

Cultura de la seguridad de los pacientes, factor humano y gestión de los riesgos en servicios de salud

Culture of patient safety, human factor and risk management in health services

Investigadores USAL:

de Lellis, Carlos Martín (cmdelellis@usal.edu.ar); Lucchetti, César; Beines, Federico; Julia, Carlos

Investigadores externos:

Interlandi, Carolina; Brunelli, Maximiliano

Palabras clave: cultura, seguridad, pacientes, riesgo, servicios de salud

Keywords: *culture, safety, patients, risk, health service*

Resumen

Esta investigación se orienta a identificar aspectos vinculados con el factor humano y la cultura de la seguridad de los pacientes (SP) en servicios de salud que se han visto afectados por el fenómeno de la pandemia por COVID-19, de forma tal que puedan orientar intervenciones cuyo objetivo es mejorar el desempeño de los servicios de salud.

Se efectuó una medición cuantitativa mediante la adaptación local del Cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency of Healthcare Research and Quality 2.0 (AHRQ, 2016), aplicado a una muestra de trabajadores pertenecientes a una clínica polivalente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se obtuvieron estos hallazgos: a) Existe una red de apoyo grupal percibida para actuar ante eventos que pueden afectar la SP; b) el interés por la seguridad es manifiesto en todos los equipos y niveles jerárquicos, pero las intervenciones suelen efectuarse luego de que se produzcan incidentes adversos, no para su prevención; d) las respuestas se centran habitualmente en la culpabilización del personal involucrado, lo que refleja una carencia de contención psicológica y capacitación.

Las dimensiones antes descriptas y sus resultados permitieron tener una visión integral sobre los aspectos que pueden incidir en los procesos de mejora en la seguridad de los pacientes en un contexto institucional específico, como el de un establecimiento de salud que debió atravesar las contingencias de la emergencia pandémica, en la cual la cuestión de la seguridad del paciente adquirió un carácter totalmente prioritario para la gestión asistencial.

Abstract

This research project is aimed at identifying aspects related to the human factor and the culture of patient safety (PS) in health services that have been affected by the COVID-19 pandemic, in such a way that they can guide interventions whose objective is to improve the performance of health services.

Quantitative measurement was carried out using a local adaptation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture Questionnaire of the Agency of Healthcare Research and Quality 2.0 (AHRQ, 2016). The questionnaire was applied to a sample of staff from a multi-purpose clinic in the Autonomous City of Buenos Aires. The main results were: a) There is a perceived group support network to act in the face of events that may affect SP; b) The interest in safety is evident in all teams

and hierarchical levels, but interventions are usually carried out after adverse incidents, not for their prevention; d) The responses usually focus on the the staff being blamed, reflecting a lack of psychological support and training.

The above described dimensions and their results have allowed a comprehensive vision of the aspects that can influence the processes of improvement in patient safety in a specific institutional context, such as a health establishment that had to go through the contingencies of the pandemic emergency, in which the issue of patient safety has become a top priority for healthcare management.

Introducción: factor humano y cultura de la seguridad en el proceso de atención

En la actualidad, la seguridad del paciente ha cobrado gran importancia, debido a que se estima, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD) que, mundialmente, uno de cada diez pacientes hospitalizados sufrió eventos negativos asociados a las prácticas en los sistemas de salud (OECD, 2018).

La seguridad de los pacientes tiene como objetivo la prevención, reducción y atención de los efectos adversos (EA) asociados a la atención provista por los servicios de salud. Los EA son acontecimientos producidos durante la asistencia que suponen consecuencias negativas para los pacientes, tales como fallecimientos, lesiones, la incapacidad física y/o mental, la prolongación indebida de la estancia hospitalaria y/o el incremento del consumo de recursos asistenciales adicionales, tales como procedimientos diagnósticos o tratamientos (Aranaz *et al.*, 2008).

La cultura de seguridad del paciente en las organizaciones de salud se puede identificar a partir del desarrollo de sistemas de notificación de incidentes y la actitud del personal de salud, para utilizarlos y aprender de ellos, así como para participar en el rediseño de procesos que eviten que se repitan. Esto nos lleva a jerarquizar la relevancia del factor humano, constituido por los factores psicosociales —la comunicación abierta, la confianza mutua, el tipo de liderazgo, la disposición al cambio— que afectan la interacción humana en el ámbito del trabajo. A través del análisis de tales atributos resulta posible identificar las potencialidades y debilidades institucionales para desarrollar prácticas seguras.

