



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de
los Trabajadores del Estado**

**Percepción del personal médico y paramédico de la
seguridad del paciente aplicando el cuestionario
sobre “Cultura de Seguridad del paciente en los
Establecimientos de Salud Ambulatorios” en el
servicio de Medicina Física y Rehabilitación del
Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE.**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN MEDICINA DE
REHABILITACIÓN

PRESENTA:

DRA. MARIANA GUADALUPE MARTÍNEZ RIVERA

ASESORES:

DR. ÁNGEL OSCAR SÁNCHEZ ORTIZ

DRA. REBECA HERRERA FLORES

DR. GUSTAVO ADOLFO RAMÍREZ LEYVA



ISSSTE

INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

MÉXICO, CIUDAD DE MÉXICO, SEPTIEMBRE 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Aprobación de Tesis

Dr. Israel David Pérez Moreno
Encargado de Coordinación de Enseñanza e Investigación

Dr. Ángel Oscar Sánchez Ortiz
Profesor titular del curso de la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación
Asesor de tesis

Dr. Iván José Quintero Gómez
Profesor adjunto de la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación

Dra. Rebeca Herrera Flores
Asesor de Tesis

Dr. Gustavo Adolfo Ramírez Leyva
Asesor de Tesis

Agradecimientos

A todas las personas que estuvieron conmigo, apoyando y acompañándome durante todo este tiempo.

A mi madre, mi tío y mi abuela que siempre me han impulsado a seguir adelante, brindándome apoyo incondicional tanto en mi vida personal y profesional, sin ustedes esto no habría sido posible.

A ti, mi compañero de vida y sin duda mi mejor amigo, por siempre haber estado presente, por darme esa tranquilidad y paciencia para enfrentar las cosas, y hacerme sonreír incluso en esos días donde parece imposible.

A todos mis compañeros de las generaciones con las que tuve el gusto de coincidir, por todas las buenas y malas experiencias; y que con el paso del tiempo con algunos se tornó en amistad.

Mi gratitud a todos los que se dedican a enseñar e inspirar a ser mejores profesionalmente, son los que nos motivan a pensar de manera crítica y cuestionar lo que nos rodea.

ÍNDICE

Resumen	5
Introducción	9
Antecedentes.....	15
Objetivos	18
Material y métodos	19
Resultados	20
Discusión.....	36
Conclusión	40
Bibliografía	41
Anexos	44

I. Resumen

Introducción: De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Una piedra angular de la disciplina es la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos. A nivel mundial, hasta 4 de cada 10 pacientes sufren daños en la atención sanitaria primaria y ambulatoria. Hasta el 80% de los daños se pueden prevenir. Los errores más perjudiciales están relacionados con el diagnóstico, la prescripción y el uso de medicamentos. Existe un claro consenso de que los servicios de salud de calidad en todo el mundo deben ser eficaces, seguros y centrados en las personas. Además, para materializar los beneficios de una atención médica de calidad, los servicios de salud deben ser oportunos, equitativos, integrados y eficientes. Para garantizar la implementación exitosa de las estrategias de seguridad del paciente se necesitan políticas claras, capacidad de liderazgo, datos para impulsar mejoras en la seguridad, profesionales de la salud capacitados y la participación efectiva de los pacientes en su atención.

Objetivo. Evaluar la percepción del personal médico y paramédico de la seguridad del paciente aplicando el *Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en los establecimientos de salud ambulatorios* en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo, prospectivo en personal médico y paramédico del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE. Una vez autorizado, se invitó al personal a participar en el estudio en caso de aceptar participar se obtuvo la información demográfica de interés y se les pidió responder el Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en los establecimientos de salud ambulatorios. Esta información fue registrada en Excel y transferida a SPSS v.26 para su análisis estadístico descriptivo.

Resultados. Los resultados nos permiten apreciar que la percepción del personal sanitario sobre la seguridad del paciente no es una opinión homogénea ni uniforme, al contrario, hace visible el espectro de situaciones que ocurren de manera cotidiana, colocando al centro la integridad del paciente. Más de la mitad del personal calificar como buena la institución, pero una tercera parte la considera regular y hasta un 7% piensa que es mala. Esta última, solo parece ser una llamada de atención a todas las carencias existentes, de los cuales se destacaron fallas en algún equipo médico y fallas en la comunicación con otros servicios. A pesar de las problemáticas, también existen algunos factores que podrían funcionar como protectores, dentro de ellos, los profesionistas reconocen que existen procesos de verificación para corroborar que el trabajo realizado es adecuado, así como procedimientos estandarizados que aseguran la seguridad del paciente.

Conclusión. El objetivo general se logró de manera satisfactoria, ya que fue posible describir la percepción del personal médico y paramédico acerca de la seguridad del paciente. Se dilucidaron algunas situaciones sobre la dinámica de trabajo en el hospital, la comunicación, los procedimientos y la calificación general sobre la seguridad del paciente en esta unidad hospitalaria. El personal de la salud manifiesta diferentes puntos de vista, calificándola como buena, regular o mala. De lo anterior, consideramos como prioritaria la alta demanda de los servicios de salud, la deficiencia de recursos humanos y materiales; por lo que, al identificar estas áreas de oportunidad, se puede empezar a plantear acciones y estrategias que contribuyan a terminar con este desbalance entre la demanda y los recursos (humanos y materiales) disponibles.

Palabras clave: Percepción, médico, seguridad, paciente, establecimientos de salud.

Abstract: According to the World Health Organization (WHO), patient safety is a health care discipline that arose with the evolution of the complexity of health care systems and the consequent increase in damage to patients in health centers. Its objective is to prevent and reduce the risks, errors and damage suffered by patients during the provision of health care. A cornerstone of the discipline is continuous improvement based on learning from mistakes and adverse events. Globally, up to 4 in 10 patients are injured in primary and outpatient healthcare. Up to 80% of damage can be prevented. The most harmful errors are related to the diagnosis, prescription and use of medications. There is a clear consensus that quality healthcare services around the world must be effective, safe and people-centred. In addition, to materialize the benefits of quality medical care, health services must be timely, equitable, integrated, and efficient. Clear policies, leadership skills, data to drive safety improvements, trained healthcare professionals, and the effective engagement of patients in their care are needed to ensure the successful implementation of patient safety strategies

Objective. Evaluate the perception of medical and paramedical personnel of patient safety by applying the *Questionnaire on patient safety culture in ambulatory health establishments* in the Physical Medicine and Rehabilitation Service in Regional Hospital 1° de Octubre ISSSTE.

