

Cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias del Sistema Andaluz de Salud

Patient safety culture in the emergencies service of the Andalusian System of Health

Yelda María Hernández-Montes,¹ Joaquín Valle-Alonso,¹ Carmen María García-Jiménez,² Elisa Lopera-Lopera,³ Rosario Luna-Chamizo,⁴ José Antonio Fernández-Bejarano⁴

RESUMEN

Introducción. El objetivo de este trabajo es aportar los resultados del grado de conocimiento de la cultura de seguridad del servicio de urgencias de un Hospital comarcal del servicio sanitario público andaluz.

Material y métodos. Estudio descriptivo en el que se recogen los resultados obtenidos de la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), adaptada al castellano, que se realizó a todo el equipo de trabajadores que componen el servicio de urgencias del Hospital Valle de los Pedroches a lo largo del mes de Abril de 2011.

Resultados. La encuesta se aplicó a 73 profesionales pertenecientes a todas las categorías profesionales (médico@, enfermer@, auxiliar de enfermería, celador@ y auxiliar administrativo@) del servicio de urgencias. La nota media sobre nivel de seguridad es de 6,9 puntos. Las dimensiones mejor valoradas fueron las de "Trabajo en equipo en la unidad" y "Aprendizaje organizacional y mejora continua" seguida de "Expectativas/acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad" con un 66%, 56% y 53% de respuestas positivas respectivamente. La dimensión peor

valorada fue "Dotación de recursos humanos". Debemos priorizar las acciones de mejora en 5 dimensiones que suponen el 53% de respuestas negativas del total "Dotación de recursos humanos", "Respuesta no punitiva a los errores", "Percepción de seguridad", "Feed-back" y "comunicación sobre errores" y "Apoyo de la Gerencia-Dirección en seguridad del paciente".

Conclusiones. Los datos obtenidos en el servicio de urgencias del Hospital Valle de los Pedroches son similares a los resultados de otros estudios realizados en nuestro país, con participación de diversos servicios de hospitales del Sistema Nacional de Salud.

Palabras clave: Seguridad del paciente, cultura de seguridad, encuesta AHRQ.

ABSTRACT

Introduction. The aim of this study is to report the results on the knowledge degree of the safety culture in emergencies service in a regional hospital of the Andalusian public sanitary service.

Material and methods. Descriptive study in which

¹ Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Sistema Andaluz de Salud. Andalucía, España.

² Bloque de Seguridad Clínica y Procesos Asistenciales. Sistema Andaluz de Salud. Andalucía, España.

³ Unidad de Gestión de UCI-Cuidados Críticos y Urgencias. Sistema Andaluz de Salud. Andalucía, España.

⁴ Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Sistema Andaluz de Salud. Andalucía, España.

Folio 240/2013 Artículo recibido: 30-09-2013 Artículo reenviado: 10-11-2013 Artículo aceptado: 20-11-2013

Correspondencia: Dra. Yelda María Hernández Montes. Médico de Familia y Comunitaria. FEA del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital "Valle de los Pedroches" c/ Juan del Rey Calero s/n, Pozoblanco Córdoba, España. C.P. 14400, México. Correo electrónico: yeldamaria@hotmail.com.

the results of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) are gathered; it was done to all the emergency service staff of the Hospital Valle de los Pedroches throughout April 2011.

Results. The survey was done to 73 specialists that are part of all the professional categories (physician, nursing, nursing auxiliary, security guard and administrative auxiliary) of the emergencies service. The average grade on safety level is 6.9 points. The dimensions with the highest values are "Teamwork" and "Organizational learning and continuous updating" followed by "Expectative/actions by the direction/supervision of the Unit/Service that favors safety" with a 66%, 56% and 53% of positive feedback. The worst

score was for "Human resources amount". We have to give priority to the improvement in five dimensions that constitute the 53% of negative feedback: "Human resources amount", "Non-punitive response towards mistakes", "Safety perception", "Feed-back" and "Mistakes communication" and "Support from Management to the patient safety".

Conclusions. The results obtained from the emergencies services of the Hospital Valle de los Pedroches are similar to the results of other studies that were conducted in our country, with the involvement of several National Health System hospitals.

Key words: Patient safety, safety culture, AHRQ survey.

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es una de las dimensiones clave de la calidad asistencial y un derecho de los pacientes reconocido por organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Comité de Sanidad del Consejo de Europa que junto con diversas agencias y organismos internacionales recomiendan a los diferentes gobiernos situar la seguridad del paciente en el centro de todas sus políticas sanitarias, invitándoles a proponer planes y actividades de mejora así como aprobar medidas legislativas para que en cada institución con la participación de los profesionales se puedan reducir los eventos adversos evitables.

Construir una cultura de seguridad (CS) en un centro sanitario es fundamental para conseguir que la seguridad del paciente, forme parte de la metodología de trabajo de mejora de la calidad en los servicios asistenciales, para ello es necesario conocer cuál es la situación de partida a fin de saber cuáles son los aspectos que conviene priorizar.

Hay pocos estudios conocidos que hagan referencia exclusivamente a servicios de urgencias hospitalarios (SUH). La medición de la CS en los SUH españoles es una práctica que se ha ido extendiendo en los últimos años.

