atención, por la menor frecuencia esperable, en comparación con estudios de referencia, la reducción de los errores de medicación en los pacientes COVID-19 con un 5% tan solo de declaraciones (frente al 20% encontrado en la encuesta SEGCVID-1), probablemente debido a soluciones generadas en los servicios de farmacia: protocolización de las prescripciones agrupados en formato “kit covid” con fármacos y dosis predefinidas, el papel de los farmacéuticos clínicos, y los criterios estrictos de identificación de pacientes. También podría ser debido a la población homogénea de pacientes con los mismos tratamientos frente a la amplia variabilidad que hay en otros momentos en el hospital y al uso de protocolos que, aunque dinámicos, existían en todos los hospitales para facilitar la toma de decisiones.

En este sentido el análisis de los errores o incidentes relacionados con la medicación y tratamientos empleados reflejaron las siguientes situaciones (tabla 8):

TABLA 6

TIPOS DE ERRORES DE MEDICACIÓN DECLARADOS	SEGCVID-1	SEGCVID-2
Desabastecimiento de fármacos	18%	11%
No administración de una medicación prescrita	12%	9,5%
Oxigenoterapia insuficiente por problemas de las instalaciones y/o insuficiencia técnica	10%	7,7%
Interacciones entre fármacos no valoradas	10%	8,3%
Duplicidad de fármacos prescritos y/o administrados	9%	1,5%
Errores por omisión de dosis	7%	14,5%
Errores por confusión de fármacos	5%	4,2%
Errores por comisión	4%	1,2%
Errores con protocolos discordantes y/o erróneos	---	23%

Si bien la frecuencia de declaración de problemas de medicación es inferior a la declarada en la primera ola, en la encuesta actual y como puede observarse en esta tabla, el principal problema referido en estos momentos son los errores por omisión de dosis, que doblan la frecuencia de la primera etapa de la pandemia. Una pregunta introducida en esta nueva encuesta, no presente en la anterior, como son los errores con protocolos discordantes y/o erróneos, muestra una frecuencia importante, lo cual obliga a reflexionar sobre el diseño de éstos y/o las informaciones científicas variables que influyen sobre la actuación clínica frente al paciente.

f2. Incidentes según número de pacientes atendidos

Atendiendo a las respuestas obtenidas, se realizó un análisis de la tasa de incidencias declaradas en función del promedio de visitas/día referido por el encuestado. En este análisis no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al relacionar los incidentes con el número de pacientes atendidos, a diferencia del estudio SEGCVID-1 donde se relacionaban un mayor número de incidentes con la atención de > de 11 pacientes/día. En este sentido los resultados obtenidos en la presente encuesta SEGCVID-2 demuestran dos aspectos respecto a la anterior encuesta: una reducción del número de incidentes (como se expresa en la tabla 6) y un ratio profesional-pacientes atendidos menor en esta ocasión. Ambas variables pueden estar relacionadas en los resultados obtenidos.

f3. Valoración de los incidentes según categoría profesional

Dado que cerca del 92% de los encuestados eran médicos y enfermeras, se procedió a realizar un análisis de los incidentes declarados excluyendo al resto de colectivos profesionales. Eso supuso un análisis de 312 declaraciones. Se realizó un análisis en búsqueda de diferencias de percepción según uno u otro colectivo, atendiendo a que, por sus características profesionales, las horas de contacto con el paciente podrían ser variable entre sí, además de los distintos procedimientos en los que participa cada colectivo.

Los resultados obtenidos muestran que existían diferencias de percepción de incidentes según colectivo en las siguientes situaciones (tabla 9):

TABLA 9

RELACIÓN DE INCIDENTES CON DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS SEGÚN CATEGORÍA PROFESIONAL DECLARANTE (P <0,05) MÁS CASOS DECLARADOS POR EL COLECTIVO:

Problemas con resultados de laboratorio	Médico
Úlceras por presión	Enfermería
Problemas con técnicas de imagen	Médico
Problemas con el utillaje clínico (ausencia, erróneo, inseguro...)	Médico
Problemas con la seguridad en las transfusiones	Enfermería

Los resultados obtenidos muestran unas diferencias evidentes con los hallazgos en la encuesta SEGCVID-1. En aquella situación hubo una clara diferencia significativa entre las declaraciones por colectivos para situaciones diversas como son los errores diagnósticos, las dificultades de derivación a las UCI, ausencia de consentimientos informados o problemas diversos con los fármacos. Estos problemas, si bien han existido, lo han hecho en menor grado (ver tabla 6) y lo que se deduce de la presente encuesta SEGCVID-2 es que han sido declarados por igual entre ambos colectivos.

4) RESULTADOS SOBRE LA SALUD DEL PROFESIONAL (segundas víctimas)

Las variables analizadas se agruparon en tres categorías:

- 1 la salud profesional
- 2 la afectación de las relaciones interprofesionales.
- 3 la valoración sobre la disponibilidad de materiales de protección individual (EPI) durante su práctica asistencial.