Respecto de las intervenciones para abordar los incidentes y eventos adversos en las instituciones hospitalarias, la evidencia empírica ha subrayado el beneficio de las estrategias que realiza el estudio de un incidente o EA, el cual indaga sobre el individuo, la tarea, el equipo humano y el lugar de trabajo, para encontrar los eventuales riesgos y aplicar mejoras a los problemas. Este enfoque promueve el aprendizaje colectivo y la corrección de factores latentes, ya que estudia las características del paciente o del sistema que pueden contribuir a la producción de un incidente, contradiciendo la recurrente tendencia a identificar a quién ha cometido el fallo para adoptar una medida punitiva, lo cual refuerza a la vez una conspiración de silencio por miedo al castigo (Reason, 1998).

Si una organización realiza procesos seguros, los resultados serán positivos para los pacientes y el personal (Reason y Hobbs, 2003). Algunos atributos culturales tales como la comunicación abierta basada en la confianza mutua, la gestión del riesgo, el liderazgo, las percepciones acerca de la seguridad y el aprendizaje organizacional contribuyen a la mejora asistencial (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

El cuestionario denominado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* diseñado por la Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ) se ha utilizado para efectuar encuestas en diversos países. Este recopila información sobre los resultados de la cultura de seguridad (frecuencia de eventos notificados, percepción de seguridad); las dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de Unidad/Servicio (expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad, aprendizaje organizacional/mejora continua, trabajo en equipo en la Unidad/Servicio, franqueza en la comunicación, *feedback* y comunicación sobre errores, respuesta no punitiva a los errores, dotación de personal y apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente); las dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital (trabajo en equipo entre unidades/servicios, problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades).

En los Estados Unidos, varios hospitales llevan a cabo anualmente la encuesta sobre cultura de seguridad del paciente, utilizando el cuestionario mencionado. Los resultados de la encuesta realizada en 2010 en 885 hospitales muestran que las dimensiones con la menor puntuación fueron la de respuesta no punitiva al error y la de problemas durante los cambios de turno o traslado de pacientes entre unidades o servicios, en tanto que las dos dimensiones con las puntuaciones máximas fueron la de trabajo en equipo dentro del servicio y la de acciones de la gerencia o la dirección para promover la seguridad (Agency for Healthcare Research and Quality, 2016).

En España se llevó a cabo un estudio similar utilizando el mismo cuestionario, en una muestra aleatoria de 24 hospitales en 2009 (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). La dimensión con la menor calificación fue la correspondiente a dotación de personal y la más alta calificación la obtuvo la dimensión de acciones de las áreas directivas para favorecer la seguridad, incluyendo tópicos tales como dirección, supervisión y jefaturas de servicio.

En Argentina, se determinó la percepción de la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de salud del Hospital Privado de Córdoba en el año 2015. Las áreas de fortaleza identificadas correspondieron al aprendizaje organizacional/mejora continua y al trabajo en equipo en la unidad/servicio, mientras que la única dimensión evaluada como debilidad fue la referida a la dotación de personal (Ramos *et al.*, 2017).

Más allá de los datos obtenidos en cada estudio, lo más importante es el análisis que se debe hacer en cada situación particular y su utilización como insumo para definir acciones que deben efectuarse, con el fin de mejorar la cultura de seguridad de los pacientes.

En síntesis, los supuestos básicos que guían nuestra aproximación conceptual y empírica al problema de la seguridad y calidad en la atención de los pacientes son: a) La producción de servicios sanitarios involucran una combinación de interacciones humanas y tecnológicas, las cuales suponen un riesgo creciente de eventos adversos; b) Identificar y evaluar la cultura de la seguridad es esencial para minimizar tales eventos adversos; c) Para que los servicios de salud produzcan la menor cantidad posible de errores, la conformación de los equipos de salud debería ser de carácter interdisciplinario; d) El análisis del factor humano, que compone la cultura institucional, permite identificar potencialidades y debilidades para desarrollar prácticas seguras; e) El desarrollo de una cultura de la seguridad implica un proceso gradual y sostenido de intervenciones, las cuales deben ser evaluadas y ajustadas sistemáticamente.

