

Aprendiendo del paciente para mejorar los sistemas de informes de eventos de seguridad

Linda G. Greenberg,* James B. Battles,** Helen Haskell***

Resumen

Introducción: Todos los individuos tienen una historia personal, familiar o de un amigo, acerca de algún daño ocasionado por la atención de la salud. En 2004, uno de cada tres norteamericanos (34%) indicó que él o un miembro de su familia había experimentado un error médico prevenible, de ellos 21% señaló que el error causó "consecuencias graves de salud" como la muerte (8%), discapacidad a largo plazo (11%) o dolor severo (16%).

Discusión: La información que proporciona el paciente es importante y podría formar parte de un modelo estratégico para realizar cambios generales con la finalidad de mejorar la atención a la salud. Se ha identificado que una barrera para aceptar las quejas de los pacientes como informes de daños es que los profesionales de salud consideran que aquellos no son capaces de juzgar adecuadamente la calidad técnica de la atención. Se propone que en el informe de los eventos de seguridad se involucre activamente a los pacientes y a sus cuidadores para reunir información acerca de los riesgos y peligros en el escenario del cuidado de la salud.

Conclusiones: Los pacientes pueden ser agentes efectivos del cambio para mejorar su seguridad al dar a conocer sus preocupaciones o quejas, ya que pueden identificar condiciones inseguras y prevenir futuros daños. Los datos obtenidos con esa estrategia deberán servir para implementar cambios generales en la atención a la salud y en la forma de evaluar la calidad, para una mejoría continua y una práctica clínica con base en las evidencias.

Palabras clave: Calidad de la atención a la salud, experiencia del paciente, eventos adversos, responsabilidad médica.

Abstract

Introduction: Everyone has a personal story of an incident in which the healthcare system has caused harm to a family member, friend, or work colleague. In 2004, one in three Americans (34%) said that they or a family member had experienced a preventable medical error; among them, 21% said the error caused "serious health consequences" such as death (8%), long-term disability (11%) or severe pain (16%).

Discussion: The information patients give is important and can be part of a strategic model to make systemic changes to improve health outcomes and patient safety. It has been identified that one of these shortcomings is that patients' complaints are not considered able to judge technical quality in their

experience with care. We argue for an approach which should actively engage patients and their caregivers in contemplating and describing their experiences as a means to gather evidence about risks and hazards in the healthcare setting.

Conclusions: Patients ought to be viewed as partners with health care providers to improve patient safety; self-reports on adverse events can provide useful information that may be incorporated into patient safety event. Data obtained from this strategy should be useful to improve general changes in health care and a better clinical practice based on evidence.

Key words: Healthcare quality, patients' experience, adverse events, medical responsibility.

* Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Oficina de Información al Consumidor y Vigilancia de Seguros, Rockville, Maryland, EE.UU.

** Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención de la Salud, Rockville, Maryland, EE.UU.

*** Madres Contra los Errores Médicos, Columbia, South Carolina, EE.UU.

Correspondencia:

Linda G. Greenberg.
2100 R Street, NW, Washington, DC 20008
Tel.: 301 427 1621.
E-mail: linda.greenberg@hhs.gov;
linda.greenberg@ahrq.hhs.gov

Recibido para publicación: 30-04-2010

Aceptado para publicación: 02-08-2010

Cualquier persona que haya sido paciente puede decir que una de sus preocupaciones subyacentes es que el sistema de salud puede fallar y causarle daño. Al parecer, todos los individuos tienen una historia personal, familiar o de un amigo, acerca de algún perjuicio ocasionado por el sistema de salud. La información apoya la anécdota: en 2004, uno de cada tres norteamericanos (34%) indicó que él o un miembro de su familia había experimentado un error médico prevenible. Entre las personas que informaron un error médico prevenible, 21% señaló que el error causó “consecuencias graves de salud” como la muerte (8%), discapacidad a largo plazo (11%) o dolor severo (16%).¹ Muchos pacientes y sus familias son capaces de identificar el daño o los eventos adversos (también denominados eventos de seguridad de los pacientes)* durante su hospitalización o poco después, aun cuando pudieran no estar registrados en los sistemas de informes del hospital o en el expediente clínico.²

