



Patient safety culture at a high-end hospital

Cultura de seguridad del paciente en un hospital de alta especialidad

Nicolás Santiago-González¹, David A. Morales-García¹, María E. Ibarra-Cerón¹, Elvira A. López-Jacinto¹

Abstract

Introduction: the patient safety culture allows you to work in a multidisciplinary way, identify vulnerabilities and modify areas of opportunity to reduce risks that could lead to mistake that causes harm to the patient.

Objective: to describe the degree of patient safety culture in a high specialty hospital.

Material and methods: quantitative, descriptive and transversal study, with simple random sampling technique. The Agency for Healthcare Research and Quality's Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire was applied. Under the SQUIRE guidelines to improve health care.

Results: the overall percentage of the patient safety culture grade was 45.1%, staff perception of overall patient's safety 8.1/10. The main strength: teamwork with 75.3%. Critical variables: staff, staffing, sufficiency and management (28.8%), shift change problems (34.8%) and non-punitive response to errors (21.5%).

Conclusion: every institution must identify strengths and areas of opportunity, with the aim of monitoring the processes lead to improving security in care and reducing biases that lead to mistake.

Keywords: quality of care, safety culture, adverse event, patient safety.

Citación: Santiago-González N., Morales-García DA., Ibarra-Cerón ME., López-Jacinto E. Cultura de seguridad del paciente en un hospital de alta especialidad. Rev Enferm. Neurol. 2019;18(3):pp. 117-125.

Correspondencia: Nicolás Santiago-González
Email: nicosantiago21@hotmail.com

Recibido: 21 de mayo 2019
Aceptado: 20 de agosto 2019

¹ Secretaría de Salud, Investigación en Enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, Estado de México, México



Resumen

Introducción: la cultura de seguridad del paciente permite trabajar de manera multidisciplinaria, identificar vulnerabilidades y modificar áreas de oportunidad para disminuir riesgos que pudieran propiciar un error que cause daño al paciente.

Objetivo: describir el grado de cultura de seguridad del paciente en un hospital de alta especialidad.

Material y métodos: estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, con técnica de muestreo aleatorio simple. Se aplicó el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture, de la Agency for Healthcare Research and Quality. Bajo las pautas SQUIRE para mejorar la atención médica.

Resultados: el porcentaje general del grado de cultura de seguridad del paciente fue 45.1%, la percepción del personal sobre el grado de seguridad global del paciente 8.1/10. La fortaleza principal: trabajo en equipo con 75.3%. Variables críticas: personal, dotación, suficiencia y gestión (28.8%), problemas en cambios de turno (34.8%) y respuesta no punitiva a errores (21.5%).

Conclusión: toda institución debe identificar las fortalezas y áreas de oportunidad, con el objetivo de vigilar los procesos que conllevan a mejorar la seguridad en atención y disminuir los sesgos que propician el error.

Palabra clave: calidad de atención, cultura de seguridad, evento adverso, seguridad del paciente.

Introducción

Beneficencia y no maleficencia, es un principio ético de hacer el bien y evitar el mal, de promover el bien, prevenir, y no infringir daño o maldad; asimismo, la expresión latina *primum non nocere* traducida como “lo primero es no hacer daño”, son estándares en el actuar profesional, son base de una cultura de seguridad del paciente.

La Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad (AHRQ) la refiere como el producto de valores individuales y grupales, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta que determinan el compromiso, habilidad y manera en que la organización gestiona la seguridad del paciente.

Las organizaciones con una cultura de se-

guridad positiva se caracterizan por una comunicación fundamentada en la confianza mutua, debido a la percepción compartida de la importancia de la seguridad y la eficacia de las medidas preventivas.¹

Uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales financiados y tecnológicamente adelantados.

La atención insegura en entornos diferentes de los hospitales es casi desconocida. Es imprescindible tener presente que se sabe muy poco sobre la magnitud de las lesiones producidas por la atención incierta en los países en desarrollo, y que éstas pueden ser superiores a las de los

países desarrollados debido a limitaciones de infraestructura, tecnología y recursos humanos.²

La Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente, refiere que las organizaciones con culturas de la seguridad eficaces reconocen que las actividades de su organización son de alto riesgo y propensas a los errores, propician un entorno que no culpabilice y en el que los individuos puedan notificar errores o cuasi incidentes sin ser castigados. Asimismo, trabaja de manera multidisciplinaria para encontrar vulnerabilidades y hallar las mejores soluciones correctivas que se presentan en la seguridad del paciente.^{3,4}