Impacto del fenómeno pandémico

En el período más reciente se ha producido en todo el mundo un hecho altamente relevante: la emergencia del fenómeno pandémico asociado al contagio por COVID-19. Este fenómeno ha producido un gran impacto sobre la práctica de los servicios, en virtud de varios factores concurrentes: a) Las medidas de aislamiento y/o cuarentena impuestas por los poderes públicos; b) El control de factores de riesgo que pudieran convertirse en vectores potenciales de la enfermedad; c) Las medidas de vigilancia epidemiológica, cuyo propósito ha sido detectar posibles portadores de síntomas compatibles, detener la cadena de contagios y garantizar el debido tratamiento.

En el caso específico de las instituciones sanitarias especializadas en psiquiatría y/o gerontología, se observó durante el contexto de pandemia y aislamiento sanitario que las prácticas vinculadas con las internaciones prolongadas y la proximidad física en un contexto de convivencia forzada implicaban mayor riesgo de contagio entre los internados. Debían añadirse, a esta circunstancia de riesgo propio de todo establecimiento sanitario, la condición añosa y las comorbilidades clínicas de los internados, que aumentaban su vulnerabilidad.

Por ello, entre los aprendizajes positivos fundamentales que ha dejado la pandemia en las instituciones se cuenta la necesidad de garantizar prácticas seguras que, de un modo continuo y sistemático, brinden protección tanto al personal de salud como a las personas asistidas por la institución. Tales medidas resultaban relevantes no solo para garantizar mayor seguridad y calidad en un contexto amenazante, sino que además ofrecían una contribución indirecta a la protección y el bienestar de los trabajadores.

Hipótesis y objetivos

La hipótesis central es que los procesos asistenciales son cada vez más complejos, debido a que involucran una combinación de interacciones humanas, relacionadas con la actuación de profesiones diversas y el empleo de una variada gama de tecnologías, lo que significa un riesgo creciente de EA. La hipótesis parte del reconocimiento de que en el desempeño diario de los establecimientos y en las modalidades a través de las cuales los empleados llevan a cabo su trabajo es donde se pone de manifiesto la cultura de la seguridad (Rocco y Garrido, 2017) y, por ende, si se efectúan procesos de mejora, estos deberían producir cambios positivos en la cultura organizacional (Reason, 1998; Wołoszynowych *et al.*, 2005).

Esta investigación se orienta a conocer también ciertos aspectos vinculados con el Factor Humano (FH) y la cultura de la seguridad de los pacientes en servicios de salud que se han visto afectados por el fenómeno de la pandemia por COVID-19, a fin de orientar intervenciones cuyo objetivo es mejorar el desempeño de los servicios de salud a través de equipos interdisciplinarios, utilizando herramientas para el mejoramiento continuo de los procesos, en función de los problemas priorizados y las dinámicas organizacionales (La Pietra *et al.*, 2005).

Método

Para la medición cuantitativa de las variables analizadas se ha utilizado el instrumento Cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ), en su versión en español 2.0. A fin de lograr la adaptación transcultural del instrumento en el contexto local, se siguieron las recomendaciones de la International Test Commission del año 2017.

Se procedió a tomar una serie de diez entrevistas cognitivas con personal de salud, las cuales se efectivizaron para comprobar la comprensión de las palabras, las frases y ajustar la formulación de las preguntas, adaptándolas al vocabulario de uso frecuente. También se realizó una revisión de las dimensiones y variables del instrumento base, agregando aquellos temas e ítems que se consideraron importantes para medir comportamientos, actitudes, prácticas y percepciones. Se aplicó también un instrumento de relevamiento de datos sociales y laborales que comprendió preguntas sobre profesión, antigüedad en su actual profesión/especialidad, en qué año comenzó a trabajar en el hospital, en qué servicio trabaja, en qué año comenzó a trabajar en su servicio, cuál es su carga horaria semanal y su puesto actual de trabajo. La recolección de datos, mediante una encuesta de carácter anónimo, fue realizada entre abril y julio de 2021.