Lo que sucede después de un evento adverso es de gran interés: ¿los pacientes y sus familias le cuentan a alguien acerca de su experiencia con el cuidado de la salud?, ¿alguien solicita esa información? La información es importante y podría formar parte de un modelo estratégico para realizar cambios generales con la finalidad de mejorar la atención a la salud. En el presente artículo proponemos que en el informe de los eventos de seguridad se involucre activamente a los pacientes y a sus cuidadores para reunir información acerca de los riesgos y peligros en el escenario del cuidado de la salud. Los datos obtenidos con esa estrategia deberán servir para implementar cambios generales y en la forma de evaluar la calidad, para la mejoría continua de la calidad y para una práctica clínica con base en la evidencia; todo con la finalidad de optimar la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.

Los pacientes en el informe de los eventos adversos

El paciente debería ser considerado compañero de los profesionales de la salud para mejorar la seguridad en la atención, ya que puede narrar una parte crucial de la historia de los eventos adversos que pudo no haber sido capturada en el expediente clínico o no apreciada por los profesionales de la salud.

Los análisis de las causas raíz que consideran los puntos de vista del paciente pueden ser un recurso valioso para determi-

nar cómo ocurren los eventos adversos, si bien por su parte Wu y colaboradores señalan diversos problemas en la forma como se realizan actualmente este tipo de análisis y cuestionan su efectividad para mejorar la seguridad de los pacientes.^{3,4} Uno de estos problemas es la falta de aportaciones del paciente, quien rara vez se involucra en las investigaciones y a menudo ni siquiera es entrevistado después de un evento adverso. No obstante, dada la fragmentación de la atención médica y la frecuente opacidad de los registros médicos, es probable que el paciente sea una de las fuentes más valiosas para determinar la verdadera causa de cualquier evento adverso y su percepción tiene el potencial de guiar a la institución hacia una mejoría significativa en la seguridad en la atención.

La construcción de lazos entre los pacientes y los profesionales de la salud después de la presentación de un evento tiene una importancia crítica. El Foro Nacional para la Calidad recientemente publicó su reporte 2010, *Prácticas Seguras para una Mejor Atención en Salud*, en el cual una de las recomendaciones es que el paciente “debe recibir información oportuna, transparente y clara en relación con lo que se conoce del evento.”⁵ Es probable que un paciente responda más favorablemente a un profesional de la salud que le proporciona información completa acerca de la lesión iatrogénica, que a un profesional que se comporta en forma defensiva o de manera poco sincera y franca.⁶ El paciente puede expresar su percepción acerca de si el evento adverso era prevenible y ofrecer información específica de cómo evitarlo en el futuro.

Es absolutamente necesaria la construcción de una cultura de seguridad que aliente a los profesionales de la salud y a los pacientes a informar los eventos de seguridad. Involucrar a los pacientes en el proceso de identificación de los riesgos y peligros es crucial para el completo entendimiento del ambiente de seguridad en cualquier organización o programa.

Hace una década que el Instituto de Medicina conmocionó al ámbito médico con su primer informe acerca de la prevalencia y la gravedad del daño causado por el proceso de recibir atención médica: *Errar es humano: construyendo un sistema de salud más seguro*. A partir de entonces y con los siguientes informes: *Cruzando el abismo de la calidad: un nuevo sistema de salud para el siglo XXI*⁷ y *La seguridad del paciente: alcanzando un nuevo estándar en la atención*,⁸ los temas relacionados con la seguridad de los pacientes han seguido recibiendo atención por parte de los legisladores, la industria del cuidado de la salud y los defensores de la seguridad de los pacientes. En estos reportes se establece un plan para recolectar información estandarizada acerca de los eventos de seguridad de los pacientes para cubrir las necesidades de múltiples agencias y propósitos; esto permite dar a los participantes una oportunidad de recopilar información, analizar registros y áreas de importancia para mejorar la seguridad de los pacientes.