Material and methods. An observational, cross-sectional, descriptive, prospective study was carried out in medical and paramedical personnel of the Physical Medicine and Rehabilitation Service of the Regional Hospital 1° de Octubre of the ISSSTE. Once authorized, the personnel were invited to participate in the study, if they agreed to participate, the demographic information of interest was obtained and they were asked to answer the Questionnaire on patient safety culture in outpatient health establishments. This information was recorded in Excel and transferred to SPSS v.26 for its descriptive statistical analysis.

Results. The results allow us to appreciate that the perception of health personnel on patient safety is not a homogeneous or uniform opinion, on the contrary, it makes visible the spectrum of situations that occur on a daily basis, placing the integrity of the patient at the center. More than half of the staff rate the institution as good, but a third consider it regular and up to 7% think it is bad. The latter only seems to be a call to attention to all the existing deficiencies, of which failures in some medical equipment and failures in communication with other services stood out. Despite the problems, there are also some factors that could function as protectors, among them, professionals recognize that there

are verification processes to verify that the work performed is adequate, as well as standardized procedures that ensure patient safety.

Conclusion. The general objective was achieved satisfactorily, since it was possible to describe the perception of the medical and paramedical personnel about patient safety. Some situations about the work dynamics in the hospital, the communication, the procedures and the general qualification about the safety of the patient in this hospital unit were elucidated. Health personnel express different points of view, qualifying it as good, regular or bad. From the above, we consider as a priority the high demand for health services, the deficiency of human and material resources; Therefore, by identifying these areas of opportunity, it is possible to begin to propose actions and strategies that contribute to ending this imbalance between the demand and the resources (human and material) available.

Key words: Perception, doctor, safety, patient, health establishments.

II. Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Una piedra angular de la disciplina es la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos. ⁽¹⁾

Asimismo, del movimiento de calidad de la atención médica surgió una definición de seguridad del paciente con varios enfoques de los componentes esenciales más concretos. La seguridad del paciente fue definida por el Instituto de Medicina como “la prevención de daños a los pacientes”. ⁽²⁾ Se hace hincapié en el sistema de prestación de atención que:

- 1) previene errores
- 2) aprende de los errores que ocurren y
- 3) se basa en una cultura de seguridad que involucra a los profesionales de la salud, las organizaciones y los pacientes. ^(2,3)

El glosario en el sitio web de la Red de Seguridad del Paciente de la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica amplía la definición de prevención de daños: “libertad de daños accidentales o prevenibles”. lesiones producidas por la atención médica.”⁽⁴⁾

Los eventos adversos debidos a una atención poco segura son probablemente una de las 10 causas principales de muerte y discapacidad en el mundo. ⁽⁵⁾

En los países de ingresos altos, se estima que uno de cada 10 pacientes sufre daños mientras recibe atención hospitalaria. ⁽⁶⁾ El daño puede ser causado por una serie de eventos adversos, de los cuales casi el 50% son prevenibles. ⁽⁷⁾

Cada año se producen 134 millones de eventos adversos por una atención poco segura en los hospitales de los países de ingresos bajos y medios, lo que provoca 2.6 millones de muertes. ⁽⁸⁾

En un estudio se ha estimado que alrededor de dos tercios de todos los eventos adversos resultantes de una atención poco segura y los años perdidos por discapacidad y muerte (conocidos como años de vida ajustados en función de la discapacidad, o AVAD) se producen en países de ingresos bajos y medios. ⁽⁹⁾

A nivel mundial, hasta 4 de cada 10 pacientes sufren daños en la atención sanitaria primaria y ambulatoria. Hasta el 80% de los daños se pueden prevenir. Los errores más perjudiciales están relacionados con el diagnóstico, la prescripción y el uso de medicamentos. ⁽¹⁰⁾

En los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el 15% del total de la actividad y el gasto hospitalarios es un resultado directo de eventos adversos. ⁽⁶⁾

Las inversiones en la reducción de los daños a los pacientes pueden conducir a ahorros financieros significativos y, lo que es más importante, a mejores resultados para los pacientes. ⁽⁶⁾ Un ejemplo de prevención es involucrar a los pacientes, lo cual, si se hace bien, puede reducir la carga de los daños hasta en un 15%. ⁽¹⁰⁾

La seguridad del paciente es un aspecto crítico en los servicios sanitarios, ya que está directamente relacionada con la calidad de la atención médica y el bienestar de los pacientes. Es esencial garantizar que los pacientes reciban la atención médica adecuada y segura para evitar errores médicos y eventos adversos. Los hospitales y otros centros de atención médica tienen la responsabilidad de implementar prácticas de seguridad efectivas y programas de mejora de la calidad para minimizar los riesgos para los pacientes. Además, los pacientes tienen derecho a recibir información clara y completa sobre su atención médica y a participar en las decisiones relacionadas con su cuidado. ^(1,11)

Existe un claro consenso de que los servicios de salud de calidad en todo el mundo deben ser eficaces, seguros y centrados en las personas. Además, para materializar los beneficios de una atención médica de calidad, los servicios de salud deben ser oportunos, equitativos, integrados y eficientes. Para garantizar la implementación exitosa de las estrategias de seguridad del paciente se necesitan políticas claras, capacidad de liderazgo, datos para impulsar mejoras en la seguridad, profesionales de la salud capacitados y la participación efectiva de los pacientes en su atención. ⁽¹⁾

Cada año, se producen una cantidad importante de lesiones y muertes de pacientes debido a una atención sanitaria poco segura y de mala calidad. Estas prácticas médicas y los riesgos asociados a la atención sanitaria se han convertido en un problema grave para la seguridad de los pacientes y contribuyen significativamente a la carga de daños por atención insegura. Entre las situaciones más preocupantes en relación con la seguridad del paciente se encuentran: errores de medicación, infecciones relacionadas con la atención sanitaria, procedimientos quirúrgicos poco seguros, prácticas de inyección poco seguras, errores diagnósticos, prácticas de transfusión poco seguras, errores de

irradiación, septicemia y tromboembolias venosas (tabla 1). Estos problemas son una carga significativa tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios y resaltan la necesidad de mejorar la seguridad del paciente en los servicios sanitarios.⁽¹⁾