La literatura refiere un dato alarmante, considerando que los profesionales de la salud están en gran medida capacitados y formados con principios éticos y bioéticos; sin embargo; los reportes describen que se subestima, la verdadera incidencia de muerte por error médico; es la tercera causa de muerte, después de las etiologías cardiovasculares y oncológicas.⁵

El estudio de prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica, en 2011, incluyó 11,379 pacientes de 58 hospitales de 5 países de Iberoamérica, la tasa de eventos adversos fue de 10.5%, de los cuales 60% se consideraron evitables y 6% de muertes evitables.^{6,7}

La Alianza Mundial para la seguridad del paciente, ahora, llamado Programa para la Seguridad del Paciente,⁸ tiene la visión del lema “ante todo, no hacer daño”, y sus propósitos, acciones y retos fundamentales se reflejan en programas de riesgo significativo; de igual manera, los retos del programa de seguridad del paciente de la OMS.⁷

Por lo que, se busca identificar la opinión del personal médico y de enfermería sobre la seguridad del paciente, errores médicos, incidentes y eventos adversos que se reportan en el hospital de alta especialidad como parte del estudio; en

consecuencia, se considera que los resultados pueden ser útiles para mejorar los procesos sobre la seguridad del paciente, con un alcance multidimensional desde personal de salud operativo hasta administrativo en sus diferentes niveles, reduciendo riesgos de errores en su mayoría previsible, teniendo una práctica con mayor seguridad, calidad y calidez en la atención del paciente. Con la pregunta de investigación: ¿cuál es el grado de cultura de seguridad del paciente, en un hospital de alta especialidad?, el objetivo del presente estudio: describir el grado de cultura de seguridad del paciente en un hospital de alta especialidad.

Material y métodos

Se realizó un estudio cuantitativo, de diseño descriptivo y corte transversal, con el propósito de indagar el grado de cultura de seguridad del paciente en un hospital de alta especialidad. Se siguieron las directrices de SQUIRE, las cuales están destinadas a informes que describen el trabajo a nivel del sistema para mejorar la calidad, la seguridad y el valor de la atención médica.

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI). Se identificó el número total del personal profesional médico y de enfermería operativo adscrito de los diferentes turnos y servicios N=489, se utilizó la fórmula para poblaciones finitas, con un tamaño de muestra n=79 y técnica de muestreo aleatorio simple.

Criterios de inclusión: personal profesional de la salud adscrito al HRAEI, que realiza funciones en área clínica, acepta participar en la investigación y está presente al momento del estudio. Criterios de exclusión: instrumentos no llenados al 100%, personal profesional adscrito

al área administrativa, personal profesional de salud adscrito al área clínica pero no realiza actividades relacionadas al cuidado directo del paciente.

La recolección de datos se obtuvo mediante el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture, realizado por la Agency for Healthcare Research and Quality,⁴ misma que ha sido adaptada a su versión en español por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs), denominado: Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en hospitales de México, el cual se menciona en la Acción esencial número 8 Cultura de Seguridad del Paciente.² Los datos fueron recolectados durante 2018.

El cuestionario consta de 9 secciones (A-I) con 49 ítems con respuesta en escala tipo Likert, después se realizó un análisis estadístico con interpretación a través de estadística descriptiva, se empleó la siguiente fórmula:

$$\frac{\sum \text{No. de respuestas positivas en ítems de una dimensión}}{\text{No. de respuestas totales en ítems de una dimensión}}$$

Con la cual se calculó el puntaje positivo de cada *ítem*, luego fueron agrupados en 12 dimensiones (variables de estudio), obteniendo el porcentaje de cada una de las mismas, distribuidos de la siguiente manera: trabajando en equipo dentro del servicio (4 *ítems*); expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes (4 *ítems*); aprendizaje organizativo/mejora continua (3 *ítems*); apoyo de la dirección del hospital para la seguridad del paciente (3 *ítems*); percepción general de la seguridad del paciente (4 *ítems*); retroalimentación y comunicación sobre errores (3 *ítems*); grado de apertura de la comunicación (3 *ítems*); frecuencia de eventos adversos

reportados (3 *ítems*); trabajo en equipo entre servicios (4 *ítems*); personal: dotación, suficiencia y gestión (4 *ítems*); problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios (4 *ítems*); respuesta no punitiva a errores (4 *ítems*); percepción del grado de seguridad global del paciente (1 *ítem*).

De acuerdo a los criterios de clasificación de resultados establecidos por la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ),⁹ una dimensión es considerada como “fortaleza” para el hospital cuando obtiene un valor igual o mayor al 75% de respuestas positivas (totalmente de acuerdo/de acuerdo, la mayoría de las veces/siempre). Si este criterio no se cumple, la dimensión es considerada como “oportunidad de mejora”.