La institución sede del estudio ha sido originalmente de tipo monovalente —psiquiátrica—, pero actualmente se halla en proceso de transformación hacia un establecimiento que brinda cuidados integrales de salud. La muestra estuvo conformada por 98 personas. De ellos, 30 eran enfermeros, 16 profesionales de diferentes disciplinas, 10 administrativos y 42 se dedicaban a tareas de mantenimiento y limpieza. Más de la mitad de las personas entrevistadas ($n=51$) tienen entre 1 a 5 años de antigüedad en el establecimiento. Solo 8 tienen menos de un año en la institución y el resto más de 6 años. 40 entrevistados trabajan en la Unidades de Salud Mental y el resto realiza tareas en varios lugares y servicios del establecimiento. El 61,2 % ($n=60$) trabaja entre 30 y 40 horas semanales; el 23,5 % ($n=23$) menos de 30 y un 14,3 % ($n=14$) más de 40.

El cuestionario del que se dispone posee propiedades psicométricas satisfactorias, desde el punto de vista de la consistencia interna y de las evidencias de validez de constructo. La confiabilidad del instrumento, calculada mediante el alfa de Cronbach fue de .870, considerada como aceptable de acuerdo con los parámetros convencionales para este tipo de medidas (George y Mallery, 2003).

El instrumento mencionado recopila información sobre resultados de la cultura de seguridad (frecuencia de eventos notificados, percepción de seguridad); cultura de seguridad a nivel de Unidad/Servicio (expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad, aprendizaje organizacional/mejora continua, trabajo en equipo en la Unidad/Servicio, franqueza en la comunicación, *feedback* y comunicación sobre errores, respuesta no punitiva

a los errores, dotación de personal y apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente); cultura de seguridad en todos los niveles del hospital (trabajo en equipo entre unidades/servicios, problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades). Se complementó este relevamiento mediante la realización de entrevistas cualitativas y/o grupos focales a informantes claves y calificados que permitieran ahondar en alguna/s de las problemáticas relevadas.

Con el objetivo de estudiar las dimensiones subyacentes al cuestionario se llevó a cabo un estudio factorial exploratorio de los reactivos de la técnica sometido a rotación Varimax; con la finalidad de lograr factores con correlaciones altas en un número pequeño de variables y correlaciones nulas en el resto, quedando así redistribuidas las varianzas. Se consideró que como mínimo cada factor debía estar compuesto por al menos 3 variables con pesos substanciales (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010).

Asimismo, para definir la agrupación de los reactivos se optó por mantener aquellos elementos que obtenían cargas iguales o superiores a .40 en un único factor y, como estrategia metodológica, aquellos ítems que no cumplieron este requisito fueron excluidos del análisis.

Resultados

- a) Se obtuvieron 5 dimensiones, con una cantidad final de reactivos incluidos en el análisis cuyos componentes permiten ordenar la presentación de los principales hallazgos observados. Procesos de seguridad y mejora continua, apoyo de las autoridades: en cuanto a la revisión periódica de los procesos de trabajo, el 46,7 %, es decir, 44 de los participantes informaron que sí se realiza; en cambio, para 28 personas de la muestra (33,4 %) esto no ocurre. Un porcentaje alto de los entrevistados, el 63 %, siente que se aprende de los problemas ocurridos (n=58). En 42 de los casos (46 %) se percibe que el supervisor, director o jefe clínico considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes. Para el 55,1 % (n=54) de los entrevistados la seguridad es la prioridad principal.
- b) Comunicación y cooperación del personal en seguridad de los pacientes: se constata sobrecarga de trabajo para el personal; la colaboración entre pares se da en el 71,5 % de los casos (n=70). El 50 % (n=46) opina que el recurso humano con el que se cuenta es el suficiente para realizar las tareas. En 42 de los casos (46 %) se percibe que el supervisor, director o jefe clínico considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.
- c) En cuanto a la comunicación, el 33,7 % de la muestra (n=31) piensa que siempre se les dice sobre los eventos que afectan la seguridad del paciente; el 18,5 % (n=17) que esto ocurre algunas veces; el 17,4 % (n=16) que esto pasa rara vez; el 16,3 % (n=15) percibe que se hace la mayoría de las veces, y 6 personas (6,5 %) piensan que no pasa nunca. Es importante mencionar que solo para el 37 % (n=34) se habla siempre sobre las formas de evitar que vuelvan a ocurrir estas situaciones.
- d) Respuesta frente a los incidentes y/o eventos adversos: para el 30,6 % de los casos (n=28), cuando ocurre una falla se culpabiliza a una persona, pero para casi el mismo porcentaje de encuestados esto no sucede, ya que 28 (el 28,6 % de entrevistados) prefieren tener una respuesta neutra al respecto.