Tabla 1. Tipos de daño al paciente según la OMS⁽¹⁾

Daño al paciente	Descripción
Errores de medicación	Una de las principales causas de lesiones y daños evitables en los sistemas de atención sanitaria: se estima que, en todo el mundo, el costo asociado a los errores de medicación asciende a 42 000 millones de dólares anuales. ⁽¹²⁾
Infecciones asociadas a la atención de la salud	Afectan de 7 a 10 de cada 100 pacientes hospitalizados en países de ingresos altos y países de ingresos bajos y medios, respectivamente. ⁽¹³⁾
Procedimientos quirúrgicos inseguros	Provocan complicaciones en hasta el 25% de los pacientes. Anualmente, casi siete millones de pacientes quirúrgicos sufren complicaciones significativas, de los cuales un millón fallece durante la intervención o inmediatamente después de ella. ⁽¹⁴⁾
Prácticas inseguras de inyecciones en entornos de atención de la salud	En entornos de atención sanitaria pueden transmitir infecciones, entre ellas por el VIH y por los virus de la hepatitis B y C, y plantean un peligro directo para los pacientes y los profesionales sanitarios. Representan una carga de daños estimada en 9.2 millones de años de vida perdidos por discapacidad y muerte en todo el mundo. ⁽⁹⁾
Errores de diagnósticos	Afectan aproximadamente al 5% de los adultos que reciben atención ambulatoria, y más de la mitad de estos errores pueden llegar a causar daños graves. La mayoría de las personas se ven afectadas por algún error de diagnóstico a lo largo de su vida. ⁽¹⁵⁾
Prácticas inseguras de transfusión	Exponen a los pacientes al riesgo de reacciones adversas a la transfusión y de transmisión de infecciones. ⁽¹⁶⁾ Los datos sobre reacciones adversas a la transfusión, procedentes de un grupo de 21 países, muestran una incidencia media de 8.7 reacciones graves por cada 100 000 unidades de componentes sanguíneos distribuidas. ⁽¹⁷⁾

Errores de radiación	Abarcan los casos de sobreexposición a la radiación y aquellos en los que se irradia al paciente incorrecto o la zona equivocada. ⁽¹⁸⁾ Según un examen de los datos publicados a lo largo de 30 años sobre seguridad en radioterapia, se estima que la incidencia general de errores es de aproximadamente 15 por cada 10 000 ciclos de tratamiento. ⁽¹⁹⁾
Sepsis asociada a la atención	No se diagnostica a tiempo para salvar la vida del paciente. Como muchas de las infecciones que la causan son resistentes a los antibióticos, pueden provocar un rápido deterioro de la situación clínica. Se estima que anualmente se ven afectadas 31 millones de personas en todo el mundo, de las que más de 5 millones fallecen. ⁽²⁰⁾
Tromboembolias venosas	Son una de las causas más frecuentes y prevenibles de daños a los pacientes, y suponen una tercera parte de las complicaciones atribuidas a la hospitalización. Se estima que anualmente se registran 3.9 millones de casos en los países de ingresos altos y 6 millones de casos en los países de ingresos bajos y medios. ⁽²¹⁾

Organización Mundial de la Salud. Patient Safety [Internet]. 2019. [cited 2023 Mar 27]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

El daño al paciente se define como el impacto y la gravedad de un proceso de falla en la atención: “deficiencia temporal o permanente de la salud física” o funciones o estructuras psicológicas del cuerpo”. Los orígenes del problema de seguridad del paciente se clasifican en términos de tipo (error), comunicación (fallas entre el paciente o el representante del paciente y los médicos, el médico y el personal no médico, o entre los médicos), manejo del paciente (delegación inadecuada, falla en el seguimiento, derivación incorrecta o mal uso de recursos), y desempeño clínico (antes, durante y después de la intervención).^(4,22)

Los tipos de errores y daños se clasifican además según el dominio o dónde ocurrieron en el espectro de proveedores y entornos de atención médica. Las causas fundamentales del daño se identifican en los siguientes términos:⁽²³⁾

- Falla latente: eliminada del practicante e involucrando decisiones que afectan las políticas, los procedimientos y la asignación de recursos de la organización.
- Fracaso activo: contacto directo con el paciente
- Falla del sistema organizacional: fallas indirectas que involucran la gestión, la cultura organizacional, los protocolos/procesos, la transferencia de conocimiento y factores externos.
- Falla técnica—falla indirecta de instalaciones o recursos externos

Finalmente, un pequeño componente de la taxonomía se dedica a actividades de prevención o mitigación. Estas actividades de mitigación pueden ser universales (implementadas en toda la organización o entornos de atención médica), selectivas (dentro de ciertas áreas de alto riesgo) o indicadas (específicas para un proceso clínico u organizacional que ha fallado o tiene un alto potencial de fallar).^(4,23)

Valoración de la percepción del personal médico y paramédico de la seguridad del paciente aplicando el *Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del paciente en los Establecimientos de Salud Ambulatorios*

El Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en los Establecimientos de Salud Ambulatorios (ANEXO 1) es una herramienta diseñada para evaluar la cultura de seguridad del paciente en los servicios de salud ambulatorios. Fue desarrollado por el Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos. En México, la Comisión de Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y posteriormente la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), realizaron la adecuación del cuestionario, además de validarlo mediante la prueba de Alfa de Cronbach. ^(24,25)

El cuestionario es aplicable para los 3 niveles de atención y consta de 52 ítems que evalúan diferentes aspectos de la cultura de seguridad del paciente en los establecimientos de salud ambulatorios. Los ítems se dividen en 9 dominios: ^(24,25)

- A) Su área de trabajo
- B) Su supervisor/jefe
- C) Comunicación
- D) Frecuencia de eventos reportados
- E) Grado de Seguridad del Paciente
- F) Su hospital
- G) Número de eventos reportados
- H) Información complementaria
- I) Sus comentarios

Además, incluye 2 preguntas adicionales:

- Grado general sobre la seguridad del paciente
- Número de incidentes/eventos reportados

Cada ítem se puntúa en una escala Linkert. La escala de Linkert tiene por objetivo medir actitudes, o maneras de actuar en situaciones sociales específicas, ya que estas no son medibles por observación directa por lo cual se tiene que utilizar una medición indirecta, seleccionando ítems para constituir un criterio válido y preciso. Esto se realiza bajo afirmaciones o juicios y solicitando la reacción de los encuestados. ⁽²⁶⁾

La puntuación global del cuestionario se interpreta como un indicador de la cultura de seguridad del paciente en el establecimiento de salud ambulatorio. Una puntuación alta indica una cultura de seguridad sólida, mientras que una puntuación baja indica la necesidad de mejorar la cultura de seguridad. Además, los resultados por dominio pueden ayudar a identificar áreas específicas que requieren mejoras. ^(24,25)

III. Antecedentes

Camacho Rodríguez, ⁽²⁷⁾ determinó el nivel de cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud de atención primaria. Participaron 51 profesionales de la salud de 14 centros de salud de Bucaramanga en 2017. Se utilizó la encuesta Cultura de seguridad del paciente en atención primaria. Se evidenció que ninguna de las dimensiones fue categorizada como fortaleza o debilidad y se obtuvo una puntuación global positiva de 45%. La cultura de seguridad fue mejor valorada por la población femenina y entre los profesionales de terapia ocupacional, fonoaudiología y fisioterapia. Las dimensiones con mejor calificación fueron puntuación global e intercambio de información con otros servicios asistenciales. Se encontraron diferencias significativas con las variables edad, profesión, antigüedad en el trabajo, número de horas trabajadas en la semana y tipo de contrato. La cultura de seguridad del paciente en las instituciones evaluadas no se percibe como una fortaleza, evidenciando la necesidad de planes de mejoramiento orientados a esta área.