Para ello se dispone de diferentes herramientas, como la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) que en su informe del año 2008, realizado sobre un total de 160.176 cuestionarios recogidos en 519 hospitales, se analizaron, entre otras, las impresiones de cerca de 8000 profesionales de servicios de urgencias y emergencias. Estos valoraron el grado de seguridad del servicio calificándolo como excelente el 16% de los encuestados y como muy bueno el 46%. La dimensión mejor valorada fue la del equipo de trabajo

en la unidad (79% respuestas positivas) y la peor valorada fue la de respuesta no punitiva al error (38% respuestas positivas, datos inferiores al del grupo general que era del 44%).²

El National Quality Forum describe "30 prácticas seguras" en las que existen evidencias de su efectividad citando la medición de la cultura de seguridad como una recomendación capital.⁴

El National Health Service (NHS) en el documento "La seguridad del paciente en 7 pasos" establece como primer paso el construir una cultura de seguridad.⁵

El estudio titulado "The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care", constató que más del 20 por ciento de los pacientes ingresados en dos unidades de cuidados críticos experimentó un EA y de ellos, aproximadamente la mitad, se pudieron evitar.

El Departamento de Salud del Reino Unido (NHS), en su informe del año 2000, "An organization with a memory", estimó que se producen un 10% de eventos adversos durante los ingresos de pacientes, o sea alrededor de 850.000 eventos al año en el NHS.⁵

El "Quality in Australian Health Study (QAHCS)" publicado en 1995 halló una tasa del 16,6% de efectos adversos entre los pacientes internados.

En nuestro país y dentro del área "Promover la excelencia clínica" del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) se establece como uno de los objetivos de la estrategia la "mejora de la seguridad del paciente", promover y desarrollar una cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y, como proyecto de acción, estudiar la percepción de los profesionales hacia la seguridad del paciente.

Para tener una idea sobre la situación de la atención urgente en los servicios sanitarios españoles hay que recurrir al análisis de los datos que aportan dos iniciativas estatales, los estudios ENEAS y APEAS, así como otra individual, el estudio EVADUR.

El Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a Hospitalización (ENEAS)⁸ realizado en el año 2005 analizando un total de 24 hospitales, ha constatado que la incidencia de pacientes con Efectos Adversos (EAs) relacionados con la asistencia sanitaria es de un 9,3% (un 8,4% con la asistencia hospitalaria directa), y de los cuales el 42,8% se consideran evitables. El 45% se consideraron leves, el 39% moderados y el 16% graves. La incidencia de éxitus en EAs fue de 4,4%.

En el año 2005 se llevó a cabo un estudio de cohortes retrospectivo con el objetivo de evaluar la incidencia de eventos adversos ligados a la hospitalización en los hospitales públicos de Andalucía (muestra de 6 hospitales representativos según su tamaño: grandes, medianos y pequeños), en el que se describen los factores asociados a su aparición, su impacto en términos de incapacidad, éxitus y/o prolongación de la estancia y su evitabilidad. Los sujetos a estudio fueron aquellos pacientes ingresados más de 24 horas y que hubieran sido dados de alta a lo largo de la semana elegida para la recogida de datos.

La incidencia global de EA ligados a la hospitalización (EAh) en la población hospitalizada fue de 6,93% con una evitabilidad del 25,6%. Por servicio de ingreso, la incidencia en servicios médicos (7,87%) es mayor que en los quirúrgicos (6%).

El estudio APEAS⁹ (efectos adversos asociados a la atención primaria), cifra aproximadamente la tasa de EA en 18,63/1000 ciudadanos atendidos en atención primaria. Un 24,8% de los EA que aparecen en atención primaria generan una visita a un SU o atención especializada, dando lugar a un ingreso en un 5,8% de los casos. Los resultados si bien no son extrapolables a la situación en los servicios de urgencias, sí pueden ser aplicables, en cierto grado, como un parámetro de medición al tratarse al fin y al cabo de atención sanitaria sobre pacientes de la comunidad.

EVADUR (eventos adversos en servicios de urgencias) es un estudio descriptivo, longitudinal, y prospectivo, cuenta con la participación de 21 hospitales con seguimiento en tiempo real (24 horas) de los pacientes durante su estancia en urgencias y posteriormente hasta 7 días después del alta en búsqueda de EA tardíos; desarrollado por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Los datos cifran la incidencia de eventos adversos en un 12% de los pacientes visitados en un SU sufren algún tipo de EA. Los EA en los SU tienen una elevada evitabilidad (70%).

En nuestro entorno cabe destacar que, uno de los

ejes sobre los que se desarrolla el II Plan de Calidad, es la relación de compromiso del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) para con el ciudadano. Entre sus procesos estratégicos destacamos el de asumir las necesidades y expectativas de los ciudadanos y el de garantizar la gestión de Calidad de los servicios sanitarios. En este contexto surge la "Estrategia para la Seguridad del Paciente" como proyecto prioritario que persigue incrementar la seguridad como componente crítico de la calidad.

La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, en el marco de las políticas relacionadas con la Seguridad de los Pacientes, asume la necesidad de poner a disposición de los profesionales sanitarios aquellos instrumentos y guías del conocimiento las que por su utilidad y notable interés, puedan suponer un aporte al desarrollo y consolidación de las estrategias de Seguridad.