* Confiamos en la definición de seguridad de los pacientes como la prevención del daño a los mismos, donde la lesión puede ocurrir como consecuencia de errores por comisión u omisión. La seguridad de los pacientes es un aspecto de la calidad de la atención y no se separa de ella.

A través de los ojos del paciente

Los pacientes tienen agudas percepciones acerca de cómo una cadena particular de eventos pudo contribuir a un resultado definido como adverso; se encuentran en una posición única porque a diferencia de los profesionales de la salud están presentes en todo el espectro de su propio cuidado, el cual puede cambiar entre los diferentes escenarios de la atención y los diferentes profesionales de la salud. Los pacientes probablemente también tienen percepciones que surgen de su conocimiento personal o de su propia historia clínica; lo mismo sucede con sus familiares. Además, tienen un auténtico interés en averiguar lo que sucedió y en apreciar los cambios benéficos derivados de las experiencias (como las mejorías en los procesos hospitalarios y en la práctica clínica).⁹

Los pacientes tienen la capacidad de proporcionar su percepción acerca de los eventos adversos (algunos graves y prevenibles) que pueden no estar documentados en el expediente clínico. Un estudio comparó la información de los eventos adversos que se obtuvo a través de entrevistas a pacientes, con la registrada en la historia clínica. De 998 pacientes de un hospital norteamericano, 23% indicó al menos un evento adverso, pero solo 11% tuvo un evento adverso identificado en su historia clínica.¹⁰ Un estudio del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos y la Oficina del Inspector General encontró que 112 de 120 incidentes de seguridad (93%) no se registraron y que un alto porcentaje de enfermedades adquiridas en el medio hospitalario se codificaron erróneamente en la información administrativa o de facturación de los pacientes.¹¹

Parece claro que aún hay mucho que aprender de las experiencias de los pacientes en la atención de la salud y continúa vigente la pregunta de cómo podemos involucrarlos en el informe de los eventos de seguridad. Creemos que los informes de eventos adversos de los propios pacientes pueden proporcionar datos útiles que se pueden incorporar en los sistemas de seguridad. Ignorar esta evidencia puede llevar al subregistro, lo que limita la capacidad de los profesionales de salud de aprender de sus errores y negarles la información que necesitan para llevar a cabo medidas encaminadas a prevenir eventos similares en el futuro.

Escuchar a los pacientes

Una forma de aprender del paciente es a través de sus historias. Las historias reflejan y confirman nuestra experiencia, lo que puede ser un poderoso mecanismo para transmitir información y aprender de acontecimientos pasados. Nada cambia la propia perspectiva como la experiencia personal,

especialmente aquella que tiene consecuencias graves. Las historias personales acerca de los eventos adversos (que van desde situaciones que casi suceden hasta lesiones graves o la muerte) tienen un gran poder y le dan un significado particular y contexto a lo que de otra manera sería una colección de hechos o datos clínicos. Dicha información es especialmente significativa para proporcionar el contexto y el significado personal de eventos que se pasaron por alto o que no se documentaron apropiadamente en el expediente clínico. La revisión y codificación de las experiencias personales agrega información cualitativa legítima y válida acerca de la atención de la salud desde la perspectiva del paciente.

Escuchar las experiencias de atención en salud de los pacientes, especialmente las concernientes a los eventos adversos, es un herramienta importante para mejorar la seguridad de los pacientes y puede complementar la información registrada por los profesionales de la salud. Los pacientes pueden hacer notar lo que no funciona del sistema de salud, pero solo si se “escucha y aprende” de sus historias.¹² Los profesionales de la salud tienen una perspectiva clínica que se centra únicamente en los aspectos técnicos de la atención, mientras que los pacientes se enfocan más en los temas de seguridad que se relacionan con la recepción real de la atención. Éstos son tan válidos como los aspectos clínicos de la atención.

