Cultura sobre Seguridad del Paciente percibida por el personal sanitario: estudio piloto

Rev. O.F.I.L. 2014, 24;4:243-250 *Fecha de recepción: 30/06/2014 - Fecha de aceptación: 04/09/2014*

Martí-Gil C[1], Mejía-Recuero M[1], Llopis-Salvia P[1], Gascón-Moreno M[2], Hervás-Laguna MJ[3], Barreda-Hernández D[4]

1 Especialista en Farmacia Hospitalaria. Servicio de Farmacia
2 Enfermera. Servicio de Farmacia
3 Especialista en Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna
4 Jefe de Servicio de Farmacia

Hospital Virgen de la Luz. Gerencia de Atención Integrada. Cuenca. España

El resumen del artículo se expuso en la VII Jornada Científica de la Sociedad Castellano Manchega de Farmacia Hospitalaria (mayo 2012).

Resumen

Objetivos: Conocer la cultura sobre Seguridad del Paciente (SP) percibida por el personal sanitario. Material y métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en un hospital de segundo nivel (febrero-marzo 2012). La población de estudio comprendió personal sanitario del Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) y de la Unidad de Corta Estancia de Medicina Interna (UCEMI). Se empleó la versión española del *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPS). Procesamiento estadístico: SPSS® v.15.0, siguiendo metodología propuesta por AHRQ, realizándose un análisis estadístico descriptivo y análisis bivariante mediante prueba de chi-cuadrado y ANOVA.
Resultados: El grado de participación fue de 69,4%. De forma global, la SP adquirió una puntuación de 7,32 (1,63) [IC95% 6,65-7,99] y el 36% de los profesionales refirió haber notificado algún efecto adverso. Las dimensiones mejor valoradas fueron (% respuestas positivas) "Expectativas y acciones de la dirección/supervisión del Servicio que favorecen la SP" (79%) y "Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio" (71,72%); mientas que las peor valoradas (% respuestas negativas): "Apoyo de la gerencia del hospital" (46,67%) y "Dotación de personal" (45,33%). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre eventos adversos notificados y servicio (53,3% SFH *versus* 10% UCEMI, p=0,034), tiempo trabajado en la profesión (100% (6-10 años), 66,7% (0-5 años), 21,4% (>10 años), p=0,035) y profesión (80% farmacéutico, 12,5% no facultativo, 0% médico, p=0,001). Conclusiones: La adquisición de una buena cultura de SP es clave y fundamental para disminuir la probabilidad de aparición de efectos adversos. Sería interesante poder aplicar este cuestionario a una muestra mayor para poder obtener resultados con más potencia estadística.

Palabras clave: **Seguridad del paciente, efectos adversos, encuesta.**

Correspondencia:
Caridad Martí-Gil
Hospital Virgen de la Luz
Hermandad Donantes de Sangre, s/n
16002 Cuenca
Correo electrónico: cmmarti@sescam.jccm.es

Patient Safety Culture perceived by health professionals: pilot study

Summary

Objectives: To determine the Patient Safety (PS) Culture perceived by health professionals.
Material and Methods: A descriptive cross-sectional study conducted in a secondary hospital (February-March 2012). The study population comprised the Hospital Pharmacy and the Short Stay Unit of Internal Medicine. The Spanish version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture was used. Statistical processing: SPSS®v.15.0 realized by AHRQ methodology. A descriptive statistical analysis and bivariate analysis using chi-square and ANOVA.
Results: The participation grade was 69,4%. Overall, professionals scored PS Culture with 7,32 (1,63) [95% CI 6,65 to 7,99] and 36% of them reported any adverse effects. The best rated dimensions were (positive answers %) "Supervisor/Manager Expectations & Actions Promoting Safety" (79%) and "Teamwork within Hospital Units" (71,72%) and the worst rated were (negative answers %) "Hospital Management Support for PS" (46,67%) and "Staffing" (45,33%). Statistically significant differences between reported adverse events and service (53,3% Hospital Pharmacy versus 10% Internal Medicine, p=0,034), time worked (100% (6-10 years), 66,7% (0-5 years), 21,4 % (>10 years), p=0.035) and staff position (80% pharmacist, 12.5% nurse, 0% physician, p=0,001).
Conclusions: The acquisition of a good culture of PS is key and essential to reduce the risk of adverse effects. It would be interesting to apply this questionnaire to a larger sample in order to obtain results with more statistical power.