La medición de la cultura de seguridad permite conocer la situación basal de la que partimos, así como priorizar las acciones de mejora y la repetición periódica de esta medida permite además analizar la efectividad de estas acciones y replantear estrategias.

Esta evaluación constituye en sí misma una intervención que visualiza el interés de la institución en conocer y priorizar la seguridad del paciente.

Por otra parte, recientemente se ha establecido como indicador de buenas prácticas el desarrollo de la cultura sobre seguridad del paciente por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Por ello, los objetivos del presente estudio fueron:

- 1) Conocer el nivel de cultura de seguridad del paciente en la unidad de gestión clínica de cuidados críticos y urgencias del Hospital Valle de los Pedroches.
- 2) Averiguar si el nivel de cultura difiere del obtenido en estudios realizados a nivel del sistema nacional de salud español.
- 3) Saber las dimensiones valoradas negativamente y proponer estrategias de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de carácter prospectivo. Se trata de un hospital comarcal, del sistema sanitario público de España, situado en una zona rural al norte de la provincia de Córdoba, da cobertura a una población de 82.000 habitantes, atiende una media de 100 urgencias/día; cuenta con 120 camas y consta de los siguientes servicios: Urgencias, intensivos, anestesia, cirugía general y digestiva, medicina interna, cardiología, neumología, digestivo, traumatología, otorrino, oftalmología, urología, pediatría y ginecología. La población de estudio comprendía los 73 profesionales que componían la dotación personal completa (médico@, enfermer@, auxiliar de enfermería, celador@ y

auxiliar administrativo) del servicio de urgencias del hospital Valle de los Pedroches, a los que se les solicitó participar en el estudio durante el mes de Abril de 2011.¹

Se utilizó la encuesta HSOPS de la AHRQ1 traducida y adaptada al castellano por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI). Esta es una encuesta que ha sido validada y que reúne los criterios que se establecen habitualmente para aplicarla en un servicio de urgencias hospitalario. La encuesta constaba de 42 preguntas que configuran un total de 12 dimensiones que valoraban diferentes aspectos sobre la cultura de seguridad, en una escala cuantitativa (del 0 al 10).

Además, contenía 7 preguntas de tipo socio-demográfico y una pregunta de respuesta abierta en la que el profesional participante en el estudio podía aportar aquellos comentarios que considerase oportunos.

Las condiciones exigidas para considerar las encuestas como completas y valorables según las indicaciones de la AHRQ se cumplieron en todos los casos. Los datos referentes a las variables y dimensiones se expresaron en porcentajes. Las técnicas estadísticas utilizadas para realizar el análisis descriptivo de los datos. Los resultados se analizaron siguiendo la metodología propuesta por la AHRQ y adaptada en la versión española. La terminología aplicada en cuanto a dimensiones y variables es similar a la utilizada en el estudio del MSPSI.² Se han determinado los porcentajes globales de respuestas negativas, neutras y positivas de la totalidad del grupo. Los porcentajes de respuestas positivas y negativas para las 12 dimensiones, así

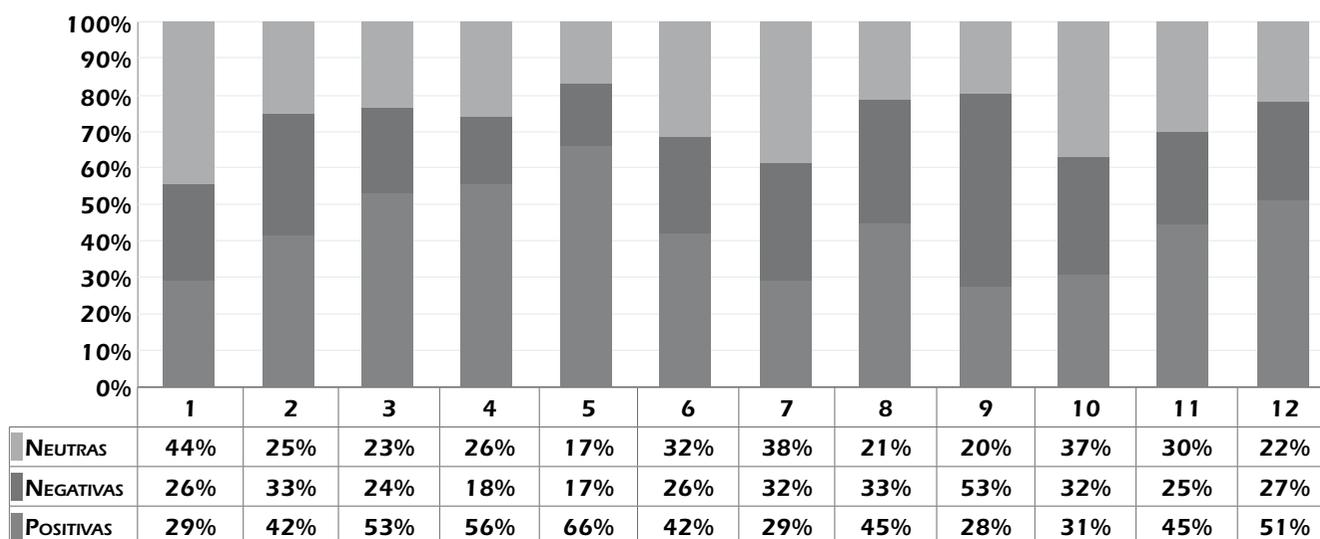
como los porcentajes correspondientes a las respuestas positivas (respuestas positivas a preguntas o afirmaciones formuladas en positivo y respuestas negativas a preguntas o afirmaciones formuladas en negativo) y las respuestas negativas (respuestas negativas a preguntas o afirmaciones formuladas en positivo y respuestas positivas a preguntas o afirmaciones formuladas en negativo), considerando las respuestas neutras aquellas que no se incluían en ninguno de los apartados anteriores. Generalmente se considera que las dimensiones con resultados iguales o superiores al 75% de respuestas positivas indican un punto fuerte mientras que las dimensiones con respuestas negativas iguales o superiores al 50% son puntos débiles o puntos con clara oportunidad de mejora. Estos puntos de corte son arbitrarios y fijados así en el original de la AHRQ permitiendo modificaciones en función de los servicios.