Se debe reconocer que el paciente sabe que los eventos de seguridad pueden proporcionar una ruta hacia las debilidades en el sistema de salud. Al incluir los informes de los pacientes acerca de su experiencia con la atención, las lecciones aprendidas de los sistemas de reporte de eventos de seguridad serán más completas. Por ejemplo, los pacientes pueden resaltar temas comunes pero prácticos que los profesionales de la salud pueden no mencionar específicamente en los reportes de incidentes. Un ejemplo podría ser un paciente que identifica que la causa única de una caída camino al baño fue una falla de las instalaciones en proporcionar un orinal o bacinica accesible. En este ejemplo, el tipo de información que se obtuvo del paciente realmente conduce a una acción para mejorar la seguridad.

Cuando los médicos experimentan el sistema de salud como pacientes están calificados en forma única y especial para identificar los eventos de seguridad. En Estados Unidos, Donald Berwick, un médico líder de la opinión nacional y experto en mejorar la calidad de la atención, ha hablado acerca de que sus experiencias personales con las fallas del sistema de salud lo llevaron a sus innovadoras contribuciones para mejorar la seguridad de los pacientes.¹³ En su autobiografía, el doctor Edward Rosenberg, un internista de Oregon con 50 años de experiencia, discute sus vivencias como paciente de cáncer. Cuando los papeles cambian y los médicos se vuelven pacientes en el hospital,

se encuentran en excelente posición para identificar los riesgos y peligros de seguridad para los pacientes; no obstante, son incapaces de prevenir o arreglar dichos problemas. Sin embargo, como resultado de ellos mismos ser pacientes, muchos médicos indican que han cambiado la forma como practican la medicina y han comenzado a tratar a sus pacientes con mayor sensibilidad y con un entendimiento más profundo del potencial para situaciones indignas y los daños prevenibles.¹⁴

Existe una tendencia en el sistema de salud en la cual los pacientes se están volviendo participantes activos en su salud, su atención y sus resultados. Como parte de dicha tendencia, los pacientes están compartiendo más sus experiencias negativas durante el proceso de atención.¹⁵ Sus narraciones, acompañadas de la información de los estudios de experiencia de los pacientes con la atención, como la Evaluación del Consumidor de los Sistemas y los Profesionales de la Salud (CAHPS por sus siglas en inglés), los estudios de proveedores sobre la cultura de la seguridad de los pacientes como el Estudio Hospitalario de la Cultura de la Seguridad de los Pacientes y la información administrativa del hospital sobre los eventos de seguridad de los pacientes como los Indicadores de Seguridad de los Pacientes de la *Agency for Healthcare Research and Quality*, tienen el potencial de revelar una historia convincente acerca de la “seguridad centrada en el paciente”, es decir, la superposición de los eventos de seguridad de los pacientes y las experiencias de éstos con la atención.^{16,17} Además, los hallazgos de un nuevo estudio apoyan la propuesta de que las mejoras en la seguridad de los pacientes conllevan a una reducción en las quejas por responsabilidad médica.¹⁸ La información que proporcionan los pacientes a través de sus narraciones o de los estudios con pacientes deriva en acciones realizables para los esfuerzos de mejoría en la calidad e identifica estrategias prometedoras para realizar avances en la seguridad de los pacientes.

Involucrar a los pacientes en su propio cuidado

El concepto de involucrar a los pacientes en su cuidado tiene origen en el sistema de salud de Estados Unidos. Las numerosas campañas de concienciación pública han hecho eco en los pacientes y los han estimulado a llevar a cabo acciones para mejorar la calidad de la atención a la salud. La iniciativa “Alza la Voz”, de la Comisión Conjunta apoyada por los Centros para el Cuidado y la Ayuda Médica (*Centers for Medicare & Medicaid Services*) es una campaña nacional que reconoce que los pacientes tienen un papel importante en la mejoría de su atención, al ser activos, involucrarse y ser participantes informados en su cuidado.¹⁹ El programa

de educación para pacientes de la Fundación Nacional para la Seguridad de los Pacientes “Pregúntame 3”, promueve la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes como una manera de mejorar los resultados en salud.²⁰ En el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, la Agencia para la Investigación y la Calidad en Salud, la principal agencia gubernamental para la seguridad de los pacientes, ha ayudado a los usuarios a desempeñar un papel más proactivo en su atención de la salud. En 2007, en conjunción con el Consejo de Publicidad lanzó una campaña publicitaria nacional de servicio público: “Las preguntas son la respuesta”, la cual alienta a los pacientes a realizar preguntas a sus profesionales de la salud.²¹