Key Words: **Patient safety, drug-related side effects, health care survey.**

Introducción

El famoso aforismo *"primum non nocere"*, atribuido a Hipócrates, ha guiado la práctica sanitaria desde tiempos ancestrales; pero fue realmente en el s.XX cuando el informe *"To err is human"* revolucionó el campo de la seguridad en nuestro ámbito. Hoy en día se asume que la Seguridad del Paciente (SP) es un componente clave de la calidad asistencial y es un derecho universal de todos los pacientes, según declaró la Organización Mundial de la Salud en su "Alianza para la Seguridad del Paciente"[1]. A pesar de estar inmersos actualmente en una profunda y larga crisis económica, no debemos de olvidar que la SP debe ser un reto y una prioridad para todos los profesionales sanitarios.

La aparición de eventos adversos (EA) es una dura realidad que acontece en la sanidad, prueba de ella son la multitud de estudios que se han publicado a lo largo de las últimas décadas[2-5]. Una cultura positiva sobre SP en las instituciones sanitarias se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de EA y así poder aprender de los errores de forma proactiva y rediseñar los procesos de forma que disminuya la probabilidad de que los errores vuelvan a producirse[6]. Por ello, la creación de una cultura de seguridad se considera que es el primer paso para lograr la mejora de la SP y constituye la primera práctica de seguridad recomendada por diversas organizaciones sanitarias, como el *National Quality Forum* (NQF)[7] estadounidense y el británico *National Health Service* (NHS), tal y como se expuso en su conocido documento "La seguridad del paciente en 7 pasos"[8]. NQF señaló, asimismo, la medición de la cultura de seguridad como recomendación capital[9,10]. De hecho, la Agencia de Calidad del Sistema Na-

cional de Salud (SNS) también ha destacado la importancia de la medición de la cultura de seguridad, estableciéndola como indicador de buenas prácticas[10,11].

Para poder medir la cultura de SP de las organizaciones, identificar aspectos de mejora y monitorizar su evolución, la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) diseñó un cuestionario denominado *"Hospital Survey on Patient Safety Culture"* (HSOPS)[6,12].

El objetivo del presente trabajo fue conocer la cultura sobre SP percibida por el personal sanitario.

Método

Estudio piloto descriptivo transversal realizado en un hospital de nivel-II (febrero-marzo 2012). La población de estudio comprendió personal sanitario del Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) y de la Unidad de Corta Estancia de Medicina Interna (UCEMI). Se empleó la versión española del HSOPS, validada por el Ministerio de Sanidad (MS), en colaboración con la Universidad de Murcia[12]. La encuesta fue entregada personalmente o bien a través de la Supervisora de Enfermería, junto con una carátula explicando la finalidad de la misma. El cuestionario era auto-administrado, voluntario y anónimo, y se mantuvo la confidencialidad de los datos. En cuanto a su diseño, contenía 42 ítems (escala *likert* de 5 grados) englobados en 12 dimensiones:

1. Frecuencia de eventos notificados (3 ítems).
2. Percepción de seguridad (4 ítems).
3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad (4 ítems).
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua (3 ítems).
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio (4 ítems).
6. Apertura en la comunicación (3 ítems).
7. Retroalimentación y comunicación sobre errores (3 ítems).
8. Respuesta no punitiva a los errores (3 ítems).
9. Dotación de personal (4 ítems).
10. Apoyo de la Dirección del Hospital en la seguridad del paciente (3 ítems).
11. Trabajo en equipo entre unidades (4 ítems).
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (4 ítems).

Además de las preguntas tipo *likert*, el cuestionario disponía de un ítem general sobre la calificación que cada personal otorgaba a la SP (escala 1:10) y de una pregunta acerca del número de EA notificados por escrito durante el año previo. Por último, el cuestionario incluía variables socio-profesionales (tiempo trabajado en la profesión, en el hospital y en el servicio, horas trabajo/semanales, categoría profesional, servicio, vacunación gripe año previo) y una pregunta de respuesta abierta para comentarios.

Para el registro de los datos se diseñó una base de datos (Microsoft Office Excel®), empleándose el programa SPSS® v.15.0 para su procesamiento estadístico, siguiendo la metodología propuesta por AHRQ[6]. De este modo, para facilitar el análisis de frecuencias de las respuestas, éstas se recodificaron en 3 categorías: negativa (R-) [muy en desacuerdo/en desacuerdo/raramente/nunca], neutral [a veces, ni de acuerdo ni en desacuerdo] y positiva (R+) [de acuerdo/casi siempre/ siempre/muy de acuerdo], analizándose por dimensiones, y el ítem sobre EA se dicotomizó: ninguno/alguno. Se realizó un análisis estadístico descriptivo: media, desviación estándar e intervalo de confianza (IC) [variables cuantitativas] y frecuencias y/o porcentajes [variables cualitativas]. También se llevó a cabo un análisis bivariante entre variables socio-profesionales (servicio, años profesión y categoría profesional) y los ítems de EA y clima de SP percibido mediante prueba de chi-cuadrado (variables cualitativas) y análisis de la varianza (variables cuantitativas) de un factor (ANOVA).

