

# Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en los Establecimientos de Salud Ambulatorios.

---

## Instrucciones

Piense en la manera en que se hacen las cosas en su establecimiento de salud y exprese sus opiniones acerca de cuestiones que en general afectan la seguridad y calidad del cuidado de los pacientes en su consultorio.

Considere que en este cuestionario, cuando se menciona **proveedores de atención médica** se refiere a todo personal médico y personal de enfermería en contacto clínico con los pacientes; la palabra **empleados** se refiere a las demás personas que trabajan en el consultorio; así mismo por **personal** se refiere a la totalidad de proveedores de atención médica y empleados.

Si alguna pregunta no corresponde a su situación o no conoce la respuesta, favor de marcar la opción “No aplica o No sabe”.

- Un **“incidente”** es definido como cualquier tipo de error, equivocación, evento, accidente o desviación, falta de consideración, no importando si el resultado daña al paciente o no.
- Un **“evento adverso”** es el daño que sufre un paciente, como consecuencia de errores, incidentes, accidentes o desviaciones durante su atención médica.
- **“Seguridad del paciente”** atención libre de lesión accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad del error y se maximice la probabilidad de su impedimento.
- **“Cultura de Seguridad del Paciente”** se define como el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso y el estilo de una organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por comunicaciones basadas en la confianza mutua, por la percepción compartida de la importancia de la seguridad y por la confianza en la eficacia de las medidas preventivas.

**SECCIÓN A: Lista de cuestiones que afectan la seguridad de los pacientes y la calidad.**

Los siguientes puntos describen situaciones que pueden suceder en el establecimiento de salud, que afecten la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención médica. **Según su mejor cálculo ¿con qué frecuencia sucedieron las siguientes situaciones en su consultorio médico EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?**

	Diaria- mente	Semanal- mente	Mensual- mente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	No sucedió en los últimos 12 meses	No aplica o no sabe
<b>Acceso a la atención médica</b> 1. Un paciente no pudo conseguir una cita en un plazo de 48h, para un problema grave o serio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Identificación del paciente</b> 2. Se utilizó la historia clínica equivocada para un paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Historias clínicas</b> 3. No estaba disponible la historia clínica de un paciente cuando se necesitaba.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se archivó, escaneó o ingresó la información médica en la historia clínica que no correspondía al paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Equipo médico</b> 5. El equipo médico no funcionaba adecuadamente o necesitaba reparación o remplazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Medicamentos</b> 6. El equipo de farmacia se comunicó con el consultorio para clarificar o corregir una receta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La lista de medicamentos del paciente no se actualizó al momento de su consulta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diagnóstico y pruebas</b> 8. Los resultados de pruebas de laboratorio o de imágenes no estaban disponibles cuando se requerían.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECCIÓN B: Intercambio de información.**

**En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia el establecimiento de salud ha tenido problemas para intercambiar información precisa, completa y oportuna con:**

	Problemas diaria- mente	Problemas semanal- mente	Problemas mensual- mente	Problemas varias veces en los últimos 12 meses	Problemas una o dos veces en los últimos 12 meses	No hubo problemas en los últimos 12 meses	No aplica o no sabe
1. Laboratorios o imagenología?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Otros servicios clínicos? (Estomatología, Planificación Familiar, Trabajo Social, Vacunación, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Farmacia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hospitales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Otros servicios no clínicos? (Especifique): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN C: El trabajo en el establecimiento de salud.

**¿Qué tan de acuerdo o desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones?**

	Muy en des-acuerdo	En desa-cuerdo	Ni de acuerdo ni en desa-cuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	No aplica o no sabe
1. Cuando alguien en el área de trabajo está muy ocupado, este recibe ayuda de otros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En su área de trabajo hay una buena relación de trabajo entre el personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. En el área de trabajo, frecuentemente nos sentimos apresurados cuando estamos atendiendo a los pacientes,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. En su área de trabajo se tratan con respeto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En el área de trabajo tenemos demasiados pacientes para la cantidad de proveedores de atención médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Se cuenta con procedimientos de verificación de que se hizo correctamente el trabajo realizado en el área de trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Al personal de esta área de trabajo se le pide que realice tareas para las cuales no fue capacitado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. En su área de trabajo se pone énfasis al trabajo en equipo para atender a los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. En su área de trabajo hay demasiados pacientes para poder manejar todo de manera eficiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. El personal en su área de trabajo sigue procedimientos estandarizados al hacer el trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección D: Comunicación y Seguimiento