Para priorizar las acciones a realizar para mejorar la cultura de seguridad preparamos un Diagrama de Pareto que contemplara la participación de cada una de las doce dimensiones en el número de respuestas negativas.

RESULTADOS

La encuesta fue contestada por el 100% de los trabajadores del servicio de urgencias.

En la Figura 1 presentamos los resultados que obtuvimos en las 12 dimensiones estudiadas. Sobre el total de respuestas los porcentajes de respuestas positivas, negativas y neutras son respectivamente 47%, 26% y 29%.



1. Frecuencia de eventos notificados; 2. Percepción de seguridad; 3. Expectativas-acciones de los responsables del servicio o unidad; 4. Aprendizaje organizacional – mejora continua; 5. Trabajo en equipo en la unidad; 6. Facilidad – franqueza en la comunicación; 7. Feed-back y comunicación sobre errores; 8. Respuesta no punitiva a los errores; 9. Dotación de recursos humanos; 10. Apoyo de la Gerencia-Dirección en seguridad del paciente; 11. Trabajo en equipo entre unidades; 12. Problemas en cambios de turno y transiciones asistenciales.

Figura 1. Porcentajes respuestas positivas, negativas y neutras.

Las dimensiones mejor valoradas fueron las de “Trabajo en equipo en la unidad” y “Aprendizaje organizacional y mejora continua” seguida de “Expectativas/acciones de

la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad” con un 66%, 56% y 53% de respuestas positivas respectivamente (Figura 2).