Se trató de una encuesta auto administrada, entregada en mano, previo consentimiento informado; con instrucciones en forma clara y en presencia del investigador para aclaración de dudas.

Para el análisis se emplearon pruebas de hipótesis a través de chi cuadrada, considerando un intervalo de confianza de 95% y un nivel de significancia $p < 0.05$.

Y para el análisis epidemiológico de las variables de estudio se determinó la incidencia acumulada de las 12 dimensiones, se obtuvieron los rangos mínimo y máximo por dimensión, así como el riesgo relativo de las respuestas negativas, se consiguió la comparación y determinación positiva o negativa de cada variable de estudio. El análisis se efectuó en el paquete estadístico SPSS versión 22.

La confiabilidad del instrumento fue mediante la prueba α de Cronbach (> 0.6 : aceptable; > 0.7 : buena; > 0.8 : excelente) que mide la consistencia interna de las dimensiones del cuestionario y del cuestionario global. Los resultados expresan el nivel de percepción respecto a la dimensión señalada.

El estudio se realizó con apego a la declara-

ción de Helsinki, el proceso de evaluación de la cultura de seguridad del paciente fue aprobado en el pleno del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP/CICASEP) 2018, y aprobado por los comités de ética e investigación del HRAEI, con el número de registro NR-03-2019.

Resultados

Se aplicaron 79 cuestionarios, las profesiones fueron enfermería (51) y medicina (28); en los turnos matutino (25), vespertino (18), nocturno (15), jornada acumulada (21).

Los resultados obtenidos en el Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en hospitales de México, el cual se menciona en la acción esencial número 8 Cultura de seguridad del paciente, se describen por cada dimensión en la tabla resultado de las dimensiones (tabla 1). La principal fortaleza: trabajar en equipo dentro del servicio con 75.3%, en las demás dimensiones se encontró oportunidad de mejora y las tres dimensiones con menor evaluación fueron:

Tabla 1. Resultados por dimensiones

<i>Dimensión</i>	<i>%</i>
1. Trabajando en equipo dentro del servicio	75.3%
2. Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes	43.4%
3. Aprendizaje organizativo/Mejora continua	62.4%
4. Apoyo de la dirección del hospital para la seguridad del paciente	51.1%
5. Percepción general de la seguridad del paciente	50.3%
6. Retroalimentación y comunicación sobre errores	43.9%
7. Grado de apertura de la comunicación	42.2%
8. Frecuencia de eventos adversos reportados	37.6%
9. Trabajo en equipo entre servicios	50.0%
10. Personal: dotación, suficiencia y gestión	28.8%
11. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios	34.8%
12. Respuesta no punitiva a errores	21.5%
Porcentaje general	45.1%

Fuente: Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales de México

1. La dimensión “personal: dotación, suficiencia y gestión” se refiere a la deficiencia del personal y carga de trabajo que nos llevaba dentro de la misma a tratar de hacer mucho y muy rápido, el personal eventual o temporal en el servicio también interfiere de forma significativa haciendo que este trabaje más horas. Englobando así una serie de eventos que disminuyen la eficacia de la cultura de seguridad del paciente teniendo una respuesta negativa de 28.8%.

2. La dimensión “problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios” manifestada por una pérdida de información en transferencia del paciente de un servicio a otro o problemas durante el intercambio de información, en los cambios de turno, afectan de manera directa al paciente y son considerados un problema en su seguridad como respuesta negativa 34.8%.

3. La dimensión “respuesta no punitiva a errores”: la problemática es referente al personal y su actuación hacia él, por hacer el reporte del evento y pueda ser archivado en su expediente laboral, obteniendo una respuesta negativa de 21.5%.

El porcentaje general sobre cultura de seguridad del paciente en un hospital de alta especialidad, en este caso, que presentó el personal del HRAEI en el 2018 fue de 45.1%.

En cuanto a la percepción que tiene el personal profesional médico y de enfermería operativo en su área de trabajo sobre el grado de seguridad del paciente en HRAEI fue de 8.1 (siendo 1 el grado de seguridad más bajo a 10 el más alto).