4.1 Salud del profesional

En la siguiente tabla se recoge la distribución de las respuestas obtenidas de los profesionales encuestados sobre su salud profesional como consecuencia de su actividad asistencial durante la epidemia (tabla 10):

TABLA 10

SALUD DEL PROFESIONAL (N= 337)	SÍ	NO	NS/NC
¿Te contagiaste de COVID-19 en el periodo marzo-junio 2020	19,9%	78,6%	1,5%
¿Te contagiaste de COVID-19 en el periodo julio- noviembre 2020	6,5%	91,4%	2,1%
¿Tienes o has tenido alguna persona cercana enferma de COVID-19?	70,9%	28,5%	0,6%
¿Te preocupa transmitir el virus a familiares o personas cercanas al retornar a casa?	92,9%	7,1%	...
¿Estás orgulloso/a del trabajo que haces en las circunstancias actuales?	76,0%	18,4%	5,6%
¿Crees que la empresa ha proporcionado información clara y precisa teniendo en cuenta el contexto de la información sanitaria que se tenía en cada momento sobre cómo puede afectar el coronavirus a tu trabajo?	38,6%	55,8%	5,6%
Si trabajas por turnos, ¿sabes si se han desinfectado o limpiado los equipos, teclados, pantallas o superficies de trabajo entre uno y otro turno?	28,5%	49,6%	22%
¿Te ha facilitado tu organización acceso a algún tipo de soporte o de apoyo psicológico en caso de haber presentado síntomas de ansiedad?	50,7%	40,4%	8,9%
¿Tomas actualmente algún medicamento que no tomaras con anterioridad?	15,1%	84,9%	-
¿Has obtenido algún reconocimiento verbal o escrito a su labor por parte de su empresa durante esta crisis?	49,6%	49,3%	1,2%
¿Crees que en algún momento durante esta crisis has necesitado, necesitas o necesitarás apoyo psicológico?	49,9%	40,1%	10,1%
Actualmente ¿sientes o has sentido que tienes más carga laboral que antes del inicio de la pandemia?	67,4%	31,2%	1,5%
Actualmente ¿sientes o has sentido que tienes más estrés en general?]	74,8%	24,3%	0,9%
[¿Tu estado anímico crees que ha mejorado desde junio hasta ahora?]	24%	70,6%	5,3%
[¿Has puesto en marcha recursos psicológicos aprendidos o desarrollados con anterioridad como consecuencia de otros impactos emocionales?	51%	46,6%	2,4%
Te ha resultado fácil organizar tus tareas domésticas y conciliar la vida familiar y laboral con esta nueva situación?	38,6%	59,1	2,4%
Desde el mes de julio: ¿ha tenido que reducir la carga laboral para atender necesidades familiares?	14,5%	84%	1,5%
[¿Te había proporcionado la empresa, en los últimos 5 años, formación en habilidades para la gestión del estrés?	24,6%	73,6%	1,8%
[¿Sientes que gracias a su actitud positiva ha podido ayudar a otras personas a llevar mejor esta crisis?]	80,4%	10,4%	9,2%
[¿Has tenido alguna dificultad para poder realizar pruebas de control COVID-19 (PCR, test antígenos y/o serologías) en tu organización?	33,5%	64,4%	2,1%

4.2. Relaciones interprofesionales

En la siguiente tabla se recoge la distribución de las respuestas obtenidas de los profesionales encuestados sobre las relaciones entre profesionales durante su actividad asistencial en la epidemia (tabla 11):

TABLA 11

RELACIONES ENTRE PROFESIONALES	SEGCVID-1	SEGCVID-2
He tenido que hacer funciones asistenciales no relacionadas con mi profesión	39,5%	57,6%
He trabajado sin supervisión	34,9%	48,4%
Me he encontrado con sobrecarga asistencial por déficits de personal	27,9%	72,1%
He tenido problemas de comunicación con otros niveles asistenciales intra o extrahospitalarios	25,1%	51,9%
Se ha detectado algún problema de seguridad relacionado con profesionales nuevos, suplencias, MIR, estudiantes y/o personal no habitual	22,3%	55,8%
He tenido que tomar decisiones éticamente debatibles por la falta de recursos	19,8%	30,3%

Se observa un incremento de las respuestas confirmando dichas situaciones entre los entrevistados del grupo SEGCVID-2. Probablemente el efecto acumulativo de la pandemia puede influir en este volumen de respuesta. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas por sexo y/o profesión a diferencia del grupo SEGCVID-1.

4.3. Protección del profesional:

En la siguiente tabla 12 se recoge la distribución de las respuestas obtenidas de los profesionales encuestados sobre los equipos de protección individual (EPI) disponibles durante su actividad asistencial. Se presenta la comparativa con los resultados obtenidos entre la encuestas SEGCVID-1 y SEGCVID-2:

TABLA 12

SEGURIDAD PROFESIONAL	SEGCVID-1 (N=407)	SEGCVID-2 (N= 337)
Falta de batas impermeables homologadas	83,7%	10,1%
Falta de mascarilla FFP2 ó FFP3	80,7%	16,9%
Necesidad de improvisar EPI con material no recomendado (bolsas de plástico, mascarillas de telas, etc)	67,6%	2,7%
Falta de otro material de protección	67,8%	1,8%
Falta de protección ocular de montura integral	64,0%	7,4%
Falta de jabón y/o soluciones hidroalcohólicas	61,5%	0,9%
Falta de guantes	48,3%	2,1%

*Se recogen las respuestas afirmativas, tanto si la frecuencia es ocasional como diaria.

Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$) en todas las preguntas a favor de una importante reducción de los problemas con los EPI en la encuesta SEGCVID-2

Analizado por colectivos profesionales (médicos versus enfermeras) se encontraron las siguientes diferencias estadísticamente significativas en las tres situaciones analizadas (salud del profesional, relaciones profesionales, protección del profesional):

TABLA 13

SITUACIONES DE SEGURIDAD PROFESIONAL CON DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS SEGÚN CATEGORÍA PROFESIONAL DECLARANTE (ANÁLISIS UNIVARIANTE)	DIFERENCIAS SEGÚN CATEGORÍA MÉDICO/ ENFERMERA (p)	MÁS CASOS AFECTADOS EN EL COLECTIVO:
Contagio por SARS CoV2 entre marzo y junio	0,036	enfermería
Contagio por SARS CoV2 entre julio y diciembre	0,046	enfermería
Falta de apoyo psicológico por parte de la empresa	0,01	enfermería
En algún momento necesitaré apoyo psicológico	0,008	enfermería
Ausencia formación en gestión del estrés	0,0001	médico
He trabajado sin supervisión	0,009	médico

Llama la atención que las diferencias surgidas están relacionadas con la gestión del estrés y las necesidades del apoyo psicológico, mientras que en la encuesta realizada en la primera ola de la epidemia refirieron también diferencias por colectivos sobre las faltas de materiales EPI o la toma de decisiones éticamente cuestionables.

5.- TESTIMONIOS Y APORTACIONES DE LOS PROFESIONALES

- > Conocida la forma de transmisión, se debería imponer a todos (población general y sanitarios) el uso de la FFP2 como única mascarilla eficaz. Se salvarían vidas y se bajaría el colapso del sistema sanitario.
- > Mayor espacio físico y circuitos asistenciales estructurales y dotados de personal adecuado.
- > De forma general no se está valorando en esta segunda ola el esfuerzo realizado por los problemas. Se nos está menospreciando pagándonos por doblar turnos 1/3 de lo que se paga en peonadas quirúrgicas o de gabinetes.
- > En la fase actual de pandemia no se ha reducido el volumen de pacientes NO COVID (como ocurrió en la primera ola), sí se ha reducido el volumen de pacientes COVID lo que, combinado, provoca que la actividad asistencial se mantenga a niveles altos con el consiguiente desgaste de profesionales.
- > Las nuevas recomendaciones sobre los contactos con COVID en entorno familiar (niños en colegio, etc.) provocan más absentismo hasta la realización de PCR o aislamientos preventivos que no bajas por enfermedad.
- > Se detectan pacientes crónicos descompensados que no hubieran llegado a esta situación si la actividad sanitaria se hubiera mantenido también para pacientes no COVID (clara reducción de la seguridad del paciente) y si los pacientes no hubieran temido acudir a hospital por miedo a contagio.
- > Hay que regular y normatizar la visita telemática o no presencial ya que no se puede aplicar indiscriminadamente. Especialmente en Primaria ha sido un problema por la gran actividad que han tenido que asumir sin los refuerzos de personal necesarios. Hay que regular también el teletrabajo.
- > Actualmente faltan profesionales a nivel estatal para cubrir la demanda actual lo que junto a la previsión de que un 30% de médicos y enfermeras se jubilarán en los próximos 5 años hace que la situación empiece a ser insostenible. La contratación de estudiantes de Medicina y Enfermería de último año o los MIR y EIR zero han supuesto en ocasiones una sobrecarga. Es preocupante que se vayan inaugurando hospitales COVID o megahospitales COVID muy equipados pero sin profesionales o, peor, “robándolos” de otros hospitales que ya van muy justos de por sí.
- > Se han detectado incrementos de casos de patología de Salud Mental (crisis ansiedad, intentos autolisis, brotes psicóticos, etc.) que según los expertos seguirá en aumento y gravará más los recursos asistenciales.

- > Debemos ser conscientes de que la reapertura de la actividad económica sin tener todavía los factores sanitarios controlados repercutirá en una tercera ola y en mortalidad y morbilidad que parece que se asume como “mal menor” (entendiendo de la gravedad de la situación económica y social). Países como Alemania o Austria han destinado ayudas cuantiosas a los autónomos y empresas para seguir manteniendo las restricciones pero se ve que aquí estamos sin recursos... (o no?)
- > Creo que todo ello repercute y repercutirá sobre la seguridad de los pacientes amén de otros factores que para no extenderme más no menciono.
- > No olvidarse del personal administrativo, no negar la evidencia cuando surgen las reinfecciones, no negar el teletrabajo a personas que trabajan en oficinas. Tratarnos como el personal sanitario: estamos en contacto continuo con médicos, enfermeras, personal de limpieza, mantenimiento etc. por lo que nos contagiamos igual, en mi caso 2 veces con pruebas PCR y serológicas, aunque lo sigan negando en el centro.
- > Se deberían controlar más los lugares de trabajo común así como los de descanso. Creo que son los eslabones más débiles en la cadena de contagio.
- > Información Clara. Intentar consultas presenciales para diagnóstico y tratamientos nuevos.
- > Creo que los profesionales les importamos bastante poco a nuestros gestores al fin y al cabo son cargos de libre designación y el mantenimiento de su puesto y sus ingresos están por encima de todo y de todos.
- > Si, creo que es una situación nueva y que profesionales y Salud tenemos que cambiar hábitos adquiridos que ahora no se pueden hacer. Esto deberían informarlo y decirlo públicamente nuestros gestores.
- > En nuestro hospital muchos despachos carecen de ventilación .. son compartimentos estancos sin posibilidad de ventilación externa.
- > Me gustaría hacer constar que no me siento agotado emocionalmente y que la carga de trabajo es perfectamente asumible.
- > Falta formación.
- > El maltrato de una parte importante de los pacientes y sobre todo los familiares al personal sanitario. También la falta de refuerzos que impide completar todas las tareas en cada turno.