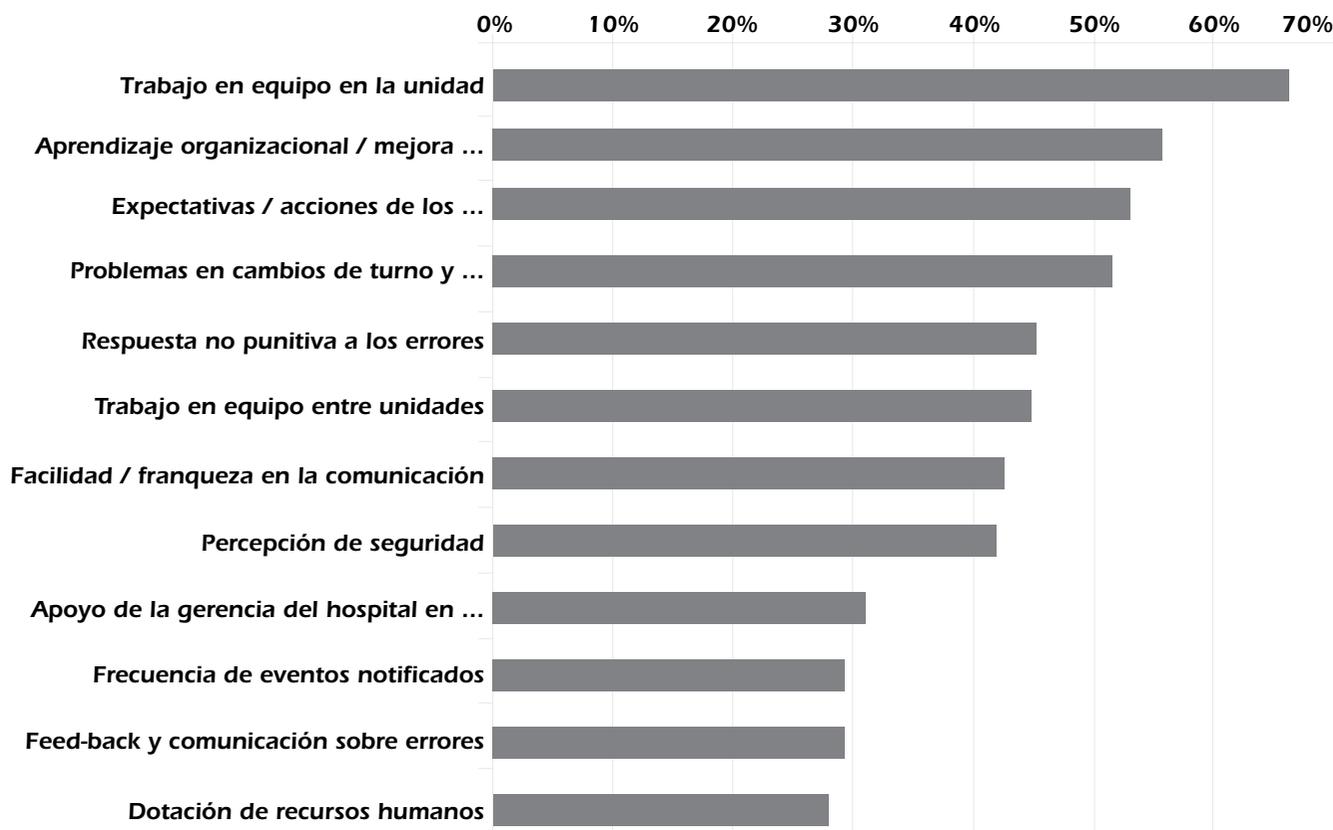


Figura 2. Diagrama de barras horizontales con porcentajes de respuestas positivas por dimensión.

Las dimensiones con mayor porcentaje de respuestas negativas fueron “Dotación de recursos humanos” que junto a “Respuesta no punitiva a los errores”, “Percepción de seguridad”, “Feed-back” y “comunicación sobre errores” y “Apoyo de la Gerencia-Dirección en seguridad del paciente” suponían el 53% de respuestas negativas del total (Figura 3).

Respecto de la dimensión peor valorada “dotación de recursos humanos del servicio” y cargas de trabajo soportadas, observamos que las apreciaciones se refieren al número de profesionales (entendida como falta de personal), los turnos de trabajo, las tareas que deben ejecutar con un tipo de paciente cada vez más complejo, el aumento en las funciones consideradas no clínicas lo que impide dedicar más tiempo a la atención directa con los pacientes.

Dos de tres variables de la dimensión “frecuencia de eventos notificados” tenían un número alto de respuestas

neutras aunque no superen el 50%: la 41 “Se notifican los errores que previsiblemente no vayan a dañar al paciente” con un 49% y la 42 “Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente” con un 48%.

El diagrama de Pareto (Figura 4) nos mostró que 5 dimensiones (del total de 12) eran responsables del 53% de respuestas negativas del total: dotación de recursos humanos, respuesta no punitiva a los errores, percepción de seguridad, Feed-back, comunicación sobre errores y apoyo de la gerencia.

La nota media es de 6,9 mientras que 7 y 8 eran las notas más repetidas. El porcentaje de suspensos (<5) es del 5%, de suficientes (5-6,5) del 35%, de notables (7-8,5) del 50% y de excelentes (9-10) del 10%.

El concepto sobre la seguridad es positivo en general y cabe valorar la ponderación de la dimensión “percepción de seguridad” para orientar mejor este punto.