En otro estudio, Castellanos Salinas ⁽²⁸⁾ evaluó de manera educativa la cultura de seguridad del paciente en el personal en enfermería de un hospital privado de Guadalajara, México y de una clínica de Manizales Colombia durante octubre 2018 y febrero 2020. Participaron 50 personas adscritas al departamento de enfermería y fue desarrollado a través del Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en los Establecimientos de Salud Ambulatorios. La percepción de cultura de seguridad del paciente por parte del personal y los profesionales de la salud en un hospital de Guadalajara México se observa una valoración positiva en una gran mayoría de las dimensiones evaluadas, siendo las mejor valoradas las secciones:

C: El trabajo en el establecimiento de salud con un 90% de preguntas positivas,

F: Su área de trabajo con un 100% de preguntas positivas,

E: Apoyo del propietario/socio y/o director/dirección con un 66.4% y

G: Con un 100% de preguntas positivas.

La sección peor valorada fue la sección B, con un 100% de preguntas contestadas negativamente.

En el caso de la Clínica de Manizales Colombia, las secciones mejor valoradas fueron:

A: lista de cuestiones que afectan la seguridad de los pacientes y la calidad, en el caso de la Clínica de Manizales Colombia con un 75% en positivo,

E: Apoyo del propietario/socio y/o director/dirección con un 100% en positivo, de igual manera las secciones

F: Su área de trabajo con un 100% de preguntas positivas y

G: con un 100% de preguntas positivas.

No se consideró ninguna sección de la Clínica De Manizales como debilidad. Se observó una cultura de seguridad de la paciente positiva, de acuerdo con las dimensiones valoradas aun así se necesitan reforzar y elaborar estudios a menudo que demuestren el comportamiento de esta en las instituciones abordadas.

Mientras que, Ibarra Cerón y cols. ⁽²⁹⁾ midieron actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente, en personal del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca (HRAEO). La encuesta aplicada fue diseñada por la AHRQ de los Estados Unidos y adaptada por DGDI-CONAMED, se aplicó a una muestra de 110 profesionales. El 58.1% del personal encuestado refiere nunca haber notificado o reportado incidentes, y el 41% percibe que son bajas las condiciones de seguridad en el hospital. El 60.5% considera que es nulo el aprendizaje organizacional, lo cual estaría indicando que no existe retroalimentación para mejorar la seguridad del paciente; el 66.9% se encuentra de acuerdo en la existencia del trabajo en equipo dentro del servicio o unidad; 45.2% refiere nunca encontrarse en libertad para expresar, cuestionar o preguntar sobre los aspectos relacionados que lleven a la seguridad del paciente; 53.3% de los encuestados refieren que nunca se les ha retroalimentado o comunicado los errores que ocurren en su área de trabajo; sólo 24.3% manifiesta que los incidentes que son notificados no son tratados de manera punitiva y confidencial; 42.3% refieren que la gerencia del hospital no propicia el clima laboral ni los apoyos necesarios para la seguridad del paciente; 52.6% de los encuestados está totalmente de acuerdo en que la cooperación, coordinación y trabajo en equipo entre los servicios es la actitud predominante y 56.7% de los encuestados, poco más de la mitad, opina que no existen problemas con la información ni con la atención de pacientes durante los cambios de guardia o traslados. La encuesta aplicada permitió conocer aspectos fundamentales de la cultura de seguridad de los pacientes, que ayudan a definir acciones para mejorar la calidad de la atención.

Por su parte, Fajardo Dolci y cols. ⁽³⁰⁾ evaluaron el nivel de cultura sobre la seguridad del paciente entre los profesionales de la salud. Se aplicó una encuesta sobre seguridad del paciente a 174 profesionales de salud, en la que se indagaron datos demográficos, frecuencia y número de eventos. La percepción global sobre la seguridad fue de 51%. La dimensión más baja fue la apertura en la comunicación (38%) y la más alta el aprendizaje organizacional (68%). Se encontraron valores de alfa de Cronbach bajos para las dimensiones de percepción global de la seguridad (0.35), respuesta no punitiva al error (0.55) y asignación de personal (0.12). La percepción global baja sobre seguridad del paciente indica la necesidad de incrementar acciones institucionales para mejorarla. Los valores bajos de alfa de Cronbach en algunas dimensiones orientan a la necesidad de

realizar modificaciones al instrumento para hacerlo más confiable. Los resultados sobre la percepción global de seguridad, la respuesta no punitiva al error y la asignación de personal deben tomarse con reserva en virtud de la baja confiabilidad del instrumento en esas dimensiones.

Asimismo, Ramos y cols. ⁽³¹⁾ determinaron la percepción de cultura de seguridad del paciente en los profesionales de la salud del Hospital Privado de Córdoba en el año 2015. Para obtener información acerca de la percepción de cultura de seguridad se aplicó la versión española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture adaptado por el grupo de investigación en gestión de calidad de la Universidad de Murcia. La muestra la constituyeron 203 profesionales de la salud que se desempeñan en los servicios de internación (en las áreas clínico-asistenciales) del Hospital Privado de Córdoba. Las áreas de fortaleza identificadas correspondieron al aprendizaje organizacional/mejora continua y al trabajo en equipo en la unidad/servicio, mientras que la única dimensión evaluada como debilidad fue la referida a la dotación de personal. En términos prácticos de la gestión clínica, este trabajo permitió identificar áreas que indican qué se debe fortalecer dentro de la organización del hospital en materia de cultura de seguridad. En ese sentido, la percepción de que no hay personal suficiente cuando la carga de trabajo es excesiva interfiere para que se brinde atención de una manera óptima a los pacientes del hospital.

IV. Objetivos

Objetivo General

Evaluar la percepción del personal médico y paramédico acerca de la seguridad del paciente aplicando el “Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en los establecimientos de salud ambulatorios” en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE.

