

Análisis de la cultura de seguridad en el ámbito de la identificación del paciente por el alumnado de enfermería egresado de la Universidad

Analysis of safety culture in the field of patient identification by the students of Nursing degree from the University

M. José Cotanda Sanchis¹
Antonio Martínez-Sabater²
M. Luisa Ballestar-Tarín³
M. Carmen Casal Angulo⁴

1. Enfermera. Centro de Salud de Benimacllet. Valencia.
2. Enfermero. Profesor Colaborador. Facultat d'Infermeria i Podologia. Universitat de València.
3. Profesora Ayudante Doctor. Facultat d'Infermeria i Podologia. Universitat de València.
4. Profesora Asociada. Facultat d'Infermeria i Podologia. Universitat de València.

Correspondencia:

Antonio Martínez Sabater
Facultat d'Infermeria i Podologia. Universitat de València
C/Jaume Roig s/n
46010 Valencia
E-mail: Antonio.Martinez-Sabater@uv.es

RESUMEN

Objetivos: El proceso asistencial supone la existencia de problemas de seguridad que afectan a la calidad de vida y que se incrementan en la ancianidad. El objetivo de este trabajo es analizar la cultura de seguridad de los profesionales de enfermería.

Metodología: Se planteó la elaboración de un estudio descriptivo de corte transversal mediante la administración de una encuesta a una muestra de los alumnos/as egresados/as de la facultad en los últimos tres cursos. El cuestionario constaba de 39 ítems de respuesta múltiple estructurado en aspectos profesionales, seguridad del paciente e identificación del paciente. Los datos fueron recopilados en una base de datos Excel y se realizó el análisis descriptivo con el paquete estadístico SPSS 19.

Resultados: El 94,3% de los/as entrevistados mantenía contacto directo con los pacientes. El 77,1% consideró que en su servicio no había suficiente personal para afrontar la carga de trabajo. Los problemas más frecuentes relacionados con la seguridad del paciente son: la disponibilidad de la historia clínica cuando se precisa (48,6% de los casos), la inexistencia de informes de historias clínicas (36% de los casos) y, en ocasiones, el cambio de historia clínica de un paciente por la de otro (31,4% de los casos). Un 68,6% no notificó por escrito ningún incidente.

Conclusiones: Los problemas más frecuentes relacionados con la seguridad son la falta de información en la historia clínica y los problemas de identificación que se agravan en la persona mayor. Existe una infranotificación de errores/incidentes, persistiendo prácticas que favorecen errores en la identificación.

PALABRAS CLAVE: seguridad del paciente, sistemas de identificación de pacientes, salud del anciano, educación en enfermería, geriatría, enfermería geriátrica.

ABSTRACT

Objectives: The treatment process involves the existence of security issues that affect the quality of life and increase in old age. The aim of this paper is to analyze the safety culture of nursing professionals.

Methodology: Developing a cross-sectional descriptive study was raised by administering a survey to a sample of students graduates of the Faculty in the last three years. The questionnaire consisted of 39 multiple-choice items divided into professional aspects, Patient Safety and Patient ID. Data were collected on an Excel database and descriptive analysis with SPSS 19 was performed.

Results: 94.3% of the interviewees maintained direct contact with patients. 77.1% felt that not enough staff in their service to meet the workload. The most common problems related to patient safety are: the availability of medical records when required (48.6% of cases), the absence of reports of medical records (36% of cases) and sometimes the change history of a patient by another (31.4% of cases). 68.6% reported no written incident.

Conclusions: The most common problems related to security are lack of information on the history and identification problems that are exacerbated in the elderly. There is underreporting of errors/incidents, practices favoring identification errors persist.

KEYWORDS: patient safety, patient identification systems, health of the elderly, nursing education, geriatrics, geriatrics nursing.

