

LA NOTIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS. PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

*Pérez-Carrión, A., Machado, F.
Servicio de Ginecología
Hospital Reina Sofía. Murcia*

*García-Calvo, T.,
Abogada*

*Osuna, E.
Area de Medicina Legal y Forense
Universidad de Murcia*

SUMARIO: 1. Introducción. 2. Material y método. 3. Resultados. 4. Discusión. 5. Bibliografía.

RESUMEN

La calidad en la prestación sanitaria constituye un factor decisivo para elevar la confianza en el sistema de salud y en los profesionales sanitarios. Es muy importante compartir resultados y conocimientos para fomentar la cultura de la seguridad del paciente, contribuyendo a la mejora de la calidad asistencial. Los sistemas de notificación de eventos adversos permiten poner en conocimiento del resto de los profesionales una serie de eventos o errores que afectan de forma directa a la seguridad del paciente, lo que posibilita su análisis para identificar los factores de riesgo y la forma de evitarlos.

El objetivo de este trabajo es analizar las opiniones y percepciones de los profesionales sanitarios en relación a la causa de los errores médicos en su centro de trabajo, así como la notificación de los mismos.

Hemos realizado un estudio descriptivo y observacional en 2186 profesionales sanitarios que ejercen su labor asistencial en centros sanitarios públicos de

la Región de Murcia (32,4% varones y 67,6% mujeres) de una edad media de 38,7 años (rango de 19 a 67 años). El 92,8% de la población estudiada opina que es beneficiosa la comunicación de errores para la correcta atención sanitaria y el 47,9% desconoce la existencia de “sistemas de notificación voluntaria de errores”. El 78,5% de la población nunca ha revelado un error médico en su centro de trabajo y casi la mitad de la muestra (49,2%) opina que hablar de efectos adversos genera una mala imagen de los profesionales sanitarios. Los pacientes que sufren un efecto adverso tienen el derecho a recibir información sobre lo ocurrido. Una correcta y planificada comunicación, que incluya una disculpa puede mitigar la desconfianza de los pacientes y el descrédito que surge ante un evento adverso.

PALABRAS CLAVE

Seguridad del paciente, eventos adversos, profesionales, pacientes..

1. INTRODUCCIÓN

Todos somos testigos de la trascendencia que en los últimos años ha adquirido la seguridad del paciente en los servicios de salud. En nuestros días la asistencia es considerablemente más compleja y conlleva un mayor riesgo. A su vez, el cambio en la relación médico paciente y el protagonismo que este adquiere se traduce en una menor tolerancia ante los riesgos de la asistencia sanitaria (Aranaz y cols. 2004). Por estas razones es necesario realizar un análisis profundo sobre la incidencia e impacto de los eventos adversos que origina la asistencia sanitaria conociendo las causas, frecuencia y su distribución, sin embargo las referencias a la seguridad del paciente en muchas ocasiones se limitan al análisis de incidentes esporádicos y no al estudio pormenorizado y profundo para evitar su reiteración, minimizando los riesgos de la asistencia sanitaria.

En España, se realizó el proyecto de investigación Identificación de Efectos Adversos (IDEA) (Aranaz, 2004) en el que se observó una incidencia del 9,3% y posteriormente a iniciativa del Ministerio de Sanidad, se llevaron a cabo dos estudios descriptivos para caracterizar y medir la frecuencia de los eventos adversos, uno en las unidades de hospitalización (ENEAS) y otro en atención primaria de salud, el Estudio APEAS.

Según el estudio ENEAS, la incidencia de los efectos adversos en hospitales españoles es similar a la que se registra en hospitales americanos y europeos; las tres causas inmediatas de eventos adversos están relacionadas con la medicación, las infecciones nosocomiales y las relacionadas con problemas técnicos. Pero quizás, la conclusión más importante es que el 42,6% de los efectos adversos podrían ser evitables. En el estudio realizado en atención primaria (APEAS) se encontró una incidencia del 0,8% considerando el total de consultas, lo que equivale a que un 6% del conjunto de los pacientes atendidos en atención primaria sufren un efecto adverso, el 5,9% con graves consecuencias y el 64,3% evitables. En cuanto a su naturaleza, el 47,8% estuvieron relacionados con la medicación. Al analizar la gravedad e impacto de los mismos pudo observarse que la mayor parte de los mismos tuvieron un carácter leve, resolviéndose en el propio centro de salud. El 70% de los efectos adversos que aparecen en el primer nivel asistencial son valorados por los propios profesionales como evitables.

Los eventos adversos que se consideran prevenibles reciben la calificación de errores. Según el informe *Improving Diagnosis in Health Care* (Mejorando el Diagnóstico en Atención de Salud) de la National Academies of Sciences-Engineering-Medicine y tras los análisis de los historiales médicos y de los datos de autopsia los errores de diagnóstico conllevan un porcentaje del 17% de los efectos adversos hospitalarios con un 10% de fallecimientos de pacientes (Committee on Diagnostic Error in Health Care, 2015). En una revisión sistemática realizada en Atención Primaria en 2016, Panesar y cols. (2016) encuentran entre 1 y 24 incidentes de cada 100 pacientes atendidos, con una media de 2-3 incidentes de cada 100 consultas. En el 96% de los casos no se provocan daños graves al paciente. Los tres tipos de errores más frecuentes son administrativos y por fallos en la comunicación, errores de diagnóstico y de prescripción.

La preocupación por el error médico crece año tras año debido al aumento de reclamaciones por parte de los pacientes y sus familiares (Wolf y cols. 2004). Han pasado casi dos décadas de la publicación por parte del Institut of Medicine en Estados Unidos, del artículo "To err is human: Building a Safer Health System", en el que se denunciaba que entre 44.000 y 98.000 americanos morían al año como resultado del error médico (Kohn y cols. 1999) y en base a ello, se reclamaba un aumento de seguridad en la práctica médica; cinco años más tarde, y gracias al estímulo que supuso esa publicación en todos los sectores implicados en la seguridad del paciente, se objetivó una mejora sustancial en este problema (Leape y Berwick, 2005).

Hay numerosas publicaciones en las que se hace referencia al coste económico que supone este problema (De Rezende, 2012; Gilman, 2015). En Estados Unidos, se estima que el coste asociado a errores médicos, es de 17 a 29 billones de dólares, siendo la causa principal, la administración errónea de medicamentos (Gamonal, 2014). En 2013 se publicó el coste que para la sanidad española supone la no seguridad del paciente: en pacientes hospitalizados el gasto derivado fue de 2474 millones de euros y de 960 millones para los pacientes no hospitalizados. Todo ello supone el 6% del gasto sanitario público (Antoñanzas, 2013). A partir de la realización de estos estudios APEAS y ENEAS se han puesto en marcha iniciativas institucionales para crear entornos organizativos más seguros, poniendo un especial énfasis en la seguridad de las prescripciones (Carrió, 2012; De la Fuente, 2013).

Actualmente, y a través de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Política Social, existe a nivel nacional el “Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP) (Romeo Casabona, 2011; Tomás y cols., 2013; Beristain, 2013). Se trata de un sistema de notificación de incidentes que permite poner en conocimiento del resto de los profesionales una serie de eventos o errores que afectan de forma directa a la seguridad del paciente, lo que hace posible su análisis para identificar los factores de riesgo y la forma de evitarlos, para anular la posibilidad de que vuelvan a producirse.

En España, existe un porcentaje alto de implantación de los Sistemas de Notificación de eventos adversos. En casi la totalidad de las Comunidades Autónomas, se llevan realizando acciones de mejora desde que se implantó el sistema de notificación. Es muy importante compartir resultados y conocimientos para fomentar la cultura de la seguridad del paciente, contribuyendo a la mejora de la calidad asistencial. En este sentido, el aprendizaje, en base a los errores cometidos, es fundamental para la consecución del objetivo final: la mejora en la calidad y la seguridad clínica. Como afirma Sir Liam Donaldson, Presidente de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (OMS, octubre 2004), “Errar es humano. Ocultar los errores es imperdonable. No aprender de ellos no tiene perdón”.

El objetivo de este trabajo es analizar las opiniones y percepciones de los profesionales sanitarios en relación a la causa de los errores médicos en su centro de trabajo, así como la notificación de los mismos.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado un estudio descriptivo y observacional en profesionales sanitarios que ejercen su labor asistencial en centros sanitarios públicos de la Región de Murcia, bajo el compromiso del cumplimiento de las normas éticas de investigación y de los requerimientos legales imprescindibles para su desarrollo. En todo momento se ha respetado la normativa que garantiza la confidencialidad de los datos de carácter personal y su tratamiento automatizado, de acuerdo a la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal (Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal).

La muestra está compuesta por un total de 2186 profesionales sanitarios. Para la realización del estudio se visitaron 57 centros asistenciales de la Región de Murcia (10 hospitales, 35 centros de salud, 11 consultorios y el Centro Regional de Hemodonación). El 32,4% son varones y el 67,6% son mujeres. En relación a la variable edad, la media es de 38,77 años (Rango de 19 a 67 años). Hemos de destacar que el 49,6% de los sujetos tienen una edad comprendida entre 31 y 50 años, el 35,5% de una edad menor o igual a 30 años y el 14,9% son mayores de 50 años. Atendiendo a la cualificación profesional, los médicos representan el 26,8% de la muestra, el 72,2% son enfermeros /fisioterapeutas /matronas y el 1% son farmacéuticos. Según los años de ejercicio profesional, la mayoría (59,62%) han ejercido entre 11 y 30 años (22,47 % menor/igual 10 años; 17,91 % mayor de 30 años). El 95 % de los encuestados tiene contacto directo con los pacientes, en su actividad profesional. El 21,8 % de los profesionales estudiados pertenecen a Atención Primaria y el 78,2 a Atención Especializada.

Una vez seleccionada la muestra, hemos utilizado para la recogida de datos, un cuestionario, con método de preguntas abiertas y cerradas y con un período previo de validación, compuesto de 20 ítems. Los primeros 7 ítems recogen aspectos socio-demográficos y aspectos relacionados con el lugar de trabajo (sexo, edad, categoría profesional, años de ejercicio profesional, servicio o unidad clínica y centro gestor). Los ítems restantes analizan cuestiones relacionadas con los eventos adversos y errores médicos y la posibilidad de respuesta se recoge en una escala de 1 a 4, donde 1 es “muy en desacuerdo” y 4 es “muy de acuerdo”; se añade NS/NC para la opción “no sabe/no contesta”. Finalmente hemos agrupado los ítems en torno a un proceso que hemos denominado “Evitación del Error Médico” y hemos sumado las cuestiones que lo favorecen, restando los ítems que lo dificultan.

Los datos fueron procesados con el paquete estadístico SPSS 22.0 para Windows. Después de una depuración de los mismos, buscando los valores que estaban fuera de rango y las incoherencias entre variables, se obtuvo una distribución de frecuencias resumiendo los valores de las variables cuantitativas de los distintos grupos mediante media, mediana y desviación estándar.

Las comparaciones entre variables de tipo continuo se realizaron con el test “t de Student” combinada o con el test de Behrens-Fisher, según hubiera o

no homogeneidad de varianzas entre las dos muestras. Cuando se trataba de comparar datos de variables de tipo discreto entre dos grupos, como son las respuestas a los ítems de los diversos procesos o cuando la distribución de las variables en cada grupo se alejaba demasiado de la normalidad, se realizó un test no paramétrico de Mann-Whitney.

Para el análisis de la relación entre diversas variables cualitativas y para la comparación de los correspondientes porcentajes entre los diversos grupos formados, se realizó un análisis de tablas de contingencia mediante el test Chi-cuadrado de Pearson, realizando a continuación el subsiguiente análisis de residuos mediante el que valoramos si el porcentaje de un resultado en algún grupo difería de manera significativa respecto al correspondiente porcentaje global en la muestra. En todos los casos se consideró como estadísticamente significativa una diferencia entre grupos o una relación entre variables ante un nivel de significación $P < 0,05$.

3. RESULTADOS

La escasa consulta de la historia clínica, su no actualización y la inclusión de anotaciones que no se entienden son algunas de las causas de errores médicos. Les hemos preguntado a los profesionales sobre el grado de consulta de la historia clínica entre los miembros del servicio. El 78% de los encuestados están de acuerdo/muy de acuerdo en afirmar que se consulta la historia clínica del paciente de manera suficiente. Hemos encontrado diferencias en las contestaciones entre los diferentes profesionales; en este sentido, los farmacéuticos opinan que la historia clínica se consulta poco o muy poco ($p < 0,001$), a su vez, entre los profesionales de Primaria es mayor el porcentaje de quienes contestan que se consulta suficientemente la historia clínica, en relación a los de Especializada ($p < 0,001$). En lo que respecta a si el contenido de la historia clínica se actualiza y se añaden las anotaciones de forma precisa, de nuevo, una amplia mayoría (77,46%) están de acuerdo en el enunciado. En esta pregunta, nuevamente destaca el hecho de que los farmacéuticos consideran que no se actualiza de forma adecuada la historia clínica ($p < 0,001$). La gran mayoría de los profesionales opina que escribe con letra clara, pero, con puntualizaciones: los varones, los mayores de 31 años y el colectivo médico presenta una frecuencia en la respuesta “NO”, mayor de lo esperada ($p < 0,001$).

En lo que respecta a la comunicación de los errores médicos, observamos que la mayoría de la población estudiada (92,8%) opina que es beneficiosa la comunicación de errores para la correcta atención sanitaria. Sin embargo, es importante destacar que casi la mitad de la muestra encuestada (47,9 %) desconoce la existencia de “sistemas de notificación voluntaria de errores”. Mayoritariamente son los farmacéuticos y el colectivo de Especializada los que sí conocen su existencia ($p < 0,001$).

El 78,5% de la población nunca ha revelado un error médico en su centro de trabajo y casi un 18% de los encuestados prefiere no contestar a esta pregunta. Por servicios observamos que existe un porcentaje mayor del esperado en la respuesta afirmativa en los servicios de Farmacia ($p < 0,001$) y Medicina Interna ($p < 0,01$); por el contrario, la respuesta negativa tiene una frecuencia mayor de lo esperado en UCI ($p < 0,01$) y Radiología ($p < 0,05$).

Les hemos preguntado a los profesionales si alguna vez han revelado a un paciente un error de poca consideración. El 46,9% contestan afirmativamente y destacan con frecuencias mayores de lo esperado los varones, el personal entre 31 y 50 años, el colectivo médico y los profesionales de Atención Primaria, todos ellos con una significación alta ($p < 0,001$). Sin embargo, cuando preguntamos sobre la notificación de un error grave, sólo el 7,5% contestan que lo han revelado, siendo más frecuente en varones, los mayores de 50 años, los médicos y los profesionales de Atención Primaria ($p < 0,001$).

Casi la mitad de la muestra (49,2%) opina que hablar de efectos adversos genera una mala imagen de los profesionales sanitarios. De este porcentaje destacan los profesionales que forman parte del colectivo de enfermería ($p < 0,001$) y los de Atención Especializada ($p < 0,001$).

Finalmente, hemos agrupado las diferentes cuestiones planteadas en dos bloques en función de si las respuestas contribuyen o no a evitar el error médico. Hemos comparado los grupos obtenidos para comprobar si hay diferencias estadísticamente significativas mediante la prueba “t de Student” o ANOVA de un factor y pruebas post-hoc (HSD de Tukey). Obtenemos diferencias significativas en relación a las siguientes variables:

- Género: Varones (media de 26,23) frente a mujer (media de 25,56) ($p < 0,02$).

- Edad: entre los <30 años (25,25) y el grupo de >50 años (26,40) ($p < 0,05$).
- Grupo profesional: médicos (26,62) frente a enfermería (25,37) significativamente ($p < 0,001$).
- Centro gestor: profesionales de Atención Primaria (26,94) frente a los de Especializada (25,48) ($p < 0,001$).

4. DISCUSION

La calidad en la prestación sanitaria constituye un factor decisivo para elevar la confianza en el sistema de salud, en un momento, en el que se perciben elevados niveles de desconfianza hacia los profesionales sanitarios y hacia las instituciones sanitarias, lo que nos configura una escena, en la que surgen continuas tensiones y conflictos, muchos de ellos con implicaciones judiciales. En efecto, las reclamaciones sobre cualquier aspecto de la asistencia sanitaria, que diariamente se producen en los diferentes ámbitos jurisdiccionales, son cada vez más importantes, tanto en el número como en el importe en el que se cuantifican las indemnizaciones (Osuna, 2004).

La principal causa de reclamación médica (Fox y cols., 2014; Cardoso-Cita, 2015; Fernández-Rozas y cols., 2014) es el error en el diagnóstico y en el tratamiento pero, es de destacar que, entre el 16 y el 25% de los casos hay detrás una insuficiente o nula información médica recibida por el paciente. La deficiente comunicación entre el profesional y el paciente se considera como un factor importante que afecta al proceso de atención sanitaria. Como afirma Barth (2015), la interacción y la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente generan un grado de confianza que repercute de forma positiva en los niveles de satisfacción del paciente y del profesional, reduciendo así la posibilidad de litigio ante un resultado no deseado y constituye una herramienta de gran valor para la prevención de errores y fallos evitables en la práctica asistencial (Rea y Griffiths, 2016).

La historia clínica constituye un documento de extraordinaria importancia en la asistencia sanitaria como medio de comunicación entre los diversos protagonistas que intervienen en la relación clínica (Cifuentes y cols., 2015). Su correcta cumplimentación y una adecuada consulta permiten reducir el error médico. Aranaz y cols. (2005) en un estudio realizado sobre la incidencia e impacto de los efectos

adversos a nivel hospitalario confirman la percepción que los profesionales médicos tienen sobre la deficiente cumplimentación de las historias clínicas.

En relación a la implantación de sistemas de notificación voluntaria de errores médicos aunque es una realidad actual y, aunque no es la panacea, (Harrison y col., 2014; Westbrook y cols., 2015), mejora de forma notable la seguridad del paciente (Mcelroy, 2014; Rahn y cols., 2014; Vilà y cols., 2015; Simons y cols., 2015). En la Región de Murcia, a través del Plan de Acción para la Mejora de la Seguridad del Paciente de la Región de Murcia (PAMSP 2012/16) se ha implantado el SiNASP (Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente) con el objetivo de mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que han producido, o podrían haber producido, un daño, para promover los cambios necesarios y evitar que estas situaciones vuelvan a producirse en el futuro. El énfasis principal del sistema está en el aprendizaje para la mejora (Oliva y cols., 2014).

Analizando nuestros datos, aunque la mayoría de los profesionales encuestados considera positivo para la seguridad del paciente la comunicación de errores existentes en la asistencia sanitaria, casi la mitad de los mismos (47,9 %) desconocen la existencia del SiNASP. En este punto, hemos de reconocer que solo los farmacéuticos lo conocen en un elevado porcentaje (97,3%). El 78,5% de la población encuestada no ha revelado nunca un error médico en su centro de trabajo, sin diferencias significativas en relación al sexo, la edad y el centro gestor. Entre los encuestados que sí lo han notificado alguna vez (21,5%), es el colectivo de farmacia el que significativamente más lo ha realizado, en concordancia con el hecho de que ya eran los más conocedores del SiNASP.

La no comunicación por parte de los profesionales sanitarios se atribuye a la falta de confianza en la seguridad de los sistemas de comunicación de errores, junto con el miedo y vergüenza (Okafor, 2015). Según Gallagher y cols. (2006) el 74% de los profesionales tienen miedo a informar tras ocurrir un evento adverso por las consecuencias legales que pudieran derivarse (White y Gallagher, 2013). Aunque se conoce que la información reduce la probabilidad de un litigio, este no puede descartarse. Pacientes y profesionales coinciden al señalar que tras la producción de un evento adverso debe facilitarse información franca y una disculpa, pero para que esta comunicación se produzca se requieren unas condiciones adecuadas.

Las guías éticas y profesionales establecen la obligación de desvelar los errores cometidos, especialmente si de ellos se deriva un daño para los pacientes. Un porcentaje importante de los profesionales reconoce haberse visto implicado en un evento adverso grave, particularmente en algunas especialidades (Garbutt y cols. 2007), pero a pesar de que los profesionales consideran favorable la notificación, reconocen que no suelen hacerla (Kaldjian y cols. 2007). En general, expresan más dudas sobre la necesidad de comunicar los incidentes o eventos adversos menos graves, y si lo comunican, son partidarios de limitar el contenido de la información que debería darse y consideran que es más fácil informar sobre los eventos inevitables que sobre los claramente evitables (Gallagher y cols. 2006). Además, manifiestan la dificultad de llevar a cabo el proceso de información como consecuencia de la falta de formación y habilidades en procesos de comunicación (White y cols. 2008).

Mira y Lorenzo (2015), en un estudio realizado a directivos y responsables de seguridad de los pacientes, encuentran que el 27,9% de los directivos y el 35,9% de los profesionales contestaron que en su centro se informaba al paciente o sus familiares tras un evento adverso. El 54% de los directivos de atención primaria respondían que se pedía disculpas al paciente, mientras que este porcentaje descendía al 11,7% entre los profesionales de hospitales. El 13,6% de los médicos y el 17% de los profesionales enfermeros informaron de que en su centro se pedían disculpas al paciente tras un evento adverso. El 17,4% de los médicos y el 19,1 de los enfermeros dijo haber recibido formación sobre cómo debe informarse a un paciente tras un evento adverso. Sólo el 7,4% de los directivos afirmaron contar con un protocolo de qué hacer y cómo informar a los pacientes tras un evento adverso.

En nuestro estudio, casi la mitad de los profesionales encuestados (46,9%) ha revelado alguna vez un error leve y solo una pequeña parte (7%) lo han hecho en caso de error grave. Los pacientes que sufren un efecto adverso tienen la necesidad y el derecho a saber qué, cuándo, porqué ocurrió y las medidas que se han adoptado para evitar que se repita. Se trata de una comunicación franca (*open disclosure*) (O'Connor y cols. 2010; López y cols. 2010), es decir un comunicación abierta y sincera que incluye la disculpa al paciente.

En conclusión, tras la producción de un evento adverso lo primero es atender al paciente y hacer todo lo posible para mitigar el daño y evitar que pueda volver a producirse, actuando sobre los fallos latentes o con

intervenciones para evitar la repetición de errores humanos. Además, una correcta y planificada comunicación puede mitigar la desconfianza de los pacientes y el descrédito que acompañan a un evento adverso.

El reto máximo es establecer una cultura de calidad, siendo ésta el elemento clave sobre el que todo el esfuerzo debe realizarse. La búsqueda de la calidad asistencial persigue garantizar que el paciente o usuario del servicio sanitario reciba una óptima atención, desde una posición integral de la prestación realizada, logrando el mejor resultado, interpretado en términos de satisfacción del destinatario final que es el paciente (Chukmaitov, 2015).

5. BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado-Guevara, Ana Teresa; Flores-Sandí, Gretchen. Errores médicos. Acta Médica Costarricense, vol. 51, núm. 1, enero-marzo, 2009, pp. 16-23.
- Antoñanzas F. “Aproximación a los costes de la no seguridad en el Sistema Nacional de Salud.” Revista Española de Salud Pública. 2013; 87(3): 283-292.
- Antoñanzas F. “Aproximación a los costes de la no seguridad en el Sistema Nacional de Salud.” Revista Española de Salud Pública. 2013; 87(3): 283-292.
- APEAS, Estudio. “Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud.” Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). Recuperado de Internet en junio de 2014 de <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/libroAPEAS.Pdf>
- Aranaz JM, Aibar C, Gea MT, León MT. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. Med Clin (Barc). 2004;123:21-5.
- Aranaz JM., Limón R., Requena J., Gea MT., Núñez V., Bermúdez MI., Vitaller J., Aibar C., Ruiz P y cols. Incidencia e impacto de los efectos adversos en dos hospitales. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(2):53-60.
- Barth RJ. New Findings Highlight the Misdirected Utilization of Patient Satisfaction Surveys and the Importance of Patient Psychology in General Medical Care. The Journal of Bone & Joint Surgery. 2015; 97(10): e48.

- Beristain A. “Gestión de Riesgos y Sistemas de Notificación de Eventos adversos. Análisis técnico-Jurídico del Modelo español (SINASP).” Tratado de Derecho Sanitario. 2013; 2: 349-373.
- Cardoso-Cita Z. Análisis de sentencias judiciales relativas a negligencias médicas emitidas contra traumatólogos entre 1995 y 2011. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 2015; 60(1): 29-37.
- Carrió F. Seguridad clínica en atención primaria. El enfoque sistémico (I). Atención Primaria. 2012; 44(7): 417-424.
- Chukmaitov A. Delivery system characteristics and their association with quality and costs of care: Implications for accountable care organizations. Health Care Management Review. 2015; 40 (2): 92-103.
- Cifuentes M, Davis M, Fernald D, et al. Electronic Health Record Challenges, Work arounds, and Solutions Observed in Practices Integrating Behavioral Health and Primary Care. The Journal of the American Board of Family Medicine. 2015; 28(Supplement 1): S63-S72.
- Committee on Diagnostic Error in Health Care, Board on Health Care Services, Institute of Medicine, The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. In: Balogh EP, Miller BT, Ball JR, eds. Improving diagnosis in health care. Washington (DC): National Academies Press; 2015.
- De la Fuente Rodríguez JM. La seguridad en los cuidados de los pacientes en las emergencias extrahospitalarias. Revista de Calidad Asistencial. 2013; 28(2): 117-123.
- De Rezende B. Economic evaluation in patient safety: a literature review of methods. BMJ Quality & Safety. 2012; 21,(6): 457-465.
- Donalson L .Speech on the launching of the World Health Alliance for Patient Safety. Washington DC, 24 October 2004. http://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero21_last.htm
- ENEAS, Estudio. “Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización.” Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (2005).
- Fernández-Rozas P, Mora Acosta S, Araya Cruz F. Reclamaciones en el servicio de urgencias. Oportunidad de mejora. Metas de Enfermería. 2014; 17(7): 60-64.
- Fox R, Yelland A, Draycott T. Analysis of legal claims-informing litigation systems and quality improvement. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2014; 121(1): 6-10.
- Gallagher TH, Waterman A, Garbutt J, et al. US and Canadian physicians’ attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients. Arch Intern Med. 2006; 166:1605–11.
- Gallagher, T.H., Garbutt, J.M. Waterman, A.D., Flum, D.R., Larson, E.B., Waterman B.M. Choosing your words carefully: How physicians would disclose harmful medical errors to patients. Arch Intern Med, 166 (2006), pp. 1585-1593.
- Gamonal, E. Las reacciones adversas de medicamentos ¿Son identificados por los médicos? Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almazor Aguinaga Asenjo. 2014; 6(3): 52-53.
- Garbutt, J., Brownstein, D.R., Klein, E.J., Waterman, A., Krauss, M.J. Marcuse E.K. Reporting and disclosing medical errors: Pediatricians’ attitudes and behaviors Arch Pediatr Adolesc Med, 161 (2007), pp. 179-185.
- Gilman M. The Financial Effect of Value-Based Purchasing and the Hospital Readmissions Reduction Program on Safety-Net Hospitals in 2014. Annals of Internal Medicine. 2015; 163(6): 427-436.
- Harrison R, Lawton R, Stewart K. Doctors’ experiences of adverse events in secondary care: the professional and personal impact. Clinical Medicine. 2014; 14(6): 585-590.
- Kaldjian, L.C., Jones, E.W., Wu, B.J., Forman-Hoffman, V.L., Levi, B, H., Rosenthal G.E. Disclosing medical errors to patients: Attitudes and practices of physicians and trainees. J Gen Intern Med, 22 (2007), pp. 988-996 <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-007-0227-z>
- Kohn LT., Corrigan JM., Donaldson MS. Editors. To Err is Human. Building a Safer Health System [Internet]. Washington D.C.: National Academy Press; 1999.

- Leape L, Berwick D. Five years after To Err Is Human: what have we learned?. *JAMA*. 2005; 293(19): 2384-2390.
- López L, Weissman JS, Schneider E, et al. Disclosure of hospital adverse events and its association with patient's ratings of the quality of care. *Arch Intern Med*. 2009; 169:1888-94.4
- Mcelroy L. Detection of medical errors in kidney transplantation: A pilot study comparing proactive clinician debriefings to a hospital-wide incident reporting system. *Surgery*. 2014; 156(5): 1106-1115.
- Mira JJ., Carrillo I., Lorenzo S. Qué hacen los hospitales y la atención primaria para mitigar el impacto social de los eventos adversos graves. *Gac Sanit* 2017;31:150-3.
- Mira JJ., Lorenzo S. Algo no estamos haciendo bien cuando informamos a los/las pacientes tras un evento adverso. *Gac Sanit*. 2015;29(5): 370-374.
- O'Connor E, Coates HM, Yardley IE, et al. Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review. *Int J Qual Health Care*. 2010;22:371-9.
- Okafor N. Voluntary Medical Incident Reporting Tool to Improve Physician Reporting of Medical Errors in an Emergency Department. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2015; 16(7): 1073-8.
- Oliva G, Alava F, Navarro L. et al. [Notification of incidents related to patient safety in hospitals in Catalonia, Spain during the period 2010-2013]. *Medicina Clínica*. 2014; 143: 55-61.
- Osuna E. Calidad de la Información Sanitaria como requisito para el consentimiento informado. *Rev.Latinoam.Der.Méd. Medic. Leg*. 2004; 5(1): 59-65.
- Panesar SS, De Silva D, Carson-Stevens A, Cresswell KM, Salvilla SA, Slight SP, et al. How safe is primary care? A systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2016;25:544-53.
- Rahn D, Kim G, Mundt A. et al. A Real-Time Safety and Quality Reporting System: Assessment of Clinical Data and Staff Participation. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*. 2014; 90(5): 1202-1207.
- Rea D, Griffiths S. Patient safety in primary care: incident reporting and significant event reviews in British general practice. *Health & Social Care in the Community*. 2016; 24(4): 411-419.
- Romeo Casabona C. Notificación de eventos adversos. En: *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*. C. Romeo (Director). Comares. Granada. 2011. pp.1178-1187.
- Simons P, Houben R, Vlayen A et al. Does lean management improve patient safety culture? An extensive evaluation of safety culture in a radiotherapy institute. *European Journal of Oncology Nursing*. 2015; 19(1): 29-37.
- Tomás S, Chánovas M, Roqueta F. et al. "La seguridad del paciente en urgencias y emergencias: balance de cuatro años del Programa SEMES-Seguridad Paciente." *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*. 2013; 24(3): 225-233.
- Vila M, Llop A, Escudero E. et al. Impact on the improvement of paediatric emergency services using a standardised model for the declaration and analysis of incidents. *Anales de Pediatría*. 2015; 83(4): 248-256
- Westbrook J, Li L, Lehnbohm E. et al. What are incident reports telling us? A comparative study at two Australian hospitals of medication errors identified at audit, detected by staff and reported to an incident system. *International Journal for Quality in Health Care*. 2015; 27(1): 1-9.
- White AA, Gallagher TH. Medical error and disclosure. *Handb Clin Neurol*. 2013; 118:107-17.
- White, A.A., Gallagher, T.H., Krauss, M.J., Garbutt, J., Waterman, A.D., Dunagan W.C. The attitudes and experiences of trainees regarding disclosing medical errors to patients. *Acad Med*, 83 (2008), pp. 250-256. [dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181636e96](https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181636e96)
- Wolf SH, Kuzel AJ, Dovey SM, Phillips RL. A String of mistakes: The importance of Cascade Analysis in Describing, Counting and Preventing Medical Errors. *Ann Fam Med*. 2004;2:317-26.