Como se mencionó, Estados Unidos ha adoptado el uso de los estudios de pacientes para capturar las experiencias de los mismos para llamar su atención sobre la calidad de la atención recibida. Los estudios CAHPS proporcionan a los pacientes y a los profesionales de la salud los instrumentos para evaluar la calidad de la atención hospitalaria y ambulatoria. Comprenden preguntas válidas y confiables acerca de los aspectos de la atención que tanto los profesionales de la salud como los pacientes consideran que representan la calidad. El Estudio Hospitalario CAHPS o HCAHPS, es el primer estudio nacional, estandarizado y de reporte público de las perspectivas de los pacientes acerca de la atención hospitalaria. Fue diseñado con tres objetivos:²²

1. La producción de información comparable de las perspectivas de los pacientes sobre la atención, que permita comparaciones objetivas y significativas entre los hospitales, sobre los dominios importantes para los consumidores.
2. El reporte público de los resultados del estudio para crear incentivos para que los hospitales mejoren la calidad de su atención.
3. El reporte público para aumentar la responsabilidad pública al elevar la transparencia de la calidad de la atención hospitalaria

Los pacientes pueden ser agentes efectivos del cambio para mejorar su seguridad al dar a conocer sus preocupaciones o quejas, ya que pueden identificar condiciones inseguras y prevenir futuros daños. Las inconformidades de los pacientes se pueden analizar sistemáticamente y agregarse para comprender dónde ocurren los problemas del sistema de salud. Los temores, las preocupaciones y reclamos de los pacientes, son el tipo de retroalimentación que deben tener en cuenta los profesionales de la salud. También pueden servir como una advertencia para el hospital o los administradores y los directivos médicos para identificar a los profesionales de la salud en riesgo de verse involucrados en casos de responsabilidad médica.²³⁻²⁵ Una barrera para aceptar las quejas de los pacientes como informes de daños es que los profe-

sionales de salud consideren que aquellos no son capaces de juzgar adecuadamente la calidad técnica de la atención.

Si bien se encuentran disponibles numerosos sistemas de reportes de seguridad voluntarios, confidenciales, no punitivos, pocos brindan a los pacientes la oportunidad de expresar sus experiencias al respecto. Una excepción son los Sistemas de Reporte de Eventos Médicos, Hospital Total, en los cuales la información de las quejas del paciente se trata como eventos de seguridad y se ingresa en un sistema junto con los registros de los profesionales de salud (Battles J, Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención a la Salud. Rockville, MD; y Kaplan H, profesor de patología, Centro Médico Monte Sinaí, Nueva York, 22 de abril de 2010, Comunicación personal). En Estados Unidos, los pacientes que someten quejas acerca de su atención a la Comisión Conjunta o a las Organizaciones para la Mejoría en la Calidad tienen una retroalimentación limitada y pocos se enteran del efecto que tienen sus argumentos en la mejoría de la calidad de la atención.

Estado actual de la recolección y el análisis de la información de los eventos adversos

Más de 26 estados de la Unión Americana cuentan con una legislación o regulaciones relacionadas con el informe de los eventos adversos hospitalarios. Casi todos están diseñados para el uso de los profesionales de la salud, no para los pacientes. Incluso después de la emisión de los tres informes del Instituto de Medicina, Estados Unidos no ha desarrollado un mecanismo centralizado para los sistemas de reporte de eventos adversos. En vez de ello, existen al menos 26 sistemas estatales para recolectar la información al respecto,²⁶ que difieren en la manera como definen los eventos adversos, la cantidad y tipo de información que se somete acerca de los pacientes y si se requiere la autorización del hospital para incluir información acerca de las causas.²⁶ Además, difieren en términos del reporte obligatorio y el voluntario y en cómo se utilizará la información para mejorar la seguridad de los pacientes.

La Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención de la Salud ha dado respuesta a las recomendaciones del Instituto de Medicina con una serie de objetivos de investigación para crear nuevos modelos y sistemas orientados a mejorar la seguridad de los pacientes. Ha centrado sus esfuerzos en construir un programa efectivo con seis elementos:

1. Identificación de los riesgos y peligros de la atención en salud.
2. Análisis de los modelos de causas y riesgos.
3. Creación de nuevo conocimiento.
4. Diseño de prácticas y herramientas de seguridad con base en las evidencias.
5. Implementación de prácticas y herramientas seguras.
6. Mantenimiento y sustento de la vigilancia.

Uno de los retos más importantes en la seguridad de los pacientes es la necesidad de mejores herramientas para identificar los riesgos y medir las tendencias en seguridad de los mismos. Debemos confiar en la información proporcionada por los pacientes para comprender mejor la naturaleza de cómo ocurren los eventos adversos y cómo se pueden prevenir. Los sistemas de registro al respecto inevitablemente tendrán limitaciones inherentes si no se incorpora la perspectiva del paciente. Nosotros proponemos que podrían mejorar si se da a éste la oportunidad de aportar sus experiencias con la atención a la salud.

Conclusiones

Involucrar al paciente en su propio cuidado para identificar los eventos de seguridad es una propuesta prometedora para mejorar este aspecto.²⁷ Durante largo tiempo lo hemos despreciado o ignorado como fuente de información acerca de los peligros de lesión o daño relacionados con la atención de la salud. La información que puede proporcionar sería de ayuda para diversos objetivos: el cumplimiento de las regulaciones, la identificación de las amenazas de seguridad, la resolución de casos individuales y la provisión de información comparable para ayudar a tomar decisiones. Para todos estos propósitos, las aportaciones del paciente son críticas si la información es completa y precisa.

Necesitamos adoptar una estrategia para monitorear la seguridad del paciente centrada en el mismo, con el desarrollo de las herramientas apropiadas para registrar la información que proporcione acerca de su experiencia con la atención de la salud, con el fin de mejorar la seguridad y la calidad de los servicios de salud. Sus historias, observaciones y recomendaciones tienen la fuerza para cambiar la conducta de los profesionales de la salud y estimular la acción para superar el temor de enfrentar las fallas en los sistemas de salud.

Agradecimientos

A Cindy Brach y Judy Sangl, por sus útiles comentarios en la revisión de este escrito.