Objetivos Específicos

- Enumerar las características demográficas del personal médico y paramédico participante.
- Describir las características laborales del personal médico y paramédico participante.
- Identificar las cuestiones que afectan la seguridad de los pacientes y la calidad.
- Descubrir cómo reconoce el personal el intercambio de información entre áreas hospitalarias.
- Identificar cómo percibe el personal que es el trabajo en el hospital.
- Conocer cómo es la percepción de comunicación y seguimiento en el hospital con el paciente.
- Advertir si el apoyo del área directa es la adecuada.
- Saber si en el área de trabajo se realizan procedimientos para mantener la seguridad del paciente.
- Conocer la calificación general sobre la seguridad de los pacientes percibida por el personal médico y paramédico.

V. Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo, prospectivo.

Tomando como universo de trabajo al personal médico y paramédico mayor de 18 años, de ambos géneros que se encuentren laborando en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional 1 ° de Octubre del ISSSTE.

Se aplicó el cuestionario de “Cultura de Seguridad del paciente en los Establecimiento de Salud Ambulatorios” durante los meses de julio y agosto. Considerando los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Personal médico y paramédico del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE
- De ambos géneros
- Que acepten su participación mediante la firma de consentimiento.

Criterios de exclusión:

- Personal que no se encuentre en el hospital al momento de realizar el estudio por vacaciones o incapacidad.

Criterios de eliminación:

- Individuos que se retiren del estudio o que no contesten de forma completa el “Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en los establecimientos de salud ambulatorios”.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS v.26 y se realizó un análisis estadístico descriptivo de la siguiente manera:

→Para las variables cualitativas, se realizó con frecuencias y porcentajes.

→Para las variables cuantitativas, se realizó con media y desviación estándar.

VI. Resultados

El total fue de 55 participantes, de los cuales el 67% son mujeres y el 33% restante son hombres. Con una edad media de 41 ± 10 años, la mínima descrita de 22 años y la máxima de 66 años. El cargo o puesto que desempeñan, el tiempo que llevan laborando y las horas que trabajan por semana en la unidad hospitalaria se distribuyen de la siguiente manera (ver tabla 1).

Tabla 1. Frecuencia de cargo o puesto desempeñado, tiempo laborando y horas por semana.		
Cargo o puesto desempeñado		
	Frecuencia	Porcentaje
Administrativo	4	7.3
Enfermería	4	7.3
Fisioterapia	21	38.2
Médico	25	45.5
Psicología	1	1.8
Total	55	100
Tiempo laborando		
Menos de 1 año	3	5.5
De 1 a 5 años	23	41.8
De 6 a 10 años	7	12.7
De 11 a 15 años	6	10.9
De 16 a 20 años	3	5.5
21 años o más	13	23.6
Total	55	100
Horas por semana		
De 5 a 16 horas	10	18.2
De 25 a 32 horas	6	10.9
De 33 a 40 horas	15	27.3
41 horas o más	24	43.6
Total	55	100

Fuente: Elaboración propia

Del total de participantes alrededor del 85% corresponden a dos profesiones, los médicos ocupan casi la mitad de la muestra (45.5%), seguidos de los profesionales en terapia física con el 38.2%. En cuanto al tiempo laborando en dicha unidad, el 41.8% lleva de 1 a 5 años y hasta un 23% indica 21 años o más. Las horas laboradas por semana, el 43.6% acumula 41 horas o más, mientras que aproximadamente una tercera parte del total (27.3%) labora de 33 a 40 horas igualmente de manera semanal.

A continuación, se presenta la distribución de frecuencias de cada sección (7 secciones y 9 dominios) del cuestionario de Cultura de seguridad del paciente, considerando aquellos

ítems relevantes para esta investigación. Se abordan las distintas situaciones o problemáticas vividas en la unidad hospitalaria.

Sección 1. Situaciones que sucedieron en el consultorio o servicio hospitalario (ver tabla 2 y gráfico 2).

Tabla 2. Acceso a la atención médica		
	Frecuencia	Porcentaje
Diariamente	4	7.3
Semanalmente	5	9.1
Mensualmente	5	9.1
Varias veces en últimos 12 meses	11	20
1 o 2 veces en últimos 12 meses	6	10.9
No sucedió en últimos 12 meses	8	14.5
No aplica o no sabe	16	29.1
Total	55	100

En la tabla 2 se observa que el 18% de los participantes indica que los pacientes no lograron conseguir una cita en un plazo de 48 horas para un problema grave o severo. Sin embargo, un 25% refiere que esto no ocurrió en el último año o solo 1 a 2 veces en ese mismo periodo. Un 20% indica que esto sí ocurrió varias veces en los últimos 12 meses.

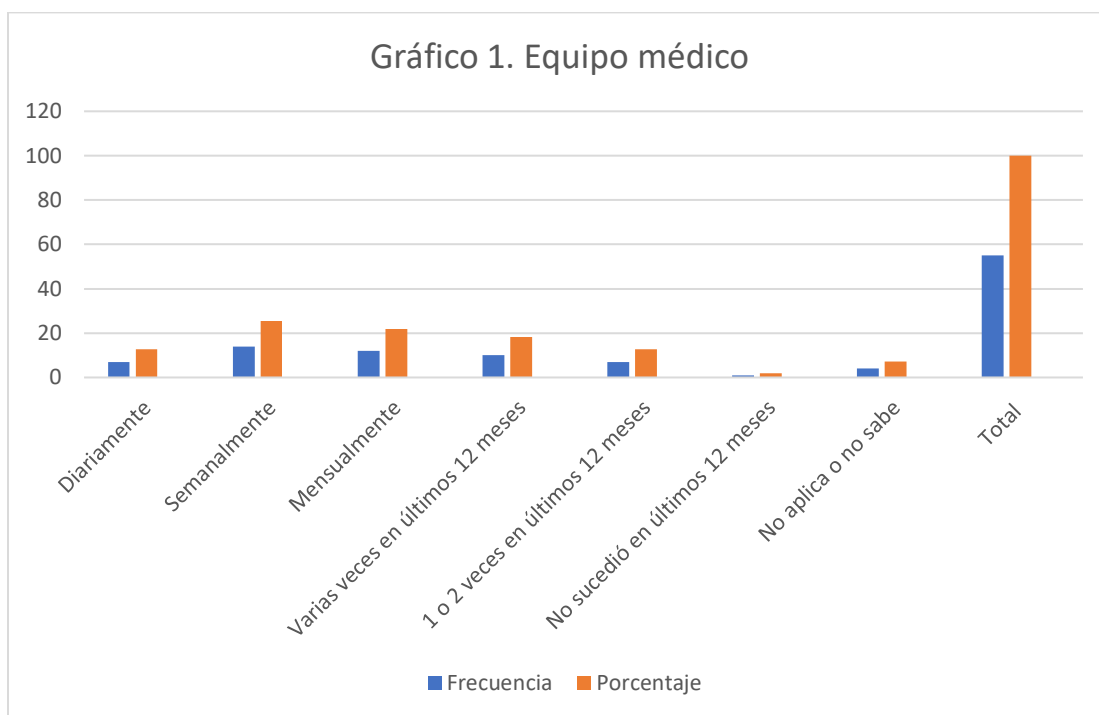
Tabla 3. Identificación del paciente		
	Frecuencia	Porcentaje
Diariamente	1	1.8
Semanalmente	2	3.6
Mensualmente	4	7.3
Varias veces en últimos 12 meses	7	12.7
1 o 2 veces en últimos 12 meses	15	27.3
No sucedió en últimos 12 meses	18	32.7
No aplica o no sabe	8	14.5
Total	55	100