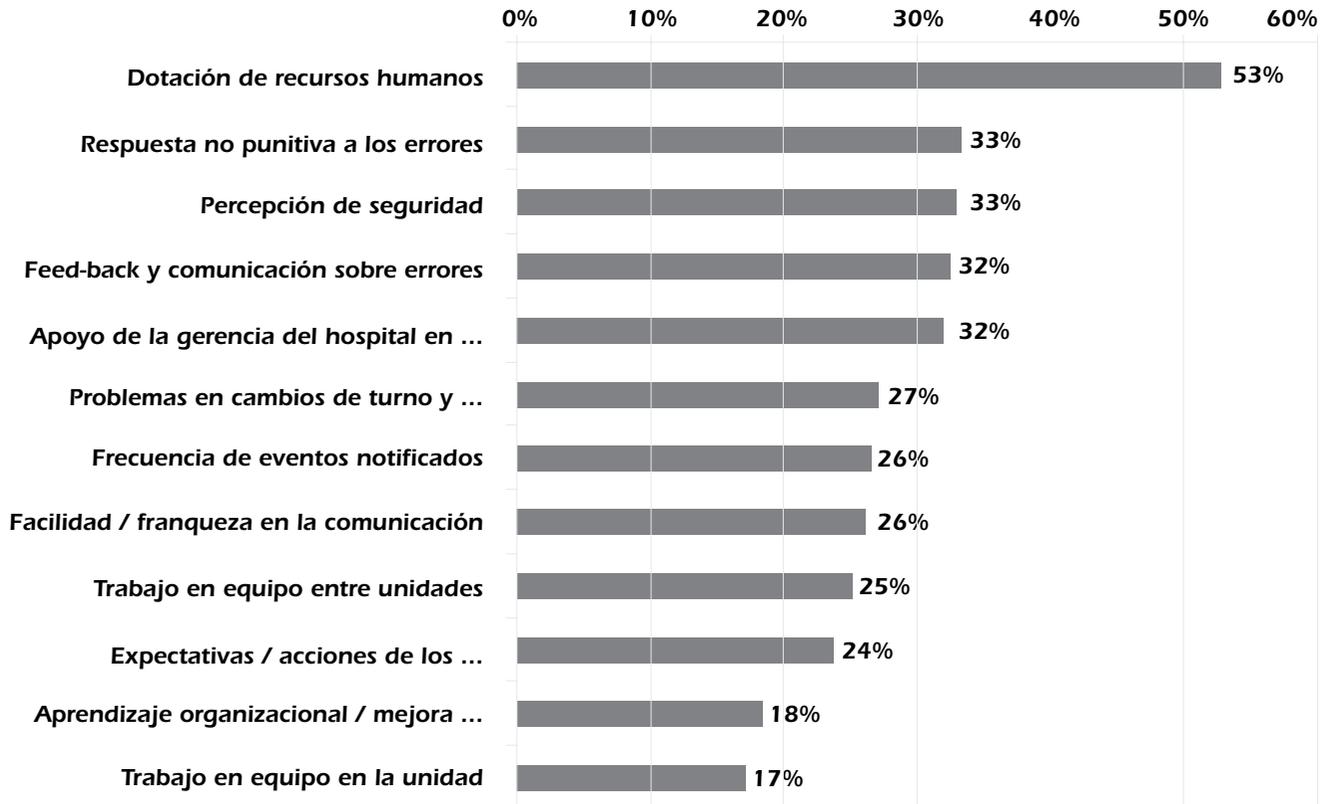
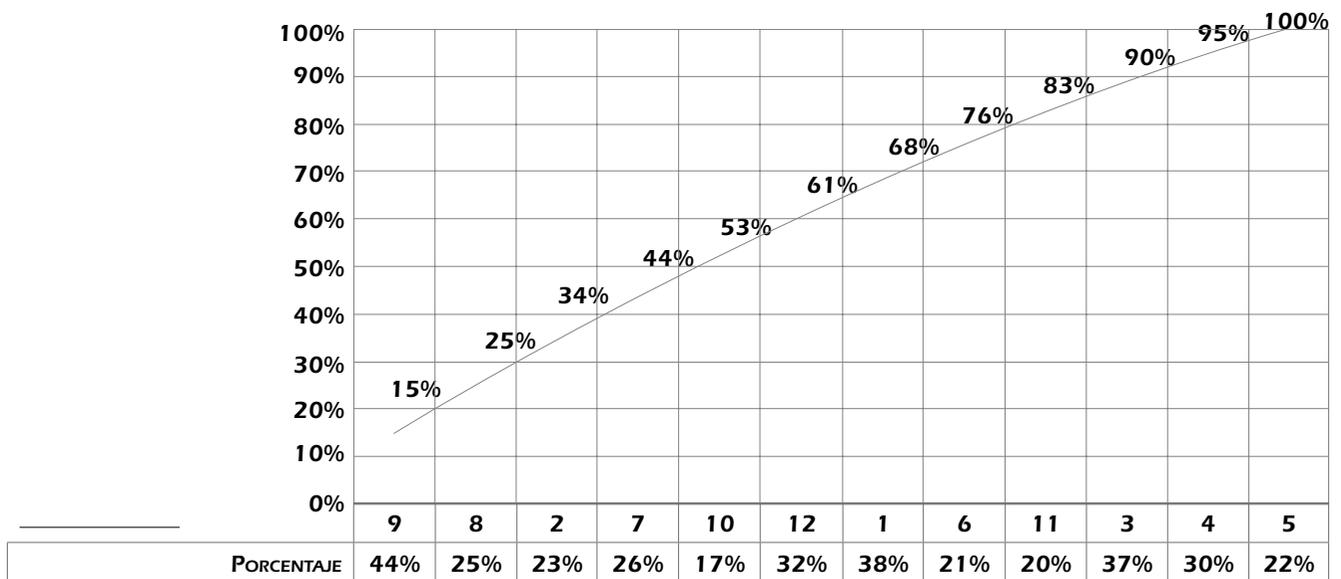


Figura 3. Diagrama de barras horizontales con porcentajes de respuestas negativas por dimensión.



1. Frecuencia de eventos notificados; 2. Percepción de seguridad; 3. Expectativas-acciones de los responsables del servicio o unidad; 4. Aprendizaje organizacional – mejora continua; 5. Trabajo en equipo en la unidad; 6. Facilidad – franqueza en la comunicación; 7. Feed-back y comunicación sobre errores; 8. Respuesta no punitiva a los errores; 9. Dotación de recursos humanos; 10. Apoyo de la Gerencia-Dirección en seguridad del paciente; 11. Trabajo en equipo entre unidades; 12. Problemas en cambios de turno y transiciones asistenciales.

Figura 4. Diagrama de Pareto con porcentajes acumulados de respuestas negativas por dimensión.

La encuesta HSOPS recoge información sobre la calificación (del 0 al 10) que se otorga a la seguridad del paciente en el servicio de urgencias (Figura 5).

En la Figura 6 se puede observar la nota media de

seguridad otorgada al servicio de urgencias del hospital Valle de los Pedroches comparada con la obtenida por un total de 33 SUH de toda España.