Resultados

Se entregaron un total de 36 cuestionarios, de los que se analizaron 25, obteniéndose un grado de participación de 69,4 %. En la tabla 1 se muestra el perfil socio-profesional de los encuestados. Las dos dimensiones mejor valoradas fueron (% R+): "Expectativas y acciones de la dirección/supervisión del Servicio que favorecen la SP" (79%) y "Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio" (71,72%); mientas que las

Tabla 1
Variables socio-profesionales

Variables socio-profesionales (n= 25)		
Servicio	SFH	60%
	UCEMI	40%
Categoría profesional	No facultativo (DUE, auxiliar de enfermería)	33,3%
	Farmacéutico	41,7%
	Médico	25%
Tiempo trabajado (años): a) profesión	0-5	27,3%
	6-10	9,1%
	>10	63,6%
b) hospital	0-5	50%
	6-10	8,3%
	>10	41,7%
c) servicio	0-5	39,1%
	6-10	34,8%
	>10	26,1%
Horas/semana	<20h	0%
	21-39h	76%
	>40h	24%
Vacuna gripe	Si	12,5%
	No	87,5%

peor valoradas (% R-): "Apoyo de la gerencia del hospital" (46,67%) y "Dotación de personal" (45,33%) (Tabla 2). Aproximadamente, tan sólo la tercera parte (36%) de los profesionales refirió haber notificado algún EA. De forma global, la SP adquirió una puntuación de 7,32 (1,63) [IC95% 6,65-7,99], rango: 4-10, calificando el 68% de los sanitarios con notable o sobresaliente a la SP.

Tras el análisis bivariante (Tabla 3), se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre EA notificados y servicio, tiempo trabajado en la profesión y categoría profesional. El personal que notificó más EA fue aquel con un tiempo trabajado entre 6-10 años y farmacéutico. Se hallaron diferencias no estadísticamente significativas, aunque notables, entre clima de SP percibido y servicio. El personal del SFH puntuó con 7,8 (1,38) [IC95%: 7,04-8,56] *versus* UCEMI, con 6,6 (1,78) [IC95%: 5,33-7,87]. En cuanto a la profesión, el personal no facultativo refirió tener una mayor cultura de seguridad 8,25 (2,12) [IC95% 6,48-10] *versus* farmacéutico 7 (0,82) [IC95% 6,42-7,58], siendo el médico el que peor puntuó a la SP 6,33 (1,37) [IC95% 6,57-7,93].

Discusión

El presente trabajo permite conocer la situación sobre la cultura sobre SP percibida por una muestra de personal sanitario, además de proporcionar información sobre el hábito de notificación de EA. Las encuestas permiten identificar los problemas, puntos fuertes y áreas de mejora, así que pueden ser el punto de partida para trabajar en aquellos aspectos de mejora en SP. Existen en la literatura biomédica diversos cuestionarios para evaluar el clima de SP percibido por los sanitarios, como *Safety Attitudes Questionnaire*, pero se eligió HSOPS por ser una herramienta validada, con un riguroso proceso de construcción previo y amplia experiencia de utilización en EEUU y en nuestro país[6]. Además, se han referenciado en la literatura otras experiencias similares sobre la medición del clima de SP en el ámbito hospitalario[10,13,14] empleando dicha encuesta.

La tasa de respuesta obtenida en nuestro estudio piloto, cercana al 70%, fue bastante superior al estudio dirigido por el MS[6] (40%), pero similar al estudio realizado en Granada,

Tabla 2
Resultados por dimensiones

Resultados de la encuesta HSOPS por dimensiones			
	R + (%)	Neutras (%)	R - (%)
1. Frecuencia EA notificados	70,7%	25,3%	4%
2. Percepción de seguridad	41%	20%	39%
3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad	79%	9%	12%
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua	61,3%	21,3%	17,3%
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	71,7%	15,2%	13,1%
6. Apertura en la comunicación	42,7%	36%	21,3%
7. Retroalimentación y comunicación sobre errores	54,7%	26,7%	18,7%
8. Respuesta no punitiva a los errores	60%	16%	24%
9. Dotación de personal	37,3%	17,3%	45,3%
10. Apoyo de la Dirección del Hospital en la seguridad del paciente	22,7%	30,67%	46,7%
11. Trabajo en equipo entre unidades	45%	18,00%	12%
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	37,4%	17,2%	37,4%