Tabla 3, un 60% de los participantes indica que en los últimos 12 meses ocurrió 1 a 2 veces o en su defecto no sucedió, el utilizar una historia clínica equivocada para un paciente. Hasta un 12.7% señala que en el mismo periodo esto ocurrió varias veces.

La tabla 4 muestra una primera sección donde se observa un 27% de los participantes indicando que en el último año varias veces no se encontró disponible la historia clínica cuando esta fue requerida. Mientras que un 18% para este mismo lapso, afirman que esto ocurrió semanalmente. En la segunda sección, el 21.9% reconoce que se ingresó

información médica a la historia clínica que no correspondía al paciente, ocurriendo de forma semanal, mensual o varias veces en el año.

Tabla 4. Historia clínica		
No disponible		
	Frecuencia	Porcentaje
Diariamente	3	5.5
Semanalmente	10	18.2
Mensualmente	5	9.1
Varias veces en últimos 12 meses	15	27.3
1 o 2 veces en últimos 12 meses	6	10.9
No sucedió en últimos 12 meses	11	20
No aplica o no sabe	5	9.1
Total	55	100
No correspondía		
Semanalmente	3	5.5
Mensualmente	3	5.5
Varias veces en últimos 12 meses	6	10.9
1 o 2 veces en últimos 12 meses	15	27.3
No sucedió en últimos 12 meses	14	25.5
No aplica o no sabe	14	25.5
Total	55	100

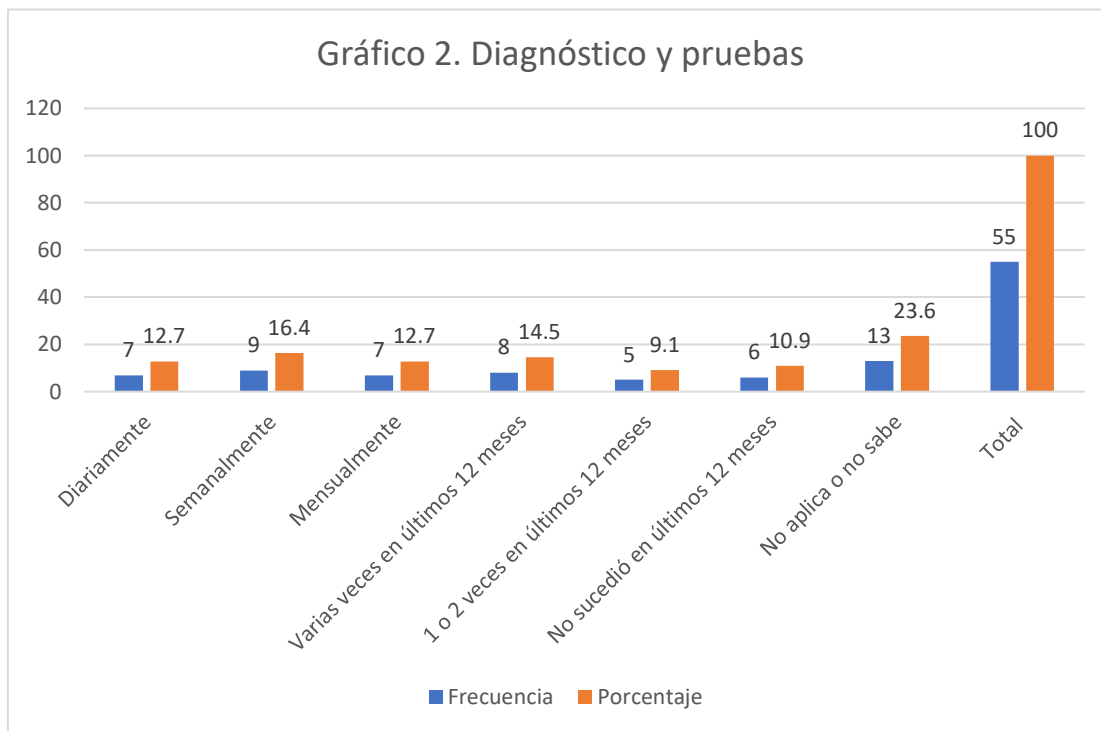


En el gráfico 1, el 60% de los participantes señalan que, de manera mensual, semanal o diaria, el equipo médico no funcionaba adecuadamente, necesitaba reparación e incluso reemplazo.

Tabla 5. Medicamentos. Clarificar o corregir		
	Frecuencia	Porcentaje
Diariamente	2	3.6
Semanalmente	7	12.7
Mensualmente	7	12.7
Varias veces en últimos 12 meses	6	10.9
1 o 2 veces en últimos 12 meses	8	14.5
No sucedió en últimos 12 meses	8	14.5
No aplica o no sabe	17	30.9
Total	55	100
No actualizados en consulta		
Diariamente	3	5.5
Semanalmente	5	9.1
Mensualmente	5	9.1
Varias veces en últimos 12 meses	6	10.9
1 o 2 veces en últimos 12 meses	2	3.6
No sucedió en últimos 12 meses	13	23.6
No aplica o no sabe	21	38.2
Total	55	100

La tabla 5 se divide en dos secciones, la primera indica la frecuencia con que el equipo de farmacia se comunicó con el consultorio para clarificar o corregir una receta. El 36% resuelve que esto ocurre semanal, mensualmente o varias veces en un año. Un 29% indica que esto no ocurre o solo 1 a 2 veces en los últimos 12 meses. La segunda sección resalta la frecuencia con que la lista de medicamentos de un paciente no se actualizó en la consulta, El 23% menciona que esto no ocurrió en el último año, pero para alrededor de un 30% esto sucedió de forma diaria, semanal o mensual.