■ INTRODUCCIÓN

Las características actuales del proceso asistencial (aumento de la complejidad y volumen, especialización y participación de un elevado número de profesionales) propicia un aumento del riesgo de aparición de eventos adversos (EA), lo que supone una amenaza para la seguridad y los niveles de calidad. Estos EA, definidos como daños o lesiones innecesarios secundarios al proceso asistencial, no generados por la enfermedad de base, representan una elevada morbimortalidad, pese a ser en gran medida evitables¹. Diferentes estudios realizados en nuestro país en diferentes niveles asistenciales, como el Estudio ENEAS, el Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la Hospitalización² y el Estudio sobre Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud (APEAS)³, han cuantificado la importancia de estos efectos.

La seguridad del paciente se ha convertido en un componente clave en la calidad asistencial. El punto de inflexión ha sido la publicación del informe del Instituto de Medicina de EE.UU., *Errar es humano*⁴, que ha permitido que adquiera importancia, tanto para los usuarios y sus familias como para los responsables y profesionales sanitarios, convirtiéndose en la mejora de la seguridad del paciente en una estrategia prioritaria en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios y en los organismos internacionales, que incluyen la promoción de una cultura de la información sobre seguridad del paciente, el desarrollo de sistemas de información sobre EA y la promoción de prácticas seguras en los centros asistenciales, con un enfoque de gestión proactiva, preventiva y de aprendizaje⁵. Para ello es fundamental el abordaje multidisciplinar con el fin de minimizar las consecuencias que suponen, entre otros, un coste en la salud personal del paciente, un impacto significativo en los profesionales involucrados (disminución de la motivación y una pérdida de confianza) aparte de un elevado coste económico y social⁶. Entre las estrategias y medidas a implementar, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente indica la correcta identificación del paciente por el riesgo que supone para la aparición de errores y la disminución de la calidad asistencial⁷. Para ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido una serie de recomendaciones, entre las que se encuentra el uso de al menos dos identificadores y la utilización de una pulsera identificativa entre otros⁸.

Debido a las características propias de la población anciana hospitalizada e institucionalizada, supone un aumento del riesgo de sufrir EA, por lo que una intervención protocolizada en pacientes mayores, consistente en detectar los riesgos y el despliegue de medidas preventivas, puede disminuir las consecuencias tradicionalmente percibidas como inherentes a la hospitalización⁹⁻¹¹.

■ OBJETIVOS

Dada la importancia de la identificación del paciente como una medida de seguridad, el objetivo del estudio es analizar la cultura de seguridad por los profesionales de enfermería recién egresados de la Universidad, pretendiendo, a partir de ello, describir la variabilidad existente en la identificación del paciente por parte del profesional de enfermería, valorar la implantación de los sistemas de identificación en los centros socio-sanitarios y evaluar la formación recibida durante el proceso formativo.

■ MÉTODOS

Con el fin de responder a los objetivos propuestos, durante el curso académico 2012-2013 se planteó la elaboración de un estudio descriptivo de corte transversal mediante la administración de una encuesta en

formato electrónico a una muestra de los alumnos/as egresados/as de la Facultad d'Infermeria i Podologia de la Univesitat de València en los últimos tres cursos.

El cuestionario se construyó *ad hoc* a partir de la revisión bibliográfica previa^{12,13}, y fue revisado y sometido a estudio previo para valorar el grado de comprensión verbal, la adecuación de las preguntas y la dificultad de respuesta. Posteriormente se remitió a través del correo electrónico al alumnado egresado del centro; el número total de alumnos fue de 215, y se obtuvieron 35 respuestas correctas en el plazo de 10 días indicado. Es necesario considerar el sesgo de no respuesta, debido posiblemente a la desvinculación de las/los alumnas/os de la Universidad, y por lo tanto, a su desconexión del correo universitario. Estas circunstancias avalan el no conocimiento de la existencia de la encuesta y la justificación de la baja respuesta obtenida (tasa de respuesta: 16,2%). Algunos estudios hablan de éxito al obtener una tasa de respuesta del 25%; sin embargo, otros indican que es habitual obtener una tasa 11 puntos menor cuando la encuesta es *online* que la obtenida por otros medios¹⁴.