- > Antes de la segunda ola nos hubiera gustado que nos hubieran preguntado cómo nos sentimos, como podemos mejorar para el paciente y para nosotros.
- > Cobertura de todas las plazas y ausencia de compañeros médicos.
- > Que no vuelva a pasar.
- > Que nos dejen de una vez descansar.
- > Más recursos humanos preparados.
- > Falta de profesionales en todos los ámbitos, desde limpieza, hasta médicos.
- > Habría que tener un plan predefinido para IMV y mejoras estructurales y de personal en todos los centros sin pandemia, para partir de una base mejor en las situaciones de crisis.
- > La falta de familiares acompañando a pacientes, ha generado problemas de seguridad para el paciente (tanto física como psíquica) y sobrecarga a profesionales, un problema que no se ha solucionado en la segunda ola y que no tiene atisbos de solución.
- > Se precisa de una mayor eficiencia, consenso y sentido común en la gestión de recursos, así como un mayor cuidado del profesional sanitario. Necesitamos una sanidad más centralizada que permita la cooperación entre comunidades en la asistencia a pacientes.
- > Yo creo que se tendría que preguntar como llevamos los ratios de enfermera/paciente ya que creo que son pacientes con alta carga asistencial y no tienen acompañante y si las plantillas no son reforzadas va muy ligado a la seguridad del paciente, así que creo que una pregunta sería crees que llevaste más pacientes de los que podías asumir para mantener su seguridad y la del Profesional?
- > Como siempre, dirección alejada de la parte asistencial, suerte de los compañeros.
- > Considero que ante el desgaste físico y emocional del personal médico y de enfermería debemos cambiar las jornadas laborales antes que colapsen los recursos humanos (RH). La seguridad del paciente depende de que los RH estén bien profesionalmente con las competencias necesarias, la familia y la estructura hospitalaria equipada y sin faltantes. Capacitaciones en ventilación mecánica, las adecuaciones no fueron las más seguras.
- > Se necesita más personal de enfermería.

- > Se necesitan más profesionales médicos, es muy grave la situación de escasez de personal que padecemos.
- > La atención al profesional en la primera ola fue mayor por parte de la organización que en la segunda, cuando en la comunidad que trabajo, nos hemos visto muy afectados en esta segunda ola y muy poco en la primera.
- > Profesionalizar la gestión, formación continua a profesionales, personal en áreas que sepan desempeñarse y mejorar la interprofesionalidad.
- > Que nos dejen hacer lo que sabemos hacer.
- > Más recursos humanos preparados.
- > En esta segunda ola debería haber una previsión y mejor organización, no ha sido así.
- > La seguridad del paciente en esta crisis se ha dejado un poco de lado.
- > Hay una evidente falta de personal. Somos pocos y encima hay muchas bajas y no se cubren.
- > Para evitar el burnout o el agotamiento de los profesionales es necesario no sobrecargarlos de turnos y permitirles descansos que permitan la desconexión del ámbito laboral.
- > Aumento de personal y claridad en la actuación asistencial.
- > Circuitos y protocolos definidos, los planes de contingencia han sido improvisados.
- > Mejoraría los servicios de Salud Laboral.
- > Mayor divulgación de conocimientos científicos al personal sanitario.
- > La comunicación en el día a día se podría mejorar.
- > Más información, formación y equipos adecuados.
- > Establecer objetivos específicos por Unidades y Servicios, nominativos, en función de los resultados del análisis de los incidentes notificados.
- > Formación de CALIDAD del manejo de EPI, provisión de EPIs de CALIDAD, apoyo psicológico.

- > Considero que en general, mi institución, al igual que otras del ámbito sanitario, no se han preparado para la segunda ola y que los que la sufrimos somos la ciudadanía y los profesionales.
- > Suspender las rotaciones de formación profesional .
- > Las notificaciones deben ser investigadas para obtener una solución que resulte lo más estructural posible y no vuelva a ocurrir el problema que la suscitó. Hasta ahora el sistema busca culpables o simplemente diluye la responsabilidad, es decir, no busca una solución sino un castigo, en general. El problema es mucho más amplio, aunque no es el ámbito para desarrollarlo.
- > Ausencia de falta de Formación y planes de acogida para las enfermeras de nueva incorporación en UCI, imposible asumir tanta cantidad de personal nuevo y eso incluye desde médicos, auxiliares, celadores y enfermeras.
- > En la cuestión acerca de si he sido consciente de un incidente y lo he notificado, añadiría la opción de que si lo he tenido en cuenta y no lo he podido notificar debido a no disponerse actualmente de sistema de notificación (al menos activo). También añadiría una cuestión en futuras encuestas sobre la percepción de familiares y allegados acerca de tu trabajo en tiempos de pandemia con respecto a la labor antes de ella (cambios en el ánimo, cambios en el estrés,...) y otra cuestión sobre la formación de sanitarios respecto a la previa de la pandemia (mayor o menor formación, formación específica de covid, formación sobre seguridad del paciente y algunas medidas como lavado de manos, epis...). Un saludo y buen trabajo compañeros.
- > En la primera ola no se hicieron PCR al personal sanitario, a pesar de tener contactos estrechos con positivos, si no tenía síntomas. Genero muchas ansiedad en el trabajo y a nivel familiar.
- > Mayor apoyo de dirección y otras entidades al personal a pie de cama.
- > Los Servicios de Emergencias extrahospitalarios deberían disponer de protocolos ajustados a sus desempeños concretos, para lo que se requiere jefaturas que conozcan perfectamente sus funciones y puedan realizar Protocolos/Procedimientos ajustados a las mismas. Así como realizar reuniones con los Servicios de Urgencias Hospitalarios (y UCI) para minimizar los problemas de comunicación y mejorar la adecuada Transferencia de los pacientes.