Sin embargo, consideran que falta apoyo para el personal involucrado en los problemas de seguridad del paciente casi el 40 % de las personas (n=38). Esto concuerda con que casi el 50 % admite que la dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un evento adverso.

Respecto del trabajo en equipo, ritmo de trabajo y miedo a hablar frente a una falla, se constató que, en cuanto a la cantidad de horas trabajadas, el 28,3 % percibe que sí trabajan más horas de lo que es mejor para la atención del paciente. Sin embargo, el mismo número de entrevistados opina lo contrario y 16 (el 17,4 %) no se expresa al respecto.

No obstante, si bien el 43,5 % (n=40) de entrevistados no tiene miedo de preguntar cuando algo parece no estar correcto y podría llegar a producir una falla para la seguridad del paciente, más de la mitad (56,5 %) sí admitió temor de expresarse en una situación de este tipo.

e) Es necesario destacar que, en cuanto a la calificación que se le da a la seguridad del paciente, esta es considerada buena en el 35,9 % de los casos (n=33) y regular en el 34,8 % (n=32); el resto de las personas la ven como muy buena o excelente (menos del 20 %), y el 6,5 % la percibe como mala.

De las entrevistas individuales aplicadas a informantes y los grupos focales convocados se identificaron los siguientes aspectos que pueden obrar como obstáculos o causas que incidan negativamente sobre la seguridad del paciente: a) Falta de compromiso, atención y dedicación a la tarea específica; b) Sobrecarga de trabajo; c) Falta de tiempo y escucha hacia los pacientes; d) Escasa mirada preventiva y dedicación excesiva a la fase aguda de una problemática; e) Se utiliza poco la palabra y se medicaliza en exceso la atención.

Discusión

Como hemos observado ya en antecedentes relevados, el interés por la seguridad es manifiesto en todos los equipos y niveles jerárquicos, pero a menudo las intervenciones y los procesos de mejora se efectúan luego de que se producen fallas o incidentes, no para prevenirlos. Asimismo, la percepción de una sobrecarga horaria, tal como se infiere de las encuestas realizadas, podría ser un factor coadyuvante para incrementar la inseguridad en el trabajo.

Otro de los aspectos señalados en los estudios citados y que cabe recordar en estas conclusiones finales es la percepción extendida en torno al papel positivo que cumple la red de apoyo grupal para actuar ante situaciones que pueden afectar la seguridad. Si bien la calificación general sobre la seguridad en la atención es buena, poco personal piensa que es muy buena o excelente, lo cual es un analizador a considerar para futuras intervenciones y para motivar al equipo de salud en función de las dimensiones exploradas en este trabajo. Uno de los datos que debe considerarse en favor de la sustentabilidad de iniciativas futuras es el compromiso manifiesto de los directivos, cuestión fundamental para que se instale una cultura de la seguridad en los establecimientos de salud, del que participen todos aquellos actores que se encuentren implicados y sensibilizados en torno a este tema.

Asimismo, tal como ha sido reportado en trabajos que antecedieron al presente y que se refuerzan en el actual relevamiento, los aspectos positivos destacables en cuanto a la seguridad en el proceso de atención implican una alta valoración del aprendizaje personal y del grupal, e incluyen la importancia de contar con una red grupal de apoyo y una adecuada coordinación del trabajo en equipo.

No obstante, y como se ha planteado en la cuarta de las dimensiones desplegadas en el análisis, se observa un alto porcentaje de respuestas que centran en la culpabilización personal gran parte de la resolución del problema, develando la percepción de que subsisten carencias en el nivel de apoyo y contención al personal involucrado.

Transferencia institucional

Efectuado el relevamiento y completada la devolución a las autoridades, se acordó realizar una intervención institucional de mejoramiento en la calidad del proceso de atención, cuyo propósito ha sido incidir mediante una intervención continua y sistemática sobre aspectos institucionales que tuvieran mayor incidencia en la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.

Se constituyó un Comité *ad hoc*, compuesto por distintas especialidades disciplinarias —medicina clínica, enfermería, psiquiatría, psicología— y/o por referentes designados en cada servicio, para la elaboración, ajuste e implementación de un protocolo cuyo objetivo es guiar las prácticas de comunicación *online* con el fin de disponer de información que asegure la adecuada gestión de los pacientes en situación de emergencia y/o intercurrentia clínica, y en la cual participen miembros de los equipos de guardia (clínica médica) y miembros de los equipos de enfermería.