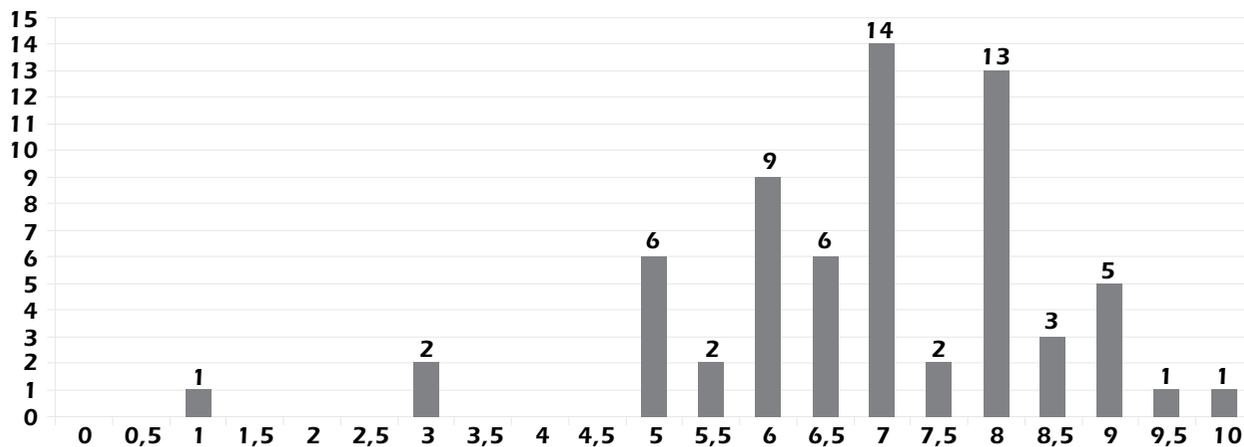


Figura 5. Calificación del 0 al 10 otorgada a la seguridad del paciente en el servicio de urgencias.

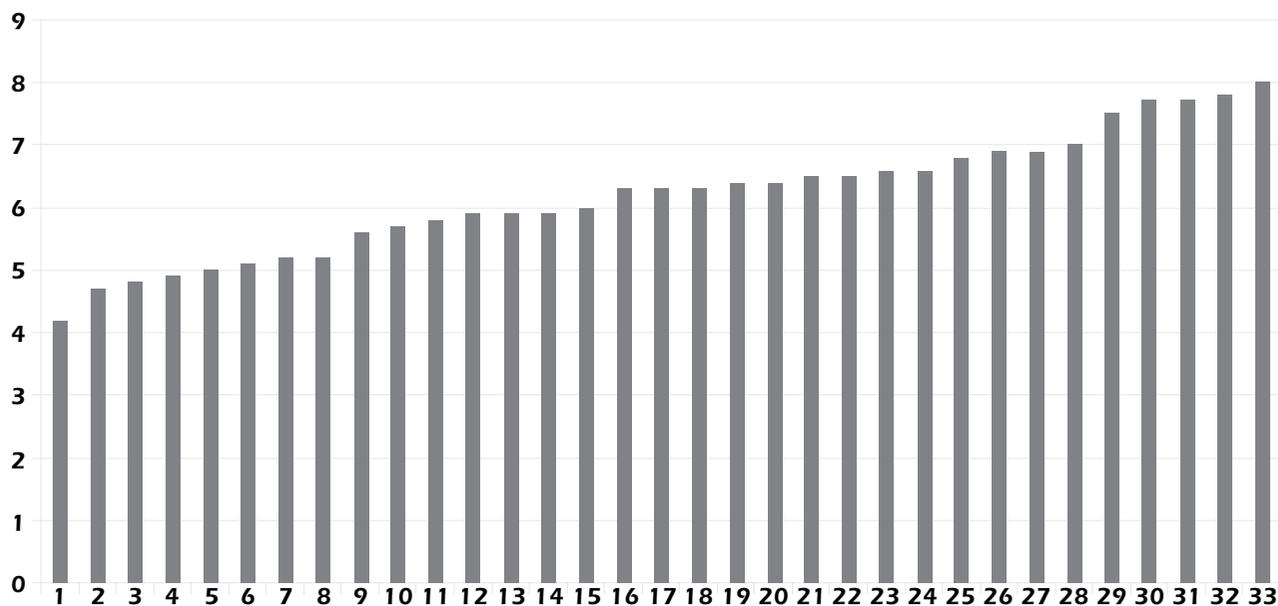


Figura 6. Nota media de seguridad de este servicio comparada con la otorgada por un total de 33 SUH de toda España.

DISCUSIÓN

Para valorar si los resultados de nuestro estudio difieren de otros hemos comparado los datos con el estudio realizado por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) a nivel de 30 servicios de urgencias de 13 comunidades autónomas y con los

datos del estudio realizado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI).⁷

La nota sobre la percepción de seguridad en urgencias difiere de la obtenida por SEMES, 6.1, y ligeramente con el resultado del MSPSI que fue de 7.0

La dimensión mejor valorada fue la de "Trabajo en equipo en la unidad" con un 66% de respuestas positivas

que concuerda con los resultados del estudio realizado por la SEMES a nivel nacional y con los datos del estudio realizado por el MSPSI.⁷ De acuerdo con las tasas obtenidas en nuestro y en los otros estudios consideramos que se podría aceptar que esta dimensión es un punto fuerte en la CS actualmente existente en los SU, aunque según las recomendaciones de la AHRO para considerar que esta dimensión es un punto fuerte la tasa de respuestas positivas debería haber superado el 75%.