Referencias

1. Kaiser Family Foundation, Agency for Healthcare Research and Quality, and Harvard School of Public Health. National survey on consumers' experiences with patient safety and quality information, 2004. Available at <http://www.kff.org/kaiserpolls/pomr111704pkg.cfm>
2. Weingart SN, Pagovich O, Sands DZ, Li JM, Aronson MD, Davis RB, et al. What can hospitalized patients tell us about adverse events? Learning from patient-reported incidents. *J Gen Intern Med* 2005;20:830-836.
3. Wu AW, Lipshutz AKM, Pronovost P. Effectiveness and efficiency of root cause analysis in medicine. *JAMA* 2008;299(6):685-687.
4. Wu AW, Phan JC, Pronovost P. Root cause analyses: are we looking for keys under the lamp post? National Patient Safety Foundation. *Focus Patient Saf* 2008;11:3-5.
5. National Quality Forum. Safe Practices for Better. Healthcare-2010 Update: A Consensus Report. Washington, DC: NQF; 2010. Available at www.qualityforum.org/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id...25690
6. Mazor KM, Simon SR, Yood RA, Martinson BC, Gunter MJ, Reed GW, et al. Health plan members' views about disclosure of medical errors. *Ann Intern Med* 2004;140(6):409-418.
7. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS; Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System. A Report of the*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academies Press; 1999.
8. Aspden P, Corrigan JM, Wolcott J, Erickson SM; Committee on Data Standards for Patient Safety, Board on Health Care Services. *Patient safety: achieving a new standard for care*. Washington, DC: Institute of Medicine/National Academies Press; 2004. Available at http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10863&page=R1
9. *When Things Go Wrong: Responding To Adverse Events. A Consensus Statement of the Harvard Hospitals*. Cambridge, MA: Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors; 2006.
10. Weissman JS, Schneider EC, Weingart SN, Epstein AM, David-Kasdan J, Feibelmann S, et al. Comparing patient-reported hospital adverse events with medical record review: do patients know something that hospitals do not? *Ann Intern Med* 2008;149(2):100-108.
11. U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Inspector General. *Adverse Events in Hospitals: Methods for Identifying Events*. Washington, D.C. : U.S. Department of Health and Human Services; 2010.
12. Berwick D. What 'patient-centered' should mean: confessions of an extremist. *Health Affairs* 2009;28(4):w555-w565.
13. Berwick, D. *Escape Fire: Lessons Learned for the Future of Health Care*. New York, NY: Commonwealth Fund; 2002. Available at http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/berwick_escapefire_563.pdf
14. Klitzman R. *When Doctors Become Patients*. New York, NY: Oxford University Press; 2008.
15. Quaid D, Thao J, Denham CR. Story power: the secret weapon. *J Patient Saf* 2010;6(1):5-14.
16. Mardon R. Survey of Patient Safety Culture in U.S. Hospitals: External Validity Analyses. Presented at the 2008 AHRQ Annual Research Conference, Bethesda, MD. Available at http://www.cahps.ahrq.gov/content/community/events/files/F-3-P_Mardon-Final_fwp.pdf
17. Brady C, Leape L. Integrating quality and safety with patient-centered care. In: Frampton SB, Charnel P, editors. *Putting Patient First. Best Practices in Patient Centered Care*. 2nd ed. Derby, CT: Planetree; 2008. pp. 249-265.
18. Greenberg, MD, Haviland, AM, Ashwood, JS, Main R. *Is Better Patient Safety Associated with Less Malpractice Activity? Evidence from California*. Santa Monica, CA: RAND Institute for Civil Justice; 2010.
19. Joint Commission [website]. Facts about Speak Up Initiatives. Available at http://www.jointcommission.org/GeneralPublic/Speak+Up/about_speakup.htm
20. National Patient Safety Foundation [website]. Ask me 3. Available at <http://www.npsf.org/askme3/>
21. Lazar, A. AHRQ Uses Tools to Educate Consumers. *Managed Healthcare Executive* [website]. April 1, 2009. Available at <http://managed-healthcareexecutive.modernmedicine.com/mhe/Quality+Strategy/AHRQ-uses-tools-to-educate-consumers/ArticleStandard/Article/detail/592262>
22. Hospital Care Quality Information from de Consumer Perspective [website]. CAHPS Hospital Survey. Available at <http://www.hcahpsonline.org/home.aspx>
23. Pichert JW, Hickson G, Moore I. *Using Patient Complaints to Promote Patient Safety. Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches. Volume 2. Culture and Redesign*. AHRQ Publication No. 08-0034-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.
24. Hickson GB, Federspiel CF, Pichert JW, Miller CS, Gauld-Jaeger J, Bost P. Patient complaints and malpractice risk. *JAMA* 2002;287(22):2951-2957.
25. Hickson GB, Federspiel CF, Blackford J, Pichert JW, Gaska W, Merigan MW, et al. Patient complaints and malpractice risk in a regional healthcare center. *South Med J* 2007;100(8):791-796.
26. U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Inspector General, *Adverse Events in Hospitals: State Reporting Systems*. Washington, D.C. ; U.S. Department of Health and Human Services; 2008.
27. Weingart SN, Pagovich O, Sands D, Li JM, Aronson MD Davis RB, et al. What can hospitalized patients tell us about adverse events? Learning from patient-reported incidents. *J Gen Intern Med* 2005;20(9):830-836.