El protocolo, que debe regir para todas las solicitudes intrainstitucionales que requieran abordaje por la guardia, está orientado a la prevención de eventos adversos tomando en cuenta los atributos culturales de la seguridad de los trabajadores en el proceso de atención, y tiene como fin: a) Optimizar la comunicación entre el equipo de salud y el personal del servicio de guardia; b) Dirigir los pedidos de urgencias intrainstitucionales al servicio de guardia del establecimiento; c) Organizar y prio-

rizar los pedidos de asistencia por guardia según un grado de menor a mayor urgencia; d) Determinar el margen de tiempo para intervenir en cada situación clínica por parte de la guardia; e) Sistematizar y asegurar un adecuado registro de las prácticas implementadas; f) Disminuir la incertidumbre en el manejo de situaciones clínicas; g) Reducir la variabilidad indeseada en cuanto a la resolución de los problemas atendidos por la guardia a pedido del equipo de salud.

Conclusiones

Las dimensiones antes descriptas y sus resultados permitieron tener una visión integral sobre los aspectos que pueden incidir en los procesos de mejora en la seguridad de los pacientes en un contexto institucional específico, como el de un establecimiento de salud que, a la par de desarrollar iniciativas de reforma y apertura de servicios, debió atravesar las difíciles contingencias de la emergencia pandémica, en la cual la cuestión de la seguridad del paciente adquirió un carácter prioritario para la gestión asistencial.

Podría conjeturarse que el desarrollo de la interdisciplina y de los procesos comunicacionales son fundamentales para fortalecer la cultura de la seguridad, ya que son cuestiones centrales que pueden incidir en la mitigación de los incidentes y los eventos adversos. Asimismo, es prioritaria la formación de todo el personal asistencial para detectar y analizar situaciones de riesgo y eventos adversos en los usuarios con padecimiento psíquico, ya sea en régimen ambulatorio o, principalmente, aquellos que se hallen en la condición de internados.

Sin embargo, en términos de gestión organizacional, subsiste el problema de que no parece haberse desarrollado una cultura de la seguridad que actúe proactivamente ante estas situaciones. A la luz de los datos relevados, se impone como necesario conformar un equipo adecuadamente calificado abocado a la adaptación y/o elaboración de protocolos y otras herramientas de estandarización/mejora de procesos para la seguridad de los pacientes.

Por último, cabe señalar que, pese a la relevancia del problema analizado, las investigaciones en la región aún son fragmentadas y poco sistematizadas, y no se reflejan a su vez en respuestas acordes a las necesidades de los pacientes y los trabajadores del sector salud.

Referencias

- Agency for Healthcare Research and Quality. Surveys on patient safety culture. Rockville MD: AHRQ (2016). <http://bit.ly/1TW3vG6>
- Aranaz, J. M., Aibar, C. (2008). Marco conceptual de la Seguridad Clínica del Paciente. En Aranaz J. M., Aibar, C., Vitaller, J. y Mira, J. J. (eds.), *Gestión Sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes* (pp. 407-416). Madrid: Mapfre-Díaz de Santos.
- Ferrando, P. y Anguiano-Carrasco C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, v. 31, n. 1, p. 18-33.
- George, D.; Mallery, P. (2003) *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*. 11.0 update. 4. Boston: Allyn & Bacon.
- La Pietra, L., Moledini, L., Quattrin, R., Brusaferro, S. (2005). Medical errors and clinical risk management: state of the art. *Acta Otorhinolaringologica of Italy*, 25, pp. 339-346.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *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.
- OECD (2018). The economics of patient safety in primary and ambulatory care. <https://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>
- Ramos F. A., Coca S. M., Abeldaño R. A. (2017). Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. *Enfermería Universitaria*, 14/1, pp. 47-53.
- Reason J. (1998). Achieving a safe culture: Theory and practice. *Work & Stress*. 1998; 12/3, pp. 293-306.

- Reason, J. y Hobbs, A. (eds) (2003). *Managing Maintenance Error. A Practical Guide*. Hampshire, England: Ashgate Publishing Company.
- Rocco, C., Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*; 28/5, pp.785-795.
- Woloshynowych, M., Rogers. S., Taylor-Adams, S. y Vincent, C. (2005). The investigation and analysis of critical incidents and adverse events in healthcare. *Health Technology Assessment*; 9/19, pp.1-143.