La dimensión peor valorada en nuestro estudio fue "Dotación de recursos humanos" con un 53% seguida de la respuesta no punitiva a los errores con un 33% de respuestas negativas, resultados muy similares a los obtenidos en los dos estudios con los que nos comparamos (MSPSI y SEMES) que tuvieron un resultado de un 57%.

Con este tipo de encuesta se pretende obtener información de las áreas que en el conjunto de dimensiones de la cultura de seguridad, deberíamos actuar prioritariamente, diseñando estrategias específicas encaminadas a estudiar y valorar las acciones de mejora más oportunas para aumentar la CS del SU.

En nuestro estudio las acciones de mejora deben centrarse en 5 dimensiones que suponen el 53% de respuestas negativas del total ("Dotación de recursos humanos", "Respuesta no punitiva a los errores", "Percepción de seguridad", "Feed-back" y "comunicación sobre errores" y "Apoyo de la Gerencia-Dirección en seguridad del paciente").

Es estratégico fomentar la notificación de errores,¹³ facilitar la identificación y recogida de información acerca de incidentes, ello debe abordarse con la participación de todos los profesionales del equipo huyendo de la búsqueda de responsabilidades individuales, planteando la discusión acerca de las causas del incidente con total transparencia, compartiendo toda la información disponible en el grupo de trabajo o comisión de seguridad clínica y en condiciones de comunicación constante con el objetivo de que la organización aprenda de los errores para no volver a cometerlos.

Debemos pensar que la seguridad del paciente es un elemento más de la atención sanitaria, tener la convicción de que ésta necesita estar integrada en todas las acciones que las instituciones sanitarias promueven en los servicios clínicos, como la adopción de actitudes proactivas en seguridad clínica, la facilitación de la notificación de eventos adversos, el manejo de la comunicación traducido en la práctica diaria en hablar de las condiciones latentes detectadas, informar de los resultados que se derivan del evento, las actuaciones para evitar su reproducción y discutirlo entre los profesionales.¹³ Tenemos que asimilar que la evolución favorable del paciente y de la organización no es una tarea individual, sino de integración del

trabajo de todos los que participan en la asistencia sanitaria, fomentemos la responsabilidad compartida.

Es recomendable que este ejercicio sobre el conocimiento de la cultura de seguridad sea realizado en cada servicio de urgencias, la repetición de la encuesta en base anual nos permite valorar la eficacia de las acciones emprendidas y reorientar las estrategias en función del resultado.⁷

La investigación aplicada en materia de seguridad del paciente es un componente esencial para la elaboración y aplicación de una política eficaz de seguridad.¹²

Contamos con un punto de partida sobre el que basar el diseño de estudios futuros en el ámbito de nuestra comunidad, permitiendo evaluar el efecto que, las distintas iniciativas que se desarrollen en materia de seguridad clínica, pueden tener sobre la incidencia de eventos adversos, así como, realizar comparaciones de ámbito autonómico, nacional e internacional.

La reducción y prevención de los incidentes de seguridad del paciente requiere que los profesionales sanitarios tengan la capacidad de analizar sus procesos de decisión y de hacer frente a situaciones problemáticas que puedan surgir en sus actividades diarias.¹⁴

Por su beneficio potencial en múltiples vertientes, deben fomentarse y reconocerse de manera expresa, todas aquellas iniciativas para mejorar la calidad de actuaciones que se llevan a cabo en este nivel asistencial.

REFERENCIAS

1. Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes: Versión Española adaptada de Hospital Survey on Patient Safety Culture (Agency for Healthcare Research and Quality-AHRO). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. [acceso 2011-06-21]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>.
2. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. [acceso 2011-06-21]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf.
3. National Quality Forum. Safe Practices for Better Healthcare: 2006 Update. National Quality Forum. Washington, DC: National Quality Forum; 2007. [acceso 2011-06-21]. Disponible en: http://www.qualityforum.org/Publications/2007/03/Safe_Practices_for_Better_Healthcare-2006_Update.aspx.
4. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA), Sistema Nacional de Salud (NHS). La seguridad del paciente en 7 pasos. Madrid: Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo;

2005. [acceso 2011-06-21]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp5.pdf.
5. Prácticas Seguras Simples recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. [acceso 2011-06-21]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/PracticasSegurasSimplesversion.pdf>.
 6. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010. [acceso 2011-06-21]. Disponible en: <http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>.
 7. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005 Informe. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; Febrero 2005. 169 p.
 8. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. APEAS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. 192 p.
 9. Estrategia la seguridad del paciente: Consejería de Salud Junta de Andalucía, [2006] 88 p.
 10. Prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. Ministerio de Sanidad y Consumo [acceso 2008-09-01]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec03_doc.htm.
 11. Construcción y Validación de Indicadores de buenas prácticas sobre Seguridad del Paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. [acceso 2011-06-21]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccion-ValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.Pdf>.
 12. Roqueta F, Tomás S, Chanovas M. Cultura de seguridad. ¿Cómo la podemos medir? Monografías de Emergencias. 2009; 3:1-5.
 13. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T y Grupo de Trabajo EVADUR – SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. Emergencias. 2010; 22:415-28.
 14. Roqueta Egea F. Tomás Vecina S., Chanovas Borrás 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; 23:356-364.