El cuestionario constaba de 39 ítems de respuesta múltiple estructurado en tres apartados:

1. Aspectos profesionales (4 preguntas cerradas con varias opciones de respuesta), que permitía recopilar datos respecto al lugar del trabajo, experiencia profesional y características laborales. Los dos primeros ítems eran considerados como de obligada cumplimentación para la recogida de los datos.
2. Seguridad del paciente (22 ítems de respuesta cerrada categorizada), donde se recogían datos de la disponibilidad de la historia clínica del paciente, la notificación de incidentes, de la cultura de la seguridad y el tratamiento de la información del paciente.
3. Identificación del paciente (13 ítems, 11 con respuestas categóricas y 2 con opción de respuesta múltiple). Se recogían datos respecto al sistema de identificación de los pacientes, su implantación en los diferentes servicios hospitalarios, los datos utilizados en el sistema de identificación y la formación recibida.

Los datos fueron recopilados en una base de datos Excel, y se realizó el análisis descriptivo, basado principalmente en tablas de frecuencia y porcentajes, con el paquete estadístico SPSS 19.

■ RESULTADOS

Los resultados de los datos socioprofesionales obtenidos en nuestro estudio se encuentran descritos en la tabla 1, siendo mayoritarios en la muestra los profesionales que trabajan en centros hospitalarios con experiencia laboral menor de un año. En su puesto de trabajo, el 94,3% mantenía contacto directo con los pacientes; tan solo un 5,7% no trataba directamente con el paciente. El 77,1% de los encuestados consideró que en su servicio no había suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.

Los problemas más frecuentes relacionados con la seguridad del paciente son: la disponibilidad de la historia clínica cuando se precisa (48,6% de los casos), la inexistencia de informes de historias clínicas (36% de los casos) y, en ocasiones, el cambio de historia clínica de un paciente por la de otro (31,4% de los casos).

En cuanto a la notificación de incidentes y la comunicación de errores: un 68,6% no notificó por escrito ningún incidente, un 25,7% comunicó de uno a cinco en el último año y un 5,7% de los profesionales indicó notificar más de cinco incidentes o errores. Un 69% de los encuestados indicó que notificaba los errores antes de que afectaran al paciente, mientras que un 31% afirmó que no notificaba aquellos

Tabla 1. Distribución porcentual de datos socioprofesionales de los encuestados

		Porcentaje
1. Lugar de trabajo/ prácticas	Centro hospitalario	71,4%
	Residencia o ámbito socio-sanitario	17,1%
	Centro de especialidades	5,7%
	Centro de salud	5,7%
2. Experiencia profesional	<1 año	54,3%
	De 1 a 5 años	31,4%
	>5 años	14,3%
3. Contacto directo con el paciente	Sí	94,3%
	No	5,7%
4. Personal suficiente	No	77,1%
	Sí	22,9%

errores que no dañaban al paciente; el resto no sabía o no contestó a la pregunta. En un 66,7% de los casos se indicó que no disponían de procedimientos adecuados para evaluar que el trabajo en el centro se ha realizado correctamente; en un 33,3% de los casos se manifestó que sí que disponían de estos procedimientos. Cuando se detecta algún fallo, un 59,2% de los profesionales consideraba que se ponían en marcha medidas para que no volviese a ocurrir, mientras que un 41,0% de los mismos manifestó que estas medidas no se llevaban a cabo; el resto desconocía la existencia de estas medidas. Un 40% de los profesionales considera que cuando se realizan cambios para mejorar la seguridad, posteriormente se evalúa su eficacia, mientras que un 60% de los encuestados cree que no se produce tal evaluación.

En un 57,7% de los casos se señaló que la información de los pacientes no se transmitía a otra unidad o servicio, mientras que un 42,3% de los profesionales indicó que sí que se pasaba la información. No obstante, el 60,1% de los encuestados no consideraba un problema el intercambio de información entre los diferentes servicios.