Discusión

La encuesta de Cultura de seguridad del paciente evalúa 12 dimensiones en donde se consideran respuestas positivas y negativas, una dimensión es considerada como “fortaleza” para el hospital cuando obtiene un valor igual o mayor al 75% de respuestas positivas. La única dimensión identificada en el estudio como fortaleza fue “trabajando en equipo dentro del servicio” con 75.3%, se puede puntualizar que es una fortaleza común encontrada en diferentes instituciones.^{10,11} El trabajo en equipo percibido positivamente, es un factor protector en cuanto a la incidencia de errores en la atención; sin embargo, se considera que los gestores lejos de implementar estrategias de prevención actúan cuando el error sucede y ejecutan acciones punitivas en contra de un trabajador.^{12,13}

En el estudio existen once dimensiones consideradas “oportunidad de mejora”. A continuación se discuten las tres dimensiones con menor evaluación:

La dimensión “personal: dotación, suficiencia y gestión” resultó ser la principal evaluación negativa, conforme al índice enfermera/médico-paciente el trabajo se encuentra desequilibrado por la asignación deficiente de personal, que, aunque cuente con las competencias profesionales, no puede atender con oportunidad los servicios con alto flujo de pacientes o de alta complejidad; este problema se atribuye a la dirección del hospital y se muestra como principal causa de inconformidad laboral y un factor de riesgo para los errores en la atención.¹⁰ La falta de personal influye en la calidad de atención y causa que el personal trabaje de forma presionada, prioriza actividades y genera cuidado perdido, el cual se omite o se retrasa parcial o en su totalidad durante la atención del paciente, arriesgando su seguridad. Esta dimensión debe ser atendida por los gestores de personal, pues sabemos que la cultura de seguridad del paciente implica liderazgo, trabajo en equipo y colaboración, prácticas basadas en la evidencia, comunicación efectiva, aprendizaje, medición, cultura de equidad, sistemas de pensamiento crítico y factores humanos.^{14,15} Es común identificar que a mayor complejidad del paciente y aumento del indicador enfermera/médico-paciente es mayor el riesgo de errar, ante esta situación se debe fortalecer el sistema institucional, que involucra a las autoridades médicas con procesos de supervisión, las administrativas con disponibilidad de recursos, la participación de todos los profesionales de la salud, así como del propio paciente; se tiene que reducir el error desde su perspectiva individual y del sistema.^{16,17}

La dimensión “problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios” es considerada como respuesta negativa, derivado que la información de los pacientes se pierde, cuando se cambian de un servicio a otro y durante el

enlace de turno, de esta manera, son momentos en donde aumentan los eventos adversos, siendo problemas semejantes con respuestas “negativas” que varios hospitales enfrentan.¹⁸ La Organización Mundial de la Salud estima que a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura.¹⁹ Como parte de la concientización se considera que los errores son producto del sistema, este nuevo enfoque no deja de lado la conducta y responsabilidad de cada persona, sino que busca el equilibrio entre ambos.²⁰


La dimensión “respuesta no punitiva a errores”: fue negativa y demanda cambiar la cultura tradicional, que es punitiva, para transitar a una cultura donde no existen castigos al reportar los eventos adversos y los profesionales se responsabilizan de su conducta. El modelo de la cultura justa describe tres escenarios al revisar el comportamiento durante un evento adverso: un simple error, una acción en la que se toman riesgos y una conducta negligente.¹⁵ Ningún paciente está exento de ser víctima de un error así como ningún profesional está exento de cometerlo, ya que influyen diversos factores; sin embargo, cuando se comete un error el personal teme que sea registrado en su expediente, además trabaja bajo presión para realizar excesivas cosas, demasiado deprisa como lo evidenciaron.¹⁸ Una de las estrategias para disminuir el riesgo de error desde la perspectiva del sistema es la estandarización de la información, ya que unifica intervenciones y facilita la presentación de informes.

En esta investigación, se encontró 45.1% sobre cultura de seguridad del paciente en el hospital de alta especialidad, siendo una oportunidad de mejora institucional, considerando

que los líderes fomentan una cultura de calidad y seguridad del paciente que impacte sobre los procesos y sistemas críticos del hospital, esto requiere colaboración y compromiso, a través de un enfoque multidisciplinario,²¹ quienes deben enfatizar en la prevención del error, transformar la cultura tradicional hacia una cultura de la calidad y seguridad.

La percepción del personal profesional médico y de enfermería sobre el grado de seguridad del paciente fue de 8.1, lo cual es positivo, y se debe seguir reforzando a través de nuevas estrategias y políticas que impacten en la disminución de estadísticas de eventos adversos derivados de la atención en salud de manera global, debido a que la falta de seguridad del paciente, es un problema internacional de salud pública que afecta a todos los niveles de desarrollo en el mundo.²²

Conclusión

Reportar un error siempre es cuestionado, ya que es utilizado en contra de quien lo comete y suele buscarse un culpable, en lugar de averiguar por qué se dio el fallo. Por esta razón, en toda institución se deben identificar las fortalezas y áreas de oportunidad, con el objetivo de vigilar los procesos que conllevan a mejorar la seguridad en atención y disminuir los sesgos que propician el error. 