6- CONCLUSIONES

1. Se ha observado una reducción de la frecuencia de incidentes de seguridad con respecto a los declarados en la primera ola de la pandemia (informe SEGCVID-1). Sin embargo, éstos siguen siendo más elevados que lo esperable (según referencia de los estudios en periodo pre-covid) siendo las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (nosocomiales) las principales declaradas.
2. Con respecto a la primera ola de la pandemia, la seguridad del paciente ha experimentado una mejoría relativa, relacionada probablemente con el mayor conocimiento de la enfermedad por parte de los profesionales, la mejora de los ratios de personal y de las cargas de trabajo, la mayor disponibilidad de EPI y la puesta en marcha de mejoras organizativas y planes de contingencia por parte de las organizaciones. Sin embargo, los datos denotan un empeoramiento de la situación física y sobre todo psicológica en los profesionales sanitarios.
3. Se observa, a través de las respuestas obtenidas una reducción del número de pacientes atendidos por profesionales. En este sentido es significativa la reducción de enfermos responsabilidad de un mismo profesional con respecto la encuesta anterior. Aunque debido a una mayor saturación del sistema sanitario durante la pandemia, podría también deberse a una mejor distribución de los ratios profesionales y las cargas de trabajo en la atención a los pacientes contagiados por SARS-CoV-2 (COVID-19) por parte de las organizaciones, como consecuencia de la situación vivida por ambos colectivos en la primera ola de la pandemia.
4. Los centros de atención primaria así como los de emergencias médicas son los que menos refieren conocer o tener planes de contingencia en sus organizaciones, con diferencia significativa respecto a los centros de hospitalización y sociosanitarios.
5. Casi el 50% de los profesionales refieren no haber recibido formación específica sobre el manejo de la infección SARS-CoV2 (COVID-19) en relación con su especialidad.
6. Los problemas derivados por la falta de EPI se han reducido de forma significativa respecto a la primera ola de la pandemia.
7. Los profesionales manifiestan, en un elevado porcentaje de respuestas, signos de repercusión psicológica, estrés y dificultades para mantener y conciliar tanto la vida familiar como las relaciones interprofesionales. Un 40% de los encuestados refieren que creen que en algún momento precisarán apoyo psicológico y un porcentaje similar la toma de medicación que no tomaba previamente al inicio de la pandemia.

Manifiestan tener más carga laboral que antes de iniciar la pandemia, si bien, en otras áreas de la encuesta, las respuestas marcan una mejora de los ratios profesionales. Todo ello hace pensar que existe un importante agotamiento psíquico y físico de los profesionales después de más de un año de pandemia.

8. Por otro lado, los profesionales encuestados manifiestan no disponer de una adecuada oferta de recursos de soporte psicológico y mental para ellos por parte de sus organizaciones sanitarias.
9. Más de la mitad de los profesionales expresan una clara desconfianza hacia la información sanitaria proporcionada por sus empresas sobre cómo podía afectar el coronavirus a su trabajo

7- RECOMENDACIONES FINALES

La pandemia por el coronavirus SARS CoV-2 ha puesto al límite los sistemas sanitarios con consecuencias todavía no cuantificables sobre la calidad y seguridad del paciente. Esta circunstancia debería servir como una oportunidad para el aprendizaje de las organizaciones sanitarias. La percepción de los profesionales constituye una herramienta para identificar brechas en la seguridad del paciente que puedan convertirse en posibilidades de mejora:

- > Las diferentes fases de la pandemia, así como las respuestas de las instituciones sanitarias a través de los planes de contingencia y de desescalada muestran un escenario cambiante y dinámico que afecta a la atención de los pacientes y a los profesionales sanitarios. La demanda asistencial, la disponibilidad de recursos y la organización estructural y funcional del sistema impacta en los resultados. Por ello se hace necesario **explorar el impacto de dichos factores en la Seguridad del Paciente.**
- > **El clima organizacional** afecta el comportamiento, las relaciones y actitudes de los profesionales. **El liderazgo** es uno de los factores clave que influyen en la cultura de la organización. En condiciones de crisis, como la de esta pandemia, exige un liderazgo efectivo que permita el crecimiento y transformación de las organizaciones, hacia la mejora continua incluso en situaciones adversas.
- > **Los planes de contingencia** deben contemplarse en todos los niveles asistenciales considerando la continuidad asistencial de todos los pacientes tanto los pacientes COVID-19 como aquellos con otras patologías, siendo especialmente relevante mantener la actividad quirúrgica que ha quedado relegada en muchos momentos por la pandemia.
- > La **formación de las profesiones sanitarias** constituye un elemento esencial de la seguridad del paciente, especialmente en áreas como el uso de equipos de protección individual. Esta formación debe realizarse en todos los niveles asistenciales y de forma interdisciplinar.
- > Dada la situación de emergencia, muchos profesionales han tenido que realizar funciones asistenciales no relacionadas directamente con su profesión, lo que puede originar graves problemas relacionados con la seguridad del paciente por lo que recomendamos **establecer sistemas alternativos de supervisión.**
- > Aunque en la evolución de la pandemia las cargas asistenciales parecen haberse a la carga asistencial parece haber corregido, es necesario **asegurar los ratios de profesionales formados y entrenados** adaptados a las diferentes fases de la pandemia.

- > **La variabilidad de los eventos adversos** en el contexto de la pandemia refuerza el concepto de sistemas complejos, y obligan a las organizaciones a innovar en seguridad del paciente. Debe incorporarse a las herramientas clásicas de gestión del riesgo una visión más moderna y proactiva, focalizada no solo en lo que sale mal, sino también en los resultados buenos y frecuentes (transición Seguridad I a Seguridad II).
- > Algunos eventos adversos, especialmente relevantes por su frecuencia y su impacto en los resultados, como las infecciones asociadas a la atención sanitaria, ponen de manifiesto **la necesidad de mantener los registros y evaluar el cumplimiento de la adherencia a las prácticas seguras.**
- > La dificultad de derivar a los pacientes más graves a Unidades de Cuidados Intensivos exige **la existencia de políticas específicas de distribución de recursos entre hospitales a nivel local y entre comunidades que asegure la equidad y accesibilidad a todos los pacientes.**
- > La evidencia científica “viva” ha obligado a la actualización de protocolos y procedimientos de práctica clínica. A pesar de los esfuerzos por reducir la variabilidad de la práctica clínica en el manejo de los pacientes COVID-19, todavía existen discrepancias en algunas recomendaciones y los tratamientos no siempre se ajustan a las guías /recomendaciones de las autoridades y Sociedades científicas. Deben establecerse **recomendaciones dinámicas en base a la evidencia científica, asegurando la difusión de éstas entre los profesionales y la evaluación de su cumplimiento.**
- > Debe contemplarse **los efectos negativos que la pandemia está teniendo en las profesiones sanitarias**, considerando las consecuencias que pueden derivar a medio y largo plazo. El impacto físico y emocional de la pandemia en los profesionales sanitarios traduce un desgaste acumulativo a lo largo de estos meses, en la que los mecanismos restaurativos no parecen suficientes para mitigar el daño sobre la salud física y mental de los profesionales. **Son necesarias desarrollar estrategias de prevención y soporte que aseguren el bienestar del principal recurso de las organizaciones sanitarias.**

8- ANEXO: MODELO DE ENCUESTA

Seguridad del Paciente y del Profesional en la segunda "ola" de la pandemia Covid-19 ¿hemos aprendido?

Queremos solicitar tu colaboración. Si eres personal sanitario que ha estado en contacto directo o indirecto con la asistencia sanitaria a pacientes afectados por el Covid-19, tanto sospechosos como confirmados, puedes ayudarnos aportando tu experiencia vivida en esta segunda "ola" que estamos viviendo.

En el mes de abril, Fundación FIDISP (www.fidisp.org) y SHAM (www.Sham.es) lanzamos una encuesta a los profesionales para conocer los problemas vividos que afectaban tanto a la seguridad del paciente como a la del propio profesional. De los datos recogidos se emitió un informe que salió publicado en junio 2020 y que puedes consultar a través del siguiente enlace <http://fidisp.org/wp-content/uploads/2020/10/PROYECTO-SEGCVID-DEFINITIVO.pdf>

Ahora queremos conocer cómo se está viviendo esta segunda "ola" de infección covid19 y qué aspectos se han podido mejorar o qué hemos aprendido de la etapa anterior que nos haya permitido - o no- mejorar la seguridad de la atención

Se trata de una encuesta TOTALMENTE ANÓNIMA Y VOLUNTARIA. Los datos recogidos serán analizados con un único fin: poner de manifiesto los problemas derivados de esta epidemia, con el objetivo de ayudar a mejorar la asistencia sanitaria ante posibles situaciones similares. No se solicitan datos de identificación personal.

Contestar la encuesta te llevará unos 10 minutos. Es accesible para PC, tablets o smartphones

Importante: la encuesta solo queda grabada cuando se presiona el botón "enviar" al final de la misma. Si la dejas a medias no se puede recuperar y hay que volver a iniciar.

Queremos aprovechar para agradecerte tu colaboración y mostrar todo nuestro reconocimiento por el esfuerzo y dedicación que estas realizando, durante estos días, atendiendo a los pacientes afectados.

Muchas gracias

***Obligatorio**

1. HORARIO O TURNO: *

Selecciona todos los que correspondan.

- Mañana
- Tarde
- Noche
- Otro

2. GRUPO PROFESIONAL: *

Marca solo un óvalo.

- Médico
- Enfermera
- Farmacéutico
- Auxiliar clínica
- Técnico de transporte sanitario
- Técnico sanitario (radiología, laboratorio, farmacia, otros)
- Camillero /celador
- Administrativo
- Fisioterapeuta
- Personal de mantenimiento
- Informático
- Otro: _____

3. País donde TRABAJA *

Marca solo un óvalo.

- España
- Otro: _____

4. En caso de haber respondido la pregunta anterior como "otro" escribir aquí el país donde TRABAJA:

5. Poner comunidad autónoma en caso de España

Marca solo un óvalo.

- ASTURIAS
- ANDALUCIA
- ARAGON
- BALEARES
- CANARIAS
- CANTABRIA
- CASTILLA LA MANCHA
- CASTILLA LEON
- CATALUÑA
- EXTREMADURA
- GALICIA
- LA RIOJA
- MADRID COMUNIDAD
- MURCIA
- NAVARRA
- PAIS VASCO
- VALENCIA COMUNIDAD
- MELILLA/CEUTA

6. Lugar o ámbito de trabajo principal (escoger solo una respuesta) *

Marca solo un óvalo.

- EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS (061 / 112)
- ATENCION PRIMARIA (Area básica de Salud)
- ATENCION DOMICILIARIA / HOSPITALIZACION A DOMICILIO
- HOSPITAL AGUDOS UCI
- HOSPITAL AGUDOS URGENCIAS
- HOSPITAL AGUDOS HOSPITALIZACION
- HOSPITAL AGUDOS - OTRAS AREAS
- HOSPITAL INTERMEDIO / CENTRO SOCIO SANITARIO
- RESIDENCIA DE MAYORES
- SALUD MENTAL
- OTROS

7. Años de ejercicio profesional *

Marca solo un óvalo.

- < 5 años
- 5-10 años
- 10-20 años
- 20-30 años
- >30 años

8. Sexo *

Marca solo un óvalo.

- Hombre
- Mujer
- Prefiero no decirlo

9. EDAD *

Marca solo un óvalo.

- 18-25
- 26-30
- 31-35
- 36-40
- 41-45
- 46-50
- 51-55
- 56-60
- 61-65
- > 65

10. ¿Eres actualmente MIR/EIR/FIR/PIR en formación? *

Marca solo un óvalo.

- No
- Sí

11. Promedio de pacientes con infección covid-19 (sospecha o confirmados) que puede haber atendido en un día *

Marca solo un óvalo.

- < 5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- 21-25
- > 25

12. Sobre tu centro sanitario: *

Marca solo un óvalo por fila.

	SI	NO	NS/NC
¿Tenéis un plan de contingencia o de reescalada/desescalada según actividad Covid?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se ha sectorizado alguna área específica para atender exclusivamente allí los pacientes COVID?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se ha realizado algún plan de formación específico sobre la atención a pacientes COVID despues de la 1ª ola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se ha puesto en marcha o tenéis implantado algún tipo de recurso de soporte psicológico/salud mental para los profesionales sanitarios que puedan ser afectados por la situación de la pandemia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se está realizando actividad asistencial para pacientes NO COVID	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se ha suspendido o reducido la actividad quirúrgica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tenéis definido un protocolo de utilización de EPI adaptado al puesto de trabajo y/o procedimientos a realizar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cómo estamos viviendo esta "2ª ola"?

A continuación se presentan una serie de preguntas relacionadas con seguridad del paciente y del profesional basadas en las respuestas obtenidas en el Informe SEGCVID de abril-mayo 2020. El objetivo es conocer tu percepción sobre si ha mejorado los cuidados a los pacientes COVID-19 y si ha mejorado la seguridad profesional

13. Selecciona del siguiente listado la situación o problema de seguridad del paciente (con daño o sin daño para el mismo) que más veces estés viviendo en los pacientes covid-19 + durante esta 2ª ola de la pandemia. NOTA: solo puedes seleccionar 1 de las respuestas, la que consideres más importante o relevante *

Marca solo un óvalo.

- Caídas de pacientes
- Identificación errónea de pacientes
- Infecciones adquiridas relacionadas con la asistencia
- Errores o problemas con la medicación
- Problemas con resultados de laboratorio
- Problemas con técnicas de imagen
- Problemas con los equipos de electromedicina
- Problemas con el utillaje (ausencia, erróneo, inseguro). LA PREGUNTA NO INCLUYE EPI
- Problemas relacionados con la realización, mantenimiento y/o retirada de un procedimiento o técnica (accesos vasculares, sondajes urinario, nasogástrica, otros)
- Úlceras por presión adquiridas durante el ingreso
- Autolisis o intento suicidio de algún paciente
- Problemas de seguridad con transfusiones
- Dificultad para derivar el paciente a un nivel asistencial crítico /UCI
- Errores diagnósticos

14. Selecciona del siguiente listado la situación o problema de seguridad del paciente con la MEDICACIÓN (con daño o sin daño para el mismo) que más veces estés viviendo en esta 2ª ola de la pandemia. NOTA: solo puedes seleccionar 1 de las respuestas, la que consideres más importante o relevante *

Marca solo un óvalo.

- Errores por omisión del fármaco y/o de la dosis
- Errores por comisión
- Errores por confusión de fármacos
- No administración de una medicación prescrita
- Oxigenoterapia insuficiente por problemas de las instalaciones y/o insuficiencia técnica
- Duplicidad de fármacos prescritos y/o administrados
- Interacciones entre fármacos no valoradas
- Debastecimiento de fármacos
- Errores por protocolos discordantes y/o erróneos

15. ¿Ha podido realizar alguna notificación de evento adverso al sistema de notificación? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- NO PORQUE NO HE PENSADO EN ELLO
- NO PORQUE NO HE TENIDO TIEMPO
- NO SABIA/NO DISPONEMOS DE SISTEMA NOTIFICACIÓN

Seguridad del profesional

16. Selecciona del siguiente listado la situación o problema de seguridad del profesional con los ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI) que más veces estés viviendo en esta 2ª ola de la pandemia. NOTA: solo puedes seleccionar 1 de las respuestas, la que consideres más importante o relevante *

Marca solo un óvalo.

- Falta de mascarilla FFP2 o FFP3
- Falta de guantes
- Falta de protección ocular de montura integral
- Falta de jabón y/o soluciones hidroalcohólicas
- Falta de batas impermeables homologadas
- Necesidad de improvisar EPI con material no recomendado (bolsas de plástico, mascarillas de telas, etc)
- Falta de otro material de protección
- No he tenido problemas con los EPI

17. SALUD DEL PROFESIONAL: Responda el grado de vivencia de las siguientes situaciones: *

Marca solo un óvalo por fila.

	Sí	No	ns/nc
¿Tienes o has tenido alguna persona cercana enferma de coronavirus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te contagiaste de covid-19 en el periodo marzo-junio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te contagiaste de covid-19 en el periodo julio- noviembre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te preocupa transmitir el virus a familiares o personas cercanas al retornar a casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Estás orgulloso/a del trabajo que haces en las circunstancias actuales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Crees que la empresa ha proporcionado información clara y precisa teniendo en cuenta el contexto de la información sanitaria que se tenía en cada momento sobre como puede afectar el coronavirus a tu trabajo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te es posible mantener la distancia interpersonal con otras personas en su trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si trabajas por turnos, ¿sabes si se han desinfectado o limpiado los equipos, teclados, pantallas o superficies de trabajo entre uno y otro turno?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te ha facilitado tu organización acceso a algún tipo de soporte o de apoyo psicológico en caso de haber presentado síntomas de ansiedad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tomas actualmente (noviembre-diciembre) algún medicamento que no tomaras con anterioridad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Has obtenido algún reconocimiento verbal o escrito a su labor por parte de su empresa durante esta crisis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Crees que en algún momento durante esta crisis has necesitado, necesitas o	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

necesitarás apoyo psicológico?

Actualmente (noviembre-diciembre) ¿sientes o has sentido que tienes más carga laboral que antes del inicio de la pandemia?

Actualmente (noviembre-diciembre) ¿sientes o has sentido que tienes más estrés en general?

¿Tu estado anímico crees que ha mejorado desde junio hasta ahora?

¿Has puesto en marcha recursos psicológicos aprendidos o desarrollados con anterioridad como consecuencia de otros impactos emocionales?

¿Te ha resultado fácil organizar tus tareas domésticas y conciliar la vida familiar y laboral con esta nueva situación?

Desde el mes de julio: ¿ha tenido que reducir la carga laboral para atender necesidades familiares?

¿Te había proporcionado la empresa, en los últimos 5 años, formación en habilidades para la gestión del estrés?

¿Sientes que gracias a su actitud positiva ha podido ayudar a otras personas a llevar mejor esta crisis?

¿Has tenido alguna dificultad para poder realizar pruebas de control covid19 (PCR, test antígenos y/o serologías) en tu organización? covid19 (PCR, test antígenos y/o serologías) en tu organización?

18. RELACIONES PROFESIONALES: Responda el grado de vivencia de las siguientes situaciones: *

Marca solo un óvalo por fila.

	Sí	No	ns/nc
He tenido problemas de comunicación con otros niveles asistenciales intra o extrahospitalarios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ha detectado algún problema de seguridad relacionado con profesionales nuevos, suplencias, MIR, estudiantes y/o personal no habitual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me he encontrado con sobrecarga asistencial por déficits de personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He tenido que hacer funciones asistenciales no relacionadas con mi profesión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He trabajado sin supervisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He tenido que tomar decisiones éticamente debatibles por la falta de recursos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. ¿Cómo puntuaría el grado de satisfacción con su empresa durante el manejo de la crisis, teniendo en cuenta que es una crisis global y nueva nunca antes vivida? *

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. ¿Quieres realizar alguna aportación que pueda ayudar a mejorar la seguridad tanto profesional como de los pacientes?

Protección de datos

21. Ha llegado al final del cuestionario y queremos agradecerle su tiempo y dedicación. Sus respuestas serán tratadas de manera anónima no recogándose ningún dato personal del declarante ni tampoco de su centro de trabajo. Si desea conocer los resultados de la encuesta y/o recibir nuevas informaciones referentes a seguridad del paciente por favor conteste alguna de las siguientes opciones: *

Marca solo un óvalo.

- No deseo recibir nueva información y/o no deseo me envíen los resultados de la encuesta
- Deseo conocer los resultados de la encuesta así como informaciones relacionadas con la seguridad del paciente. Por ello autorizo me envíen información al email que a continuación indico:

22. email (solo si ha contestado afirmativamente la respuesta anterior)

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios



FUNDACIÓN POR LA INVESTIGACIÓN,
DOCENCIA E INNOVACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE



SEGUROS Y GESTIÓN DE RIESGOS

una sociedad del grupo relyens