En cuanto al sistema de identificación del paciente utilizado en la práctica asistencial, destaca que un 86,1% de la muestra identificaba siempre a los pacientes en función del número de habitación, patología o por sus características físicas, y un 13,9% afirmaba no hacerlo así siempre. El sistema de identificación más utilizado en todos los centros es el brazalete (74,3% de los casos). En general, se utiliza como único sistema salvo en un 22,2% de los casos.

El 97% de los profesionales afirma que el sistema de identificación mejora la seguridad de los pacientes frente a un 3% que indica que no la mejora.

La mayor parte de los centros identifican a sus pacientes en el momento de su ingreso o también antes de cada procedimiento o de la administración de fármacos. En relación con los datos de identificación que se recogen del paciente se observa una mayor variabilidad entre centros que va desde los que solo recogen nombre y apellidos y número de cama hasta los que recogen nombre y apellidos, fecha de nacimiento, número de historia clínica, sexo, servicio, número de cama y código de identificación personal. La retirada del brazalete se realiza generalmente al salir del centro o al abandonar el servicio, salvo en un 13,3% de los casos en los que se hace en otro momento (aunque no se indica cuando).

Un 72% de los profesionales encuestados considera que no se trataron de forma adecuada los temas de seguridad y de identificación del pacien-

te durante su formación académica, mientras que un 28% afirma que su formación había sido adecuada.

■ DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El análisis de los EA puede ser una herramienta clave para prevenir los errores y conseguir una mejora del sistema; sin embargo, siguen siendo vistos desde la perspectiva de la culpabilidad, por lo que continúa siendo necesario un cambio en la cultura punitiva pasando a un sistema proactivo, el desarrollo del conocimiento de la magnitud, trascendencia y posibilidades de prevención de los EA, y un análisis y gestión del riesgo clínico, siendo para ello necesaria la adopción de una taxonomía clara sobre los efectos y que la organización promueva una cultura de confianza¹⁵.

Teniendo en cuenta la importancia de la visión integral del paciente como ser biopsicosocial, la enfermedad y la técnica monopolizan la atención e inconscientemente se olvida la naturaleza humana de la atención de salud, el paciente como sujeto principal de la atención. La hospitalización supone una despersonalización y falta de privacidad, y hace más vulnerable al paciente¹⁶.

Respecto a los profesionales, diferentes estudios indican que si bien la percepción sobre seguridad es elevada, al igual que ocurre en nuestro estudio, la comunicación sobre errores es deficiente; por este motivo, la principal área de mejora es la comunicación abierta sobre errores, y se recomienda la promoción de programas de sensibilización y formación de los profesionales¹⁷. En las tablas 2 y 3 se muestran los datos de nuestro estudio comparados con los dos estudios utilizados como referencia. Por otro lado, existe un elevado porcentaje de profesionales que continúan identificando al paciente de forma despersonalizada, se reconoce a este por el número de habitación, por la patología descrita o por sus características físicas. Esta limitación supone que su identificación comporte riesgos en su atención, siendo su reconocimiento inequívoco un punto prioritario para conseguir una mejora en su seguridad. La aplicación de los procedimientos de identificación segura es una responsabilidad en el acto del cuidado, es responsabilidad de todos los profesionales que mantengan un contacto directo con el paciente a lo largo de la asistencia sanitaria¹⁸. Por otro lado, debe tenerse en cuenta que existen procesos de atención donde la situación de la persona atendida, como pacientes ancianos o internados en unidades de intensivos, o la interacción de diferentes profesionales aumenta la posibilidad de error^{19,11}. En el estudio de Brennan, el ratio de EA aumentaba en 5,7 en las personas mayores de 65 años²⁰.