**¿Con qué frecuencia suceden las siguientes situaciones en su área de trabajo?**

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre	No aplica o no sabe
1. Los proveedores de atención médica escuchan las ideas de los demás empleados para mejorar los procedimientos de su área de trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Se anima al personal a expresar otros puntos de vista en su área de trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. En la consulta se les recuerda a los pacientes cuando necesitan agendar citas para cuidado preventivo o de rutina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. El personal teme realizar preguntas cuando algo parece estar mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En la consulta se lleva el registro de la evolución de los pacientes con enfermedades crónicas incluido el plan de tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. El personal cree que sus errores son considerados en su contra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. El personal habla abiertamente sobre problemas del funcionamiento del consultorio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. En la consulta se da seguimiento de los pacientes que necesitan monitoreo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Es difícil expresar desacuerdos en su área de trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. En su área de trabajo se habla sobre maneras de prevenir que los errores se comentan de nuevo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. El personal está dispuesto a informar los errores que observan en su área de trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección E: Apoyo del propietario/socio y/o director/Dirección

**¿Usted tiene un puesto directivo y tiene la responsabilidad de tomar decisiones para el establecimiento de salud?**

- Sí: **Pase a la SECCIÓN F.**
- No: **Complete todas las preguntas del cuestionario.**

**¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre la dirección del establecimiento médico?**

	Muy en desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en Desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	No aplica o no sabe
1. No invierten suficientes recursos para mejorar la calidad de la atención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dejan pasar por alto los errores que se cometen una y otra vez en la atención de los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le dan alta prioridad a mejorar los procedimientos que se realizan en la atención al paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Con demasiada frecuencia sus decisiones se basan en lo que es mejor para el establecimiento de salud y no en lo que es mejor para el paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. El director toma acciones para capacitar al personal cuando se establecen procedimientos nuevos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. El director toma acciones para que el personal sea capacitado en el puesto que va a desempeñar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección F: Su área de trabajo

**¿Qué tan de acuerdo o desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones?**

	Muy en desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en Desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	No aplica o no sabe
1. Cuando hay un problema en su área de trabajo vemos si es necesario cambiar la manera en que hacemos las cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Los procedimientos de su área de trabajo son buenos para prevenir errores que puedan afectar a los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Los errores se cometen más de lo debido en su área de trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Es sólo por casualidad que no cometemos más errores que podrían afectar a nuestros pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En su área de trabajo son buenos para cambiar los procedimientos para asegurar que los mismos errores no vuelvan a ocurrir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. En su área de trabajo la cantidad de trabajo es más importante que la calidad de la atención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Después de que en su área de trabajo se realizan cambios para mejorar los procedimientos en atención al paciente, comprobamos si estos cambios funcionaron.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección G: Calificaciones generales.

**Calificaciones generales de calidad**

**1. ¿Cómo calificaría al establecimiento de salud en cada una de las siguientes dimensiones de calidad en la atención de salud?**

		Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
<b>a. Centrado en el paciente.</b>	Responde a las preferencias, necesidades y valores de cada paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. Eficaz</b>	Logra los objetivos establecidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. Oportuno</b>	Minimiza las esperas y retrasos potencialmente dañinos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d. Eficiente</b>	Asegura una atención rentable (evita desperdicio, abuso y uso incorrecto de servicios).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>e. Equitativo</b>	Brinda la misma calidad de atención a todas las personas sin importar sexo, raza, origen étnico, nivel socioeconómico, idioma, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Calificación general de seguridad de los pacientes.**

**2. ¿Cómo calificaría los sistemas y procedimientos clínicos que su consultorio médico tiene establecidos para prevenir, detectar y corregir problemas que tienen el potencial de afectar a los pacientes?**

Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección H: Información general.

Esta información ayudará en el análisis de los resultados del cuestionario. Marque UNA respuesta para cada pregunta.

**1. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este establecimiento de salud?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 1 año | <input type="checkbox"/> d. De 11 a 15 años |
| <input type="checkbox"/> b. De 1 a 5 años  | <input type="checkbox"/> e. De 16 a 20 años |
| <input type="checkbox"/> c. De 6 a 10 años | <input type="checkbox"/> f. 21 años o más   |

**2. ¿Cuántas horas a la **SEMANA** trabaja usted en el establecimiento de salud?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. De 1 a 4 horas   | <input type="checkbox"/> d. De 25 a 32 horas |
| <input type="checkbox"/> b. De 5 a 16 horas  | <input type="checkbox"/> e. De 33 a 40 horas |
| <input type="checkbox"/> c. De 17 a 24 horas | <input type="checkbox"/> f. 41 horas o más   |

**3. ¿Cuál es su cargo en el establecimiento de salud?**

- a. Médico
- b. Personal de enfermería
- c. Director
- d. Personal de apoyo administrativo
- e. Otro cargo; por favor especifique: \_\_\_\_\_



Sección I: Sus comentarios.

**Por favor no dude en anotar cualquier comentario que tenga sobre la seguridad de los pacientes o la calidad de la atención en el establecimiento de salud.**

---

---

---

---

---

**Gracias por completar este cuestionario.**