Consideraciones éticas: no se recolectaron nombres ni datos personales de los participantes, toda la información fue almacenada con fines estadísticos y de investigación, protegiendo en todo momento el anonimato de los participantes y se manejó de forma confidencial la información.

Referencias

1. **Sarabia O.** Acciones esenciales en seguridad del paciente. Marzo 2018. [Internet]. 2019 [citado 15 enero 2019]:141-146. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/acciones_esenciales.pdf
2. **OMS.** La Investigación en Seguridad del Paciente Mayor conocimiento para una atención más segura. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. 2008.
3. **DOF.** Acciones esenciales para la seguridad del paciente. 2017. [Internet]. 2019;141-6. [citado 15 enero 2019]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08/09/2017
4. **Organización Mundial de la Salud.** La Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1 Informe técnico definitivo. Enero 2009. [Internet]. 2019;141-6. [citado 15 enero 2019]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
5. **Aranaz J., Aibar C., Vitaller J., Ruiz P.** Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Informe. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2006.
6. **Aranaz JM., Aibar C., Limón R.** Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). *BMJ Qual Saf* Doi: 10.1136/bmjqs.2011.051284
7. **Rocco C., Garrido A.** Seguridad del paciente y cultura de seguridad. 2017 [Internet]. 2019; 787. [citado 15 enero 2019] Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864017301268?token=0F35D8D8AD4C51CCDFBCFD3C23E906E4FF3E180D00BE12E86740B3A5A016BCFCBB50C80992B0723CE21C2F6AB95ED4D>
8. **World Health Organization.** World Alliance For Patient Safety: Forward Programme 2005. WHO Library Cataloguing in Publication Data; 2004:1-33.
9. **Sorra JS., Nieva VF.** Hospital survey on patient safety culture. Rockville, MD: Agency for Health Care Research and Quality. (2004) AHRQ Publication n° 04-0041.
10. **Gómez Ramírez., Olga Janneth.** Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Avances Enferm* 2011;(29)2:363-74. ISSN 2346-0261. [Citado 15 enero 2019]: Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35831/37099> .
11. **CONAMED. Pérez J., Jaramillo C., Olvera L.** Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social. 2014 [Internet]. [Citado 15 enero 2019]: Disponible en: [file:///C:/Users/IGARCIA/Downloads/Dialnet-PercepcionDeLaCulturaDeSeguridadDelPacienteEnMedic-4760799%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/IGARCIA/Downloads/Dialnet-PercepcionDeLaCulturaDeSeguridadDelPacienteEnMedic-4760799%20(1).pdf)
12. **Ministerio de Sanidad y Consumo.** Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
13. **Ortiz EG., García D., Trillo JC.** La cultura de la seguridad. Buenos Aires: Comité de Calidad, Hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca, Instituto de Investigaciones, 2007.
14. **Saturno PJ.** Acreditación de instituciones sanitarias. Modelos, enfoques y utilidad. Manual del master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 7. Programas externos. Unidad temática 38. Universidad de Murcia, 2001.
15. **Pérez J.** Seguridad del paciente al alcance de todos. Septiembre 2013. [Internet]. 2019 [citado 15 enero 2019]. Disponible en: [http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/coleccionmedicinadeexcelencia/20%20Seguridad%20del%20paciente%](http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/coleccionmedicinadeexcelencia/20%20Seguridad%20del%20paciente%20)
16. **Seiden SC., Barach P.** Wrong-side/wrong site, wrong-procedure, and wrong-patient adverse events. *Arch Surg* 2006;141(9):931-9.
17. **Jhwar BS., Mitsis D., Duggal N.** Wrong-sided and wrong-level neurosurgery: a national survey. *J Neurosurg Spine* 2007;7(5):467-72.

18. **Hellings S., Klazinga N., Vleugels A.** Challenging patient safety culture: Survey results. *Inter J Health Care Qual Assur* 2007;20(7):620-32.
19. **The Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety.**
20. **Just Culture.** Your organization. <http://www.nmhanet.org/work-force/just-culture/Just%20Culture%20%20generic%20lecture.pdf>
21. **Estándares para la implementar el modelo en hospitales.** Edición 2018. SiNaCEAM. 2018.
22. **Organización Mundial de la Salud.** Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La investigación en seguridad del paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura [consultado: 18 enero 2019]. En: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf