



TEMA DE ACTUALIZACIÓN

La gestión de seguridad de pacientes en una mutua de accidentes laborales: convertir el error en aprendizaje

V. Pallarés-Carratalá^{1,2}, J. García-Sánchez¹, M. González-Embuena¹, A. Hurtado-Ferrer¹, S. Feliu-Alegre¹, B. Borrás-Navarro¹, J. L. Aleixandre Chiva¹, P. Gil-Pitarch¹, S. Oliva-García¹

¹ Comisión de Seguridad de Pacientes. Instituto de Traumatología Unión de Mutuas (ITUM). Castellón

² Departamento de Medicina. Universitat Jaume I. Castellón

Correspondencia:

Dr. Vicente Pallarés Carratalá

Correo electrónico: vpallares@uniondemutuas.es

Recibido el 2 de octubre de 2018

Aceptado el 24 de octubre de 2018

Disponible en Internet: noviembre de 2018

RESUMEN

El objetivo del presente artículo es ahondar en el concepto de seguridad del paciente, como facilitador de prestación sanitaria a las personas enfermas sin que se produzcan eventos adversos, teniendo presente el concepto hipocrático *primum non nocere* (ante todo no hacer daño) y atendiendo además el incremento en la exigencia por parte de los usuarios respecto a las prestaciones que disfrutan y en especial las relacionadas con la salud. En Unión de Mutuas, en función de lo anterior, hemos apostado por la implantación de un sistema de gestión en seguridad de pacientes, consiguiendo en 2013 la acreditación según la Norma UNE 179003, como la apuesta decidida por la búsqueda de la excelencia en la prestación de nuestros servicios en el ámbito de la asistencia sanitaria al accidente laboral. Se presenta en esta revisión nuestra experiencia.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Accidente laboral. Eventos adversos.

ABSTRACT

The safety management of patients in a mutual of occupational injuries: turn the error in learning

The objective of this article is to deepen the concept of patient safety, such as the provision of medical care to sick people without adverse events taking place, taking into account the Hippocratic concept *primum non nocere*, and taking into account the increase in the demand of the users in terms of the benefits they enjoy and especially those related to health.

In Unión de Mutuas, an occupational injury insurance company, based on the foregoing, we have opted for the implementation of a patient safety management system, achieving accreditation in 2013 according to the UNE 179003 Standard as a commitment to the search of the excellence in the provision of our services to professional injuries. Our experience is presented in this review.

Key words: Patient safety. Occupational injuries. Adverse events.



<https://doi.org/10.24129/j.retla.01202.fs1810013>

© 2018 Sociedad Española de Traumatología Laboral. Publicado por Imaidea Interactiva en FONDOSCIENCE® (www.fondoscience.com). Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (www.creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

Unión de Mutuas, como Mutua Colaboradora de la Seguridad Social n.º 267, ha impulsado y promovido un plan de seguridad del paciente (SP) desde el año 2007, integrado dentro de su sistema de gestión EFQM (European Foundation for Quality Management) y que se nutre, entre otros, de las aportaciones voluntarias de sus profesionales sanitarios y no sanitarios. El plan desde sus inicios se orientó a promover y mejorar la cultura de la seguridad en la organización, incorporar la gestión del riesgo en el contexto sanitario, la formación de sus profesionales inicialmente en los aspectos básicos de SP y progresivamente implementar prácticas más seguras; por último y como propuesta para el futuro, poder implicar a los pacientes y al resto de la ciudadanía.

Tras 5 años de desarrollo (2008-2013), en 2013 el sistema fue acreditado (Norma UNE 179003). El aprendizaje nos ha llevado a tener una mejor visión general –lo cual nos facilita una mejor reflexión y posterior toma de decisiones consensuadas– de la SP en nuestro entorno, en el que las líneas estratégicas puestas en marcha han alcanzado los objetivos propuestos. Nuestra apuesta es seguir avanzando y evolucionando conforme la organización también va madurando en todas y cada una de sus líneas estratégicas de gestión integral.

¿Por qué seguridad de los pacientes?

Desde la publicación en 1999 del informe *To Err is Human* del Instituto Americano de Medicina⁽¹⁾, la SP y la gestión de los riesgos se han convertido en uno de los temas centrales de las políticas sanitarias a nivel mundial. Desde un punto de vista global, la divulgación del volumen y la gravedad de los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria han captado la atención de:

- La sociedad, que pide mayor transparencia de los riesgos reales
- Los proveedores de atención sanitaria, que incrementan cada día las medidas dirigidas a la contención de riesgos (protocolos, regulaciones, etc.), lo que paradójicamente ha facilitado el trabajo a los abogados demandantes.
- Los responsables políticos a nivel internacional, que definen acciones, objetivos y realizan campañas a nivel internacional (Organización Mundial de la Salud –OMS–, Comité Europeo de Sanidad, entre otros)⁽²⁻⁴⁾.

En este contexto, las líneas y estructuras de actuación en relación con la gestión de riesgos en el entorno sanitario, así como la reorganización coherente de las estructuras de gobierno del mismo, deben ser vistas no solo como soporte del proceso, sino como garantes de la puesta en marcha e implantación de cualquier solución o iniciativa dirigida a optimizar la SP.

Cada vez la SP está teniendo más protagonismo en el ámbito sanitario y sobre todo tras la publicación en 2016 de un artículo en el que se estima que en los EE.UU. se producen cada año más de 250.000 errores derivados de la asistencia sanitaria y que devienen en resultado de muerte. Si el error médico estuviera considerado como una causa de muerte, sería la tercera en magnitud, solo por detrás de las enfermedades del corazón y el cáncer, y muy por delante de las enfermedades respiratorias, los accidentes o las enfermedades neurodegenerativas. Los autores explican que realizaron el análisis con la intención de visibilizar un problema que muchos hospitales y centros de salud en EE.UU. tratan de esconder⁽⁵⁾. Pero el debate del error médico o eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria está sobre la mesa desde hace muchos años y en el momento actual se sigue trabajando en plantear soluciones para minimizarlo.

El punto de partida

Conocer los datos aportados por los estudios *ENEAS* (*Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización*), *EPIDEA* (*Estudio de prevalencia de identificación de eventos adversos*) y *APEAS* (*Estudio de efectos adversos en atención primaria*)⁽⁶⁻⁸⁾ fue lo que nos animó a iniciar esta andadura y, tras una breve fase formativa por parte de los investigadores del estudio *ENEAS*, se puso en marcha una fase piloto en la que apostamos por elaborar una herramienta de notificación voluntaria de eventos adversos, con la que, durante un periodo aproximado de un año y junto con diferentes acciones de información al personal sanitario y no sanitario, logramos de forma progresiva ir delimitando cuáles podían ser nuestros objetivos. Nuestros resultados, muy preliminares, los publicamos en el año 2012⁽⁹⁾. En este momento, tras el debate y las reuniones informales generadas con otros actores del ámbito laboral, tuvimos conciencia real de la importancia que esta metodología de gestión tenía para el futuro inmediato de nuestra organización, conformándose la Comisión de Seguridad de Pacientes (CSP) a finales de 2012 e iniciando las acciones para trabajar en la acreditación en la Norma UNE 179003, la cual se consigue en noviembre de 2013.

Cultura de seguridad, factor humano y formación

Implementar nuevas formas de trabajo (cultura de seguridad) y estrategias que pueden modificar hábitos siempre es difícil (factor humano) y requiere siempre de un periodo de adaptación y aprendizaje (formación).

En el ámbito de la salud todo cambio o evolución requiere siempre de formación. En nuestro caso y desde 2013, hemos elaborado diferentes programas de forma-



Figura 1. Vista del espacio destinado a la seguridad de los pacientes en la intranet de Unión de Mutuas, Ágora.

Figura 2. Cuestionario de notificación de eventos adversos de Unión de Mutuas, con acceso anónimo desde la intranet Ágora de Unión de Mutuas.

ción presenciales y en línea a través de nuestra intranet (Ágora), dotando de material formativo en seguridad de pacientes nuestra Biblioteca Virtual, incidiendo sobre todo en aquellos aspectos que hemos identificado como indicadores/eventos adversos en nuestra organización y que configuran nuestro mapa de riesgo (Figura 1).

Todo el personal se ha implicado en la participación y colaboración con cada uno de los pilares en los que basamos nuestro sistema de gestión de SP: identificación inequívoca de pacientes, lista de verificación del proceso

quirúrgico (*checklist*) y el sistema voluntario y anónimo de notificación de eventos adversos (Figura 2).

Tras solicitar información al personal sanitario para conocer la implantación del programa de cultura de SP en los diferentes entornos de nuestra organización (hospitalario-ambulatorio), los profesionales consideraban la seguridad como aceptable y reconocían que era mejorable en cuanto a los aspectos de percepción de seguridad y grado de apoyo de la gerencia en la SP, por lo que la CSP ha trabajado entre otros en estos aspectos para incrementar la confianza de los profesionales de la organización en el sistema, pero destacando los profesionales del primer nivel asistencial (médicos-enfermería de los centros asistenciales), los más implicados y que mostraron mayores niveles de cultura de SP respecto al resto de las categorías profesionales. Los administrativos en ambos casos se muestran como la categoría profesional con menor cultura de SP. En este sentido, iniciamos diferentes acciones formativas específicas y dirigidas a este colectivo como pieza fundamental en el cumplimiento de los objetivos de una de las áreas de acción del programa de SP: identificación inequívoca de pacientes.

En uno de nuestros primeros análisis de evolución del sistema, se identificó una mayor implicación de aquellos profesionales que llevaban más tiempo

desarrollando su trabajo en la organización (> 10 años) y todos ellos mayores de 40 años.

Nuestra situación actual

Tras el esfuerzo realizado durante estos 11 años y sobre todo en la formación de los profesionales sanitarios en SP, puede realizarse la siguiente valoración de la situación:

· Existe un número cada vez más importante de profesionales con formación en SP que juegan un papel relevante como impulsores del cambio en los diferentes ámbitos de trabajo, con un efecto cascada desde la alta dirección como promotora y facilitadora, para motivar desde la CSP, como órgano de debate y análisis en nuestro entorno, la posibilidad de generar el cambio.

· La SP incide en toda la organización, estando formalmente integrada, siendo uno de los puntos relevantes en la acogida de todos los profesionales que se incorporan a la organización.

La CSP dispone de un espacio relevante en la intranet para un acceso rápido por parte de cualquier profesional y desde su puesto de trabajo a toda la información que se genera y cada vez con más recursos (Figuras 1 y 2).

· La alta dirección de Unión de Mutuas comparte los objetivos generales en SP y apoya las iniciativas que desde la CSP se van proponiendo, facilitando el acceso a nuevo conocimiento y proporcionando las “herramientas adecuadas” para llevar a cabo las iniciativas.

Una de las propuestas que desde Unión de Mutuas se ha lanzado es que la SP forme parte de los planes de estudio de los grados de Ciencias de la Salud (medicina, enfermería, psicología, fisioterapia) y que todos los profesionales de nueva incorporación a cualquier organización sanitaria tuvieran ya una formación básica en SP.

Prácticas seguras: uso seguro del medicamento

En los numerosos estudios llevados a cabo en España desde 2005, sobre todo desde la administración (estudios *ENEAS* y *APEAS*), para analizar la frecuencia y los tipos de eventos adversos en distintos ámbitos sanitarios se ha constatado que los eventos adversos relacionados con el uso de los medicamentos constituyen un porcentaje elevado del total de los eventos adversos que se producen en la provisión de asistencia sanitaria^(6-8,10-15). En nuestro caso también es uno de los indicadores más identificados y, tras la realización de un plan de tratamiento, se consolidó la realización de un curso de formación específico y de investigación con la elaboración de un material de apoyo que se incorporó a la historia clínica electrónica y que integró lo que denominamos Proyecto Segurmed (SEGURridad del MEDicamento), vigente desde 2012. Desde su implantación, los incidentes y eventos adversos relacionados con fármacos se han reducido en más de un 80%.

El ámbito quirúrgico

En España, la incidencia de eventos adversos debidos a cirugía está en torno al 10,5% (8,1-12,5%), de los que el 36,5% sería evitable. En la Estrategia Nacional de SP

del periodo 2005-2011 se recomendó la implantación de acciones para promover la cirugía segura desde enero de 2008, coincidiendo con el lanzamiento del segundo reto de la OMS “La cirugía segura salva vidas”. Los principios básicos de este reto se encuadraban en 4 áreas: la prevención de las infecciones de la herida quirúrgica, la seguridad de la anestesia, la formación de equipos quirúrgicos seguros y la medición de los servicios quirúrgicos, todas ellas orientadas al alcance de unos objetivos prioritarios para prevenir los eventos adversos en cirugía, para lo que la OMS facilitó como herramientas la lista de verificación de la seguridad de la cirugía y un manual de aplicación.

En nuestro país, a pesar de numerosas acciones por parte de las distintas comunidades autónomas y del propio Ministerio de Sanidad, la implantación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía ha sido muy variable⁽¹⁶⁻¹⁹⁾.

También destacan las recomendaciones por parte de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación para que los servicios de anestesia adopten los principios de la Declaración de Helsinki de SP en anestesiología, que la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación suscribió en su lanzamiento en junio de 2010⁽²⁰⁾.

En Unión de Mutuas, la especialidad que más peso tiene es traumatología, trabajando en la organización especialistas traumatólogos muy experimentados en el ámbito del accidente laboral, y la parte quirúrgica es muy relevante. A pesar de que la cirugía que se desarrolla cada vez es menos invasiva, desde el principio el objetivo que se estableció fue disponer de una lista de verificación quirúrgica (LVQ) que, implantada en 2010 como una adaptación de la publicada por la OMS a nuestro entorno de trabajo⁽²¹⁾ y tras una fase piloto de un año con resultados muy positivos, desde 2013 está incorporada a la historia clínica electrónica y su grado de implantación y seguimiento es del 100%, habiendo realizado la última actualización en diciembre de 2016 para su incorporación en la nueva historia clínica electrónica (GESSALUD).

Sistemas de notificación de incidentes

El Ministerio de Sanidad dio impulso en su día al Sistema de Notificación y Aprendizaje para la SP (SINASP)⁽²²⁾ como sistema de notificación al alcance de los profesionales sanitarios a través de sus servicios regionales de salud. También algunas comunidades autónomas han desarrollado su propio sistema de notificación, pero todos tienen características comunes: son anónimos, voluntarios, y el incidente notificado nunca será punible⁽²³⁾.

En nuestro caso, el sistema de notificación de incidentes y eventos adversos ha evolucionado; vamos por la sexta modificación desde la versión inicial en 2007. La última modificación de 2017 se adapta en un 100% a

nuestra sistemática de atención sanitaria (aunque es un sistema totalmente abierto y en continua evolución) (**Figura 2**). El grado de participación ha tenido sus picos y sus valles que han ido en función, fundamentalmente, de los diferentes impactos formativos al personal implicado. Actualmente, estamos en una situación de recepción de notificaciones más o menos estable, con unas 70-80 notificaciones voluntarias año/últimos 3 años, y aunque, como todo, es mejorable, nos apunta a que la cultura de SP se afianza en la organización y la notificación es casi igual en todos los niveles de atención.

Nuestro sistema, como otros, es voluntario, anónimo y no punible; pese a ello, es normal que exista cierto grado de incertidumbre en el notificante. De hecho, la mayor preocupación que muestran los profesionales españoles (Sistema Nacional de Salud –SNS–) sobre los sistemas de notificación es con respecto a la falta de protección legal cuando se notifican los eventos adversos⁽⁶⁻⁸⁾. Los informes jurídicos encargados por el Ministerio de Sanidad sugieren la necesidad de introducir cambios legislativos para garantizar la protección de los profesionales implicados en la notificación o el análisis de eventos adversos. En nuestro caso no ha habido ningún tipo de cuestionamiento, siendo la alta dirección la que se comprometió por escrito a la no punibilidad hacia el comunicante⁽²³⁾.

Evaluación del despliegue de la estrategia de seguridad del paciente

Como en el sistema público de salud, la estrategia de SP ha impulsado la creación de elementos de infraestructura de la seguridad y la implantación de prácticas seguras. En nuestro caso, se ha trabajado con indicadores agrupados por niveles asistenciales (quirúrgico, hospitalización, laboratorio, esterilización, radiología y ambulatorio). En el momento actual, nos encontramos en un periodo de evolución, ya que para 2019 la estrategia es que toda la organización trabaje a través de una única herramienta de gestión del riesgo que integre no solo la SP, sino los otros riesgos sobre los que estamos trabajando –riesgos penales, seguridad informática– y todo ello dentro de nuestro sistema de gestión EFQM.

Las auditorías

La acreditación en la Norma UNE 179003 condiciona que estemos sometidos a auditorías internas y externas. Año tras año se ha ido avanzando y mejorando. El sistema se somete a supervisión constante por parte de la CSP, así como por otras comisiones dentro del organigrama de gestión, objetivándose que en los últimos 2 años, en los que el sistema está ya más consolidado, el cumplimiento

es del 95% en la identificación inequívoca de pacientes, del 100% en la LVQ, se ha reducido casi a cero los problemas derivados de la práctica quirúrgica (siendo estos incidentes, no eventos adversos), se van retirando algunos indicadores del mapa de riesgos inicial y van apareciendo otros conforme vamos avanzando en la generalización de la cultura de SP y en la autoexigencia de una mejora continua.

Conclusiones

Tras la experiencia de 5 años desde la obtención de la acreditación en la Norma UNE 179003, los profesionales que trabajan en Unión de Mutuas han ido aprendiendo y consolidando cada vez más la importancia que la SP tiene en la organización y deben integrar en su práctica diaria las líneas estratégicas de SP puestas en marcha, teniendo todos claro que es este el camino a seguir.

El apoyo desde la alta dirección es máximo y las mejoras en cuanto a facilidades de formación y disponibilidad de mejores opciones informáticas para la mejor difusión del conocimiento en SP en temas de formación específica para el personal han sido y seguirán siendo prioritarias.

Consideramos que cualquier organización sanitaria o servicio de salud debería estar trabajando ya en sistemas de SP.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación. Los autores declaran que este trabajo no ha sido financiado.

Conflicto de interés. Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Contribución de los autores

VPC ha revisado la literatura, ha diseñado y redactado el manuscrito; JGG ha revisado la literatura, ha participado del diseño y ha revisado críticamente la versión final; MGE, AHF, SFA, BBN, JLAC, PGP y SOG han revisado críticamente el manuscrito. Todos los autores han participado del trabajo en la CSP de Unión de Mutuas y han aprobado el manuscrito en su versión final.

Agradecimientos

Los autores quieren agradecer a todo el personal que integra Unión de Mutuas su implicación en el proyecto de gestión de SP.

Bibliografía

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. National Academies Press; 1999.
2. World Health Organization. World Health Alliance for Patient Safety, Forward Programme. Geneva: World Health Organization; 2004. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.
3. Comité Europeo de la Sanidad. Comité de expertos en la gestión de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria. La prevención de efectos adversos en la atención sanitaria: un enfoque sistémico. Estrasburgo: Consejo de Europa CDSP; 2004.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Seguridad del Paciente: recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Madrid; 2005.
5. Makary MA, Daniel M. Medical error: the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016;353:i2139.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Informe. Madrid; Febrero 2006.
7. Agencia Valenciana de Salud. EPIDEA: Estudio de la Prevalencia de los Efectos Adversos en la Asistencia Hospitalaria de la Comunidad Valenciana. 2005. Disponible en: www.proyectoidea.com/sivcea/v2/tallerformativo.pdf.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid; 2008.
9. Pallarés-Carratalá V, Gil-Alcamí J, Marzá-Albalade F, Vítaller-Burillo J, Gil-Guillén V, Segarra-Castelló L, Oliva-García S, Gala-Fernández J, Aranaz-Andrés JM; en nombre del Grupo de trabajo de Seguridad Pacientes-Efectos Adversos de Unión de Mutuas. Análisis de la implantación de un sistema de notificación y registro de eventos adversos en el proceso asistencial de una mutua de accidentes de trabajo. *Rev Calid Asist*. 2012;27:204-11.
10. Valentín Maganto V, Camps Herrero C, Carulla Torrent J, Casinello Espinosa J, Dorta Delgado J, Jara Sánchez C, Moreno Nogueira JA. Safety and efficacy of oral trans-mucosal fentanyl citrate in the long-term treatment of breakthrough pain in oncology patients: the ECODIR study. *Clin Transl Oncol*. 2005;7:205-12.
11. Otero-López MJ, Alonso-Hernández P, Maderuelo-Fernández JA, Garrido-Corro B, Domínguez-Gil A, Sánchez-Rodríguez A. Preventable adverse drug events in hospitalized patients. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:81-7.
12. Otero López MJ, Alonso Hernández P, Maderuelo Fernández JA, Ceruelo Bermejo J, Domínguez-Gil Hurlé A, Sánchez Rodríguez A. Prevalence and factors associated with preventable adverse drug events leading to hospital admission. *Farm Hosp*. 2006;30:161-70.
13. Sánchez Muñoz LA, Castiella Herrero J, Sanjuán Portugal FJ, Naya Manchado J, Alfaro Alfaro MJ. Usefulness of MBDS in detection of adverse drug events. *An Med Int*. 2007;24:113-9.
14. Martín G, Morales-Olivas FJ. New computerized languages for information on drugs. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:498-503.
15. Alós Almiñana M, Bonet Deán M. Retrospective analysis of adverse side-effects of medication in elderly patients at a primary care health center. *Aten Primaria*. 2008;40:75-80.
16. Junta de Andalucía. Proyecto Comprueba. Listados de verificación. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/cirurgiasegura/>. Consultado el 22 de octubre de 2018.
17. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Prácticas seguras en el acto quirúrgico y los procedimientos de riesgo. Listado de verificación. Disponible en: http://seguriddelpaciente.sespa.es/descargas/sespa_verificacion_quirurgica.pdf. Consultado el 22 de octubre de 2018.
18. Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad SESCOAM. Manual de instrucciones para el uso del listado de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS. Disponible en: http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/cursos/manual_de_uso_listado_verificacion_quirurgica-jun13.pdf. Consultado el 22 de octubre de 2018.
19. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Programa de cirugía segura del Sistema Nacional de Salud. Protocolo. Disponible en: <https://www.seguriddelpaciente.es/resources/documentos/2016/seguridad-bloque-quirurgico/Protocolo-Proyecto-Cirugia-Segura.pdf>. Consultado el 22 de octubre de 2018.
20. Monedero, P, Errando CL, Adame MM, Macías AI, Garutti I. La Declaración de Helsinki sobre seguridad de los pacientes en anestesiología. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2013;60(Supl 1): 1-3.
21. Organización Mundial de la Salud (OMS). Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación. 1.ª edición. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La cirugía segura salva vidas. WHO/IER/PSP/2008.07. OMS; 2008. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70083/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf;jsessionid=0E6F96C07CF32A45D94943E31E272623?sequence=1. Consultado el 2 de octubre de 2018.
22. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente. Disponible en: <https://www.sinasp.es>. Consultado el 2 de octubre de 2018.
23. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Desarrollo de la Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente 2005-2011. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Diciembre de 2011.