En el gráfico 2 se muestra la frecuencia con que los resultados de laboratorio o imagenología, no estuvieron disponibles cuando fueron requeridos. Hasta un 16% indica que esto ocurre semanalmente, 14% varias veces en el último año y un 12% indica que esto podía ocurrir diariamente.



Sección 2. Con qué frecuencia ha tenido problemas el establecimiento de salud al momento de intercambiar información entre los servicios.

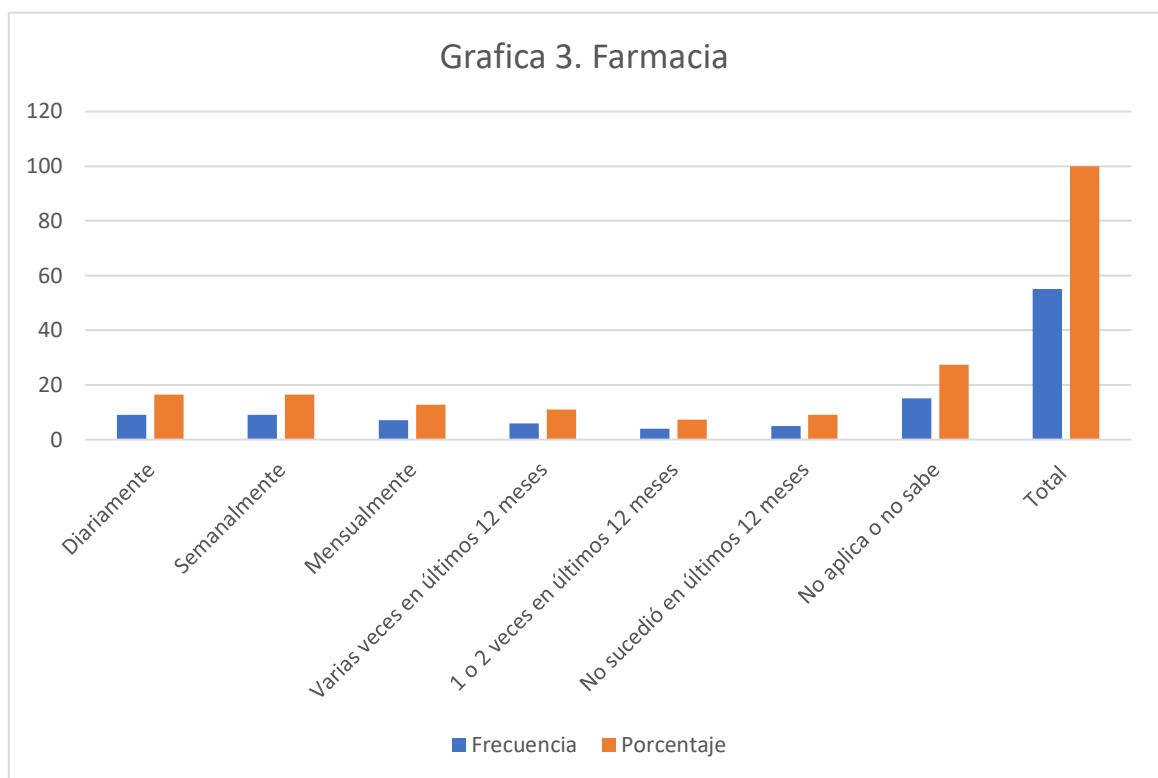
Tabla 6. Laboratorio e imagenología

	Frecuencia	Porcentaje
Diariamente	5	9.1
Semanalmente	5	9.1
Mensualmente	15	27.3
Varias veces en últimos 12 meses	8	14.5
1 o 2 veces en últimos 12 meses	8	14.5
No sucedió en últimos 12 meses	4	7.3
No aplica o no sabe	10	18.2
Total	55	100

El 27% menciona que han presentado este problema de información con el servicio de laboratorio e imagenología mensualmente. Un 14.5% señala que esto ocurrió varias veces al año. Mientras que en esa misma proporción indican que solo sucedió 1 o 2 veces en los últimos 12 meses.

Tabla 7. Otros servicios clínicos		
	Frecuencia	Porcentaje
Diariamente	1	1.8
Semanalmente	6	10.9
Mensualmente	5	9.1
Varias veces en últimos 12 meses	10	18.2
1 o 2 veces en últimos 12 meses	4	7.3
No sucedió en últimos 12 meses	4	7.3
No aplica o no sabe	25	45.5
Total	55	100

El problema de intercambio de información con otros servicios clínicos ocurrió semanalmente para 11% de los participantes, un 18.2% menciona que sucedió varias veces en el último año.



Con el servicio de farmacia la problemática sucedió diariamente para un 16.4% de los profesionistas que respondieron, en esa misma proporción otros indican que sucedió semanalmente y un 12.7% señalan que fue mensualmente.

Sección 3. Situación del área de trabajo

Tabla 8. Se sienten apresurados		
	Frecuencia	Porcentaje
Muy en desacuerdo	2	3.6
En desacuerdo	1	1.8
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	9	16.4
De acuerdo	21	38.2
Muy de acuerdo	21	38.2
No aplica o no sabe	1	1.8
Total	55	100

El 76.4% de los participantes están de acuerdo o muy de acuerdo en sentirse frecuentemente apresurados cuando atienden a sus pacientes. Mientras que solo una frecuencia acumulada de 5.4% están en desacuerdo o muy en desacuerdo con esta afirmación.

Tabla 9. Demasiados pacientes para el personal		
	Frecuencia	Porcentaje
Muy en desacuerdo	3	5.5
En desacuerdo	6	10.9
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6	10.9
De acuerdo	20	36.4
Muy de acuerdo	17	30.9
No aplica o no sabe	3	5.5
Total	55	100

El 67.3% de los participantes están de acuerdo o muy de acuerdo en que hay demasiados pacientes para la cantidad de personal sanitario. Mientras que un 16.4% indica lo contrario (en desacuerdo o muy en desacuerdo).