R- : muy en desacuerdo/en desacuerdo/raramente/nunca; Neutras: a veces, ni de acuerdo ni en desacuerdo; R +: de acuerdo/casi siempre/ siempre/ muy de acuerdo.

en el Hospital Virgen de las Nieves (62,8%)[13], aunque se mantuvo dentro del rango descrito en la literatura (40-90%)[10,14]. Este dato, probablemente, podría estar sesgado, en primer lugar, por la reducida población de estudio y, en segundo lugar, por el contacto directo entre el investigador principal y los profesionales sanitarios, ya que este proyecto se llevó a cabo en dos servicios de un hospital general. Se eligió la UCEMI como servicio clínico de estudio, además del SFH, debido a que había un farmacéutico responsable de un programa de Atención Farmacéutica integrado en el equipo interdisciplinar. La presencia de un farmacéutico pudo sesgar, tanto la tasa de respuesta, como los resultados de la misma; quizás si se hubiese incluido otro servicio en el que no estuviese presente un farmacéutico los resultados podrían haber sido distintos.

Los resultados de este trabajo nos muestran que sí que existe cierta cultura sobre SP ya que la calificación global media resultó 7,32; valor que se asemeja a los obtenidos en los estudios respectivos del MS (7)[6], Hospital Virgen de las Nieves (6,57)[13] y Servicios de Urgencias (6,1)[10]. Es destacable el hecho de que la cultura sobre SP fuera mayor, en nuestro estudio, en el SFH que en la unidad médica y también fuera diferente según categoría profesional, siendo el personal no facultativo (auxiliares de enfermería y enfermería) el que más alto calificó el ítem global de SP.

En cuanto a las dimensiones mejor valoradas, recordemos que fueron "expectativas/acciones de los responsables de la unidad que favorecen la SP" y "trabajo en equipo en la unidad. Es cierto que una dimensión de la cultura muy importante tiene que ver con las actitudes y comportamiento de los responsables frente al tema de la SP. En general, tanto en el SFH como en la UCEMI, la percepción es que desde las jefaturas se realizan acciones para promover la SP. También esta dimensión figura entre las más puntuadas en el estudio nacional[6], con una

Tabla 3
Pruebas de significación estadística

Análisis bivariante					
Variable socio-profesional		Cultura de seguridad		Notificación EA	
		Media (desviación estándar) IC 95%	Significación (1)	Frecuencias (%) Alguno (n=9)	Significación (2)
Servicio Clínico	SFH	7,8 (1,38) IC95% 7-8,6	p=0,069	53,3%	p=0,034
	UCEMI	6,6 (1,78) IC95% 5,3-7,9		10%	
Años profesión	0-5	6,7 (0,82) IC95% 5,8-7,5	p=0,705	66,7%	p=0,035
	6-10	7,5 (0,71) IC95% 6,7-8,2		100%	
	>10	7,3 (1,9) IC95% 6,2-8,4		21,4%	
Profesión	No facultativo	8,3 (2,12) IC95% 6,5-10	p=0,068	12,5%	p=0,001
	Farmacéutico	7 (0,82) IC95% 6,4-7,6		80%	
	Médico	6,3 (1,37) IC95% 6,6-7,9		37,5%	

(1) ANOVA; (2) chi-cuadrado con correcciones de Fisher.

calificación de 61,8% (R+), pero a diferencia, en nuestro caso particular, hay que resaltar que esta dimensión sí que podría considerarse como fortaleza, de acuerdo a la clasificación propuesta por AHRQ [≥75% R+ a preguntas formuladas en positivo o ≥75% R- a preguntas formuladas en negativo], al alcanzar 79% (R+).

La segunda de las dimensiones mejor valoradas, que hace referencia al trabajo en equipo dentro de la unidad, alcanzó valores desde 68%, en el estudio realizado en el ámbito de los Servicios de Urgencia Hospitalaria[10], hasta 87% en un estudio llevado a cabo en el Hospital Padre Hurtado[14], en el que se le consideró fortaleza.

En cuanto a las dimensiones peor valoradas, también ocurre algo similar. En la bibliografía de referencia[10,13] la puntuación obtenida acerca de la opinión de los profesionales sanitarios sobre la dotación de recursos humanos en los servicios clínicos comprende un intervalo de valores entre 52-71,9%, rango dentro del cual se sitúa nuestro resultado. La segunda dimensión peor calificada en nuestro proyecto, que versa sobre el apoyo de la gerencia del hospital en el campo de la SP, se asemeja al resultado obtenido en el estudio realizado en el hospital granadino[13] (73,8%), ya que en los trabajos de Saturno *et al* y Roqueta *et al*[10] esta dimensión alcanzó puntuaciones menores, 45,5% y 47%, aproximadamente, resultando, por tanto, mejor valoradas.