La OMS, en la propuesta de “Soluciones para la seguridad del paciente” ya indica la importancia de la identificación de pacientes como inicio de problemas de seguridad, como errores de administración de fármacos, errores de pruebas, etc., por lo que debe tenerse en cuenta que las intervenciones y estrategias existentes pueden disminuir el riesgo de identificación incorrecta²¹. Aunque existe la generalización en la utilización de un sistema de identificación, mayoritariamente el brazalete identificativo, con el nombre y apellidos del paciente y el número de historia clínica, donde el código de barras es el sistema para completarlo, el profesional no es consciente de la importancia de una inequívoca identificación del paciente, de la escasa implantación en los diferentes servicios hospitalarios, de la falta de protocolización de su uso, la ausencia de equipos de identificación y el escaso conocimiento de los pacientes respecto a su correcta identificación así como de la falta de instrumentos de gestión. Si bien diferentes estudios concluyen que los centros sanitarios son bastante seguros, existen situaciones claramente mejorables que deben ser objeto de próximas líneas de actuación²².

Tabla 2. Comparación de los datos del estudio con el estudio “Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario”

Pregunta	Estudio (2013)	Estudio SNS (2008)
¿Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de que afecten al paciente?	Sí 69,0%	Sí 52,5%
¿Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente?	Sí 40,7%	Sí 41,4%
Número de eventos notificados: ninguno	68,6%	77,8%
Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia	Sí 33,3%	Sí 64,8%
Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	Sí 40,0%	Sí 49,2%
Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo	Sí 59,2%	Sí 76,8%
Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad	Sí 40,0%	Sí 37,2%
En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir	Sí 65,0%	Sí 55,1%
Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”	Sí 82,1%	Sí 27,7%
Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	No 77,1%	No 62,5%
A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora	Sí 86,6%	Sí 70,4%
La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando estos se transfieren desde una unidad/servicio a otra	No 57,7%	No 48,5%
En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente	Sí 57,6%	Sí 22,4%
El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático	No 60,1%	No 50,6%
Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno	Sí 50,0%	Sí 22,4%

Tabla 3. Comparación de los datos del estudio con el estudio “Sistema de Identificación de Pacientes en el hospitales de Cataluña”

Pregunta	Estudio (2013)	Estudio SNS (2008)	
Tu centro ¿tiene algún sistema de identificación de los pacientes?	Sí 88,2%	Sí 90,7%	
La implantación del sistema de identificación ¿mejora la seguridad del paciente?	Sí 97,0%	Sí 96,0%	
¿Qué sistema se utiliza en tu centro? Brazaletes identificativo	Sí 74,3%	Sí 85,5%	
¿Se utiliza un único sistema de identificación?	Sí 78,6%	Sí 77,3%	
¿El sistema de identificación está implantado en todos los servicios?	Sí 63,6%	26,7%	
¿Qué datos incluye?	Nombre y apellidos del paciente	97,0%	100%
	Fecha de nacimiento	66,0%	67,6%
	Número de historia clínica	74,0%	79,4%
	Sexo	66,0%	50,0%
	Número de cama	49,0%	66,2%
	Código de identificación personal	34,0%	35,3%
En caso de que tu centro utilice el brazaletes identificativo ¿está protocolizado su uso?	Sí 65,0%	Sí 67,2%	
¿Cuándo se retira el brazaletes identificativo? Al salir del centro	63,0%	71,9%	
Cuál es el sistema para completar el brazaletes identificativo	Pegatina	29,6%	60,9%
	Tinta permanente	14,8%	17,2%
	Código de barras	48,1%	6,3%
¿Hay algún problema en su utilización?	Sí 41,7%	Sí 50,0%	
¿Crees que durante tu formación, los temas de seguridad e identificación del paciente se tratan de forma adecuada?	No 71,9%	—	

Nuestro estudio denota que existe una baja percepción de la necesidad prioritaria de introducir una cultura de seguridad en la atención sanitaria por parte de los profesionales enfermeros recién egresados; existen muy pocos o nulos contenidos curriculares sobre la seguridad del paciente en su formación. Es de destacar que la identificación adecuada de pacientes es un desafío en la mejora de la seguridad para los pacientes, siendo prioritario debido a las múltiples intervenciones de gran complejidad¹².