Es de destacar la gran valoración de la dimensión "respuesta no punitiva a los EA" que en el análisis llevado a cabo en el Hospital Padre Hurtado alcanzó una media de 63%; además, sólo 40% de los encuestados refirió no haber reportado EA. En el resto de estudios, dicha dimensión no obtuvo tanta puntuación.

Referente al hábito de notificar EA, todavía sigue siendo una práctica que necesita mejo-

rar. En nuestro estudio, el 64% de los profesionales encuestados afirmó no haber notificado ningún EA durante el año previo; este valor fue mayor en el estudio del MS (77,8%) e incluso en el hospital granadino, en el que Skodova *et al.* estimaron dicha cifra en 90,2%[13]. El análisis bivariante puso de manifiesto que existían diferencias estadísticamente significativas entre EA notificados y servicio: siendo el farmacéutico, con un cierta experiencia laboral, el profesional sanitario que notificó algún EA.

Las principales limitaciones de este estudio fueron su reducido tamaño muestral, el sesgo de la no respuesta y su poca especificidad para personal del SFH. Referente a la primera limitación, hubiera sido deseable realizar la encuesta en un mayor número de servicios y/o unidades clínicas para así lograr un mayor tamaño muestral y poder obtener resultados con más potencia estadística con el fin de realizar intervenciones farmacéuticas para mejorar la Seguridad del Paciente en lo que respecta a la farmacoterapia en el ámbito hospitalario. La poca especificidad de la encuesta para personal del SFH es otra de las limitaciones con cierta importancia, ya que no siempre se tiene un contacto directo con el paciente y en muchos de los ítems se preguntaba teniendo en cuenta ese aspecto. Para cubrir este problema, actualmente AHRQ dispone de una encuesta específica para conocer la cultura sobre SP en Farmacias, aunque en el ámbito comunitario[15]. Sería interesante poder disponer de una herramienta exclusiva para medir la cultura de seguridad en los SFH.

Conclusiones

La atención sanitaria está ligada al riesgo de error. Hemos de ser capaces de aprender de la experiencia obtenida para recorrer un largo camino de iniciativas, dentro de la perspectiva de un equipo interdisciplinar e implicando al propio paciente, para fomentar y participar en los programas de seguridad y así adquirir una buena cultura de SP, la cual es clave y fundamental para disminuir la probabilidad de aparición de EA.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Blibliografía

1. World Health Organization. World Health Alliance for Patient Safety, Forward Programme. Geneve: World Health Organization, 2004.
2. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización: ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. [Consultado 16/08/2013]. Disponible en: http://www. seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf.
3. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. APEAS. Ministerio de Sanidad y Consumo.; 2008. [Consultado 16/08/2013]. Disponible en: http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf.
4. Estudio EARCAS. Eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. [Consultado 16/08/2013]. Disponible en: http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/earcas.pdf.
5. Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010 [Consultado 16/08/2013]. Disponible en: http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/docs/estudios/estudio_02.pdf.
6. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009. [Consultado 09/09/2013]. Disponible en: http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf.
7. The National Quality Forum. Safe Practices for Better Health Care. A Consensus report. Washington: NQF, 2003.
8. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA), Sistema Nacional de Salud (NHS). La seguridad del paciente en 7 pasos. Madrid. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de

Sanidad y Consumo; 2005. [Consultado 09/09/2013]. Disponible en: http://www.sefh.es/carpetasecretario/7_PASOS.pdf.
9. The National Quality Forum. Safe Practices for Better Health Care, 2006. Update. Washington: NQF, 2007.
10. Roqueta F, Tomás S, Chanovas MR. 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.
11. Construcción y Validación de Indicadores de buenas prácticas sobre Seguridad del Paciente. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. [Consultado 21/11/2013]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pd.
12. Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes: Versión Española adaptada de Hospital Survey on Patient Safety Culture (Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. [Consultado 21/11/2013]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf.
13. Skodová M, Velasco MJ y Fernández MA. Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel. Rev Calid Asist 2011;26(1):33-38.
14. Análisis de la Cultura sobre Seguridad del Paciente en el hospital Padre Hurtado. [Consultado 21/11/2013]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-6440_EstudioHPH.pdf.
15. Community Pharmacy Survey on Patient Safety Culture [Consultado 21/11/2013]. Disponible en: http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/pharmsurvindex.htm.