La OMS establece, como medidas de seguridad, asegurar que las organizaciones de atención sanitaria cuenten con sistemas implementados que enfatizan en la responsabilidad de los trabajadores de la atención sanitaria el fomento de, al menos, dos identificadores para la verificación de la identidad del paciente, no siendo ninguno de ellos el número de habitación, y

la estandarización de los enfoques para la identificación de los pacientes. Por otro lado ha de incorporarse una capacitación sobre procedimientos de control y verificación de identidad y educar a los pacientes sobre la importancia y la relevancia de la correcta identificación²¹.

Es importante por tanto tener en cuenta que debe existir una concienciación en todos los niveles de la importancia de adoptar medidas para el fomento de la seguridad de las personas atendidas que pueden afectar a la calidad de vida de estas.

Conflicto de intereses

Los autores indican que no existe conflicto de intereses y que no se ha recibido ningún tipo de financiación para la realización del estudio. Asimismo se han seguido las normas éticas ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Aranz JM. Identificación de efectos adversos. De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20(2):115.
2. Aranz Andrés J, Aibar Remón CJV, Ruiz P. Estudio nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
3. Aranz Andrés J. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008.
4. Kohn L, Corrigan J, Donaldson MS. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington DC: National Academy Press; 2000.
5. Bañeres J, Cavero E, López L, Orrego C, Suñol R. Sistemas de registro y notificación de incidentes y efectos adversos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
6. Consejo Internacional de Enfermería. Declaración de posición del CIE: Seguridad de los pacientes [Online]. Consejo Internacional de Enfermería; 2002 [citado 4 de noviembre de 2013]. Disponible en: "http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D05_Seguridad_pacientes-Sp.pdf"
7. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estrategia en seguridad del paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
8. Meijorme Sánchez X. Errores de identificación de pacientes. *Enferm Clin*. 2011;21(5):295-6.
9. Canga A, Narvaiza Solís M. Intervención de enfermería para disminuir las complicaciones derivadas de la hospitalización en los ancianos. *Gerokomos*. 2006;17(1):24-31.
10. Saturno P, Da Silva Gama Z, De Oliveira-Sousa S, Fonseca Y, De Souza Oliveira A. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Med Clin (Barc)*. 2008;131(Supl. 3):18-25.
11. Muñoz Mella MA, Ezpeleta Sáenz de Urturi E, Enríquez de Samanca I, Rey Barbosa MT, Quintela Porro V, Román Vila A. Estrategia para la prevención de eventos adversos en el anciano hospitalizado. *Gerokomos*. 2013;20(3):118-22.
12. Martínez L, Gimeno V, Bañeres J, Torralba L, Manzanera R. Sistemas de identificación de pacientes en hospitales de Cataluña. *Rev Calidad Asistencial*. 2008;23(4):158-63.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
14. Manfreda K, Berzelak J, Vehovar V, Bosnjak M, Haas I. Web surveys versus other surveys modes: A meta-analysis comparing response rates. *International J Market Res*. 2008;50(1):79-104.
15. Aranz-Andres J, Limón-Ramírez R, Aibar-Remón C, Miralles-Bueno J, Vítaller-Burillo J, Terol-García E, et al. Luces y sombras en la seguridad del paciente: estudio y desarrollo de estrategias. *Gac Sanit*. 2008;22(Sup.1):198-204.
16. Burgos Moreno M, Paravic Klijn T. Violencia hospitalaria en pacientes. *Cienc. Enferm*. 2003;9(1):9-14.
17. Skodova M, Velasco Rodríguez M, Fernández Sierra M. Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel. *Rev Calid Asist*. 2011;26(1):33-8.
18. León Román C. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Rev Cubana Enfermer*. 2006;22(3):1-7.
19. Astolfo Franco M. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. *Colomb Med*. 2005;36(2):130-133.
20. Brennan T, Leape L, Laird N, Hebert L, Localio A, Lawthers A, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *N Engl J Med*. 1991;324(6):370-376.
21. OMS. Soluciones para la seguridad del Paciente. [Online]. 2007 [citado 5 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>
22. Terol E, Agra Y, Fernández-Maíllo M, Casal J, Sierra E, Bandrés B, et al. Resultados de la estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud. *Med Clin (Barc)*. 2008;131(Supl 3):4-11.