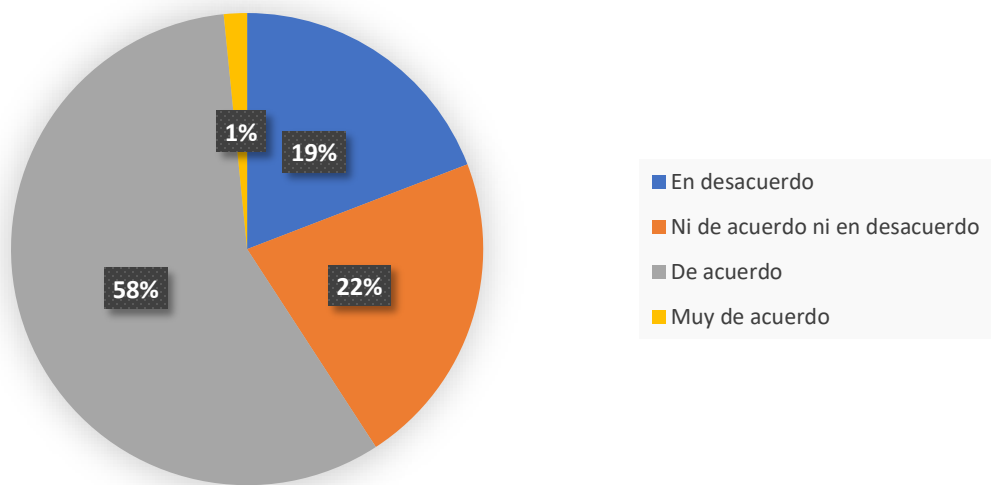
Tabla 10. Existen procedimientos de verificación		
	Frecuencia	Porcentaje
Muy en desacuerdo	3	5.5
En desacuerdo	5	9.1
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10	18.2
De acuerdo	27	49.1
Muy de acuerdo	5	9.1
No aplica o no sabe	5	9.1
Total	55	100

IKCon una frecuencia acumulada del 58.2%, los participantes están de acuerdo o muy de acuerdo en que se realizan procedimientos de verificación para corroborar que el trabajo de su área fue adecuado. El 14.6% difieren de esta afirmación (en desacuerdo o muy en desacuerdo).

Tabla 11. Realizan tareas para las que no fueron capacitados		
	Frecuencia	Porcentaje
Muy en desacuerdo	5	9.1
En desacuerdo	18	32.7
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6	10.9
De acuerdo	14	25.5
Muy de acuerdo	7	12.7
No aplica o no sabe	5	9.1
Total	55	100

El 38.2% de profesionistas cuestionados mencionan estar de acuerdo o muy de acuerdo en la siguiente afirmación: se les pide que realicen tareas para las cuales no fueron capacitados. Sin embargo, el 41.8% no comparte esta opinión.

Gráfico 4. Demasiado paciente para un trabajo eficiente



Alrededor del 70% señala que están de acuerdo o muy de acuerdo en indicar que hay demasiados pacientes para poder manejar la situación de forma eficiente. Mientras que el 14.5% están en desacuerdo con dicha afirmación.

Tabla 12. Se siguen procedimientos estandarizados		
	Frecuencia	Porcentaje
Muy en desacuerdo	2	3.6
En desacuerdo	4	7.3
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	9	16.4
De acuerdo	31	56.4
Muy de acuerdo	9	16.4
Total	55	100

El 72.8% de los profesionistas mencionan estar de acuerdo o muy de acuerdo en que se siguen procedimientos estandarizados al realizar el trabajo dentro de su área. Aproximadamente el 11% están en desacuerdo muy en desacuerdo con dicho planteamiento.

Sección 4. Situaciones en su área de trabajo

Tabla 13. Existe temor de a realizar preguntas cuando algo parece mal		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	4	7.3
Rara vez	6	10.9
Algunas veces	20	36.4
La mayoría de las veces	12	21.8
Siempre	9	16.4
No aplica o no sabe	4	7.3
Total	55	100

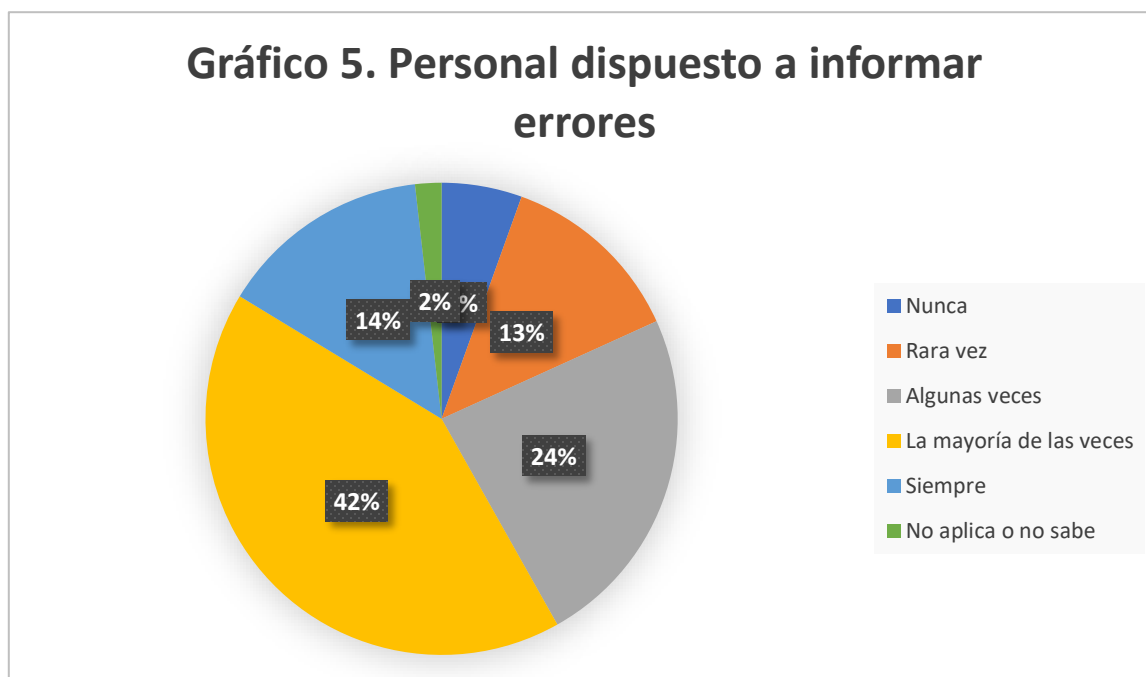
La mayoría de las veces o siempre, el 38.2% participantes indican que existe un sentimiento de temor para realizar preguntas cuando algo parece ir mal. El 18% dice que esto ocurre rara vez o nunca.

Tabla 14. Personal cree que sus errores se consideran en su contra		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	3	5.5
Rara vez	12	21.8
Algunas veces	17	30.9
La mayoría de las veces	13	23.6
Siempre	5	9.1
No aplica o no sabe	5	9.1
Total	55	100

El 32.7% del personal cree que sus errores se consideran en su contra la mayoría de veces o siempre, el 27.3% indica que esto no ocurre o rara vez.

Tabla 15. Se habla abiertamente sobre problemas de funcionamiento		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	4	7.3
Rara vez	10	18.2
Algunas veces	14	25.5
La mayoría de las veces	13	23.6
Siempre	9	16.4
No aplica o no sabe	5	9.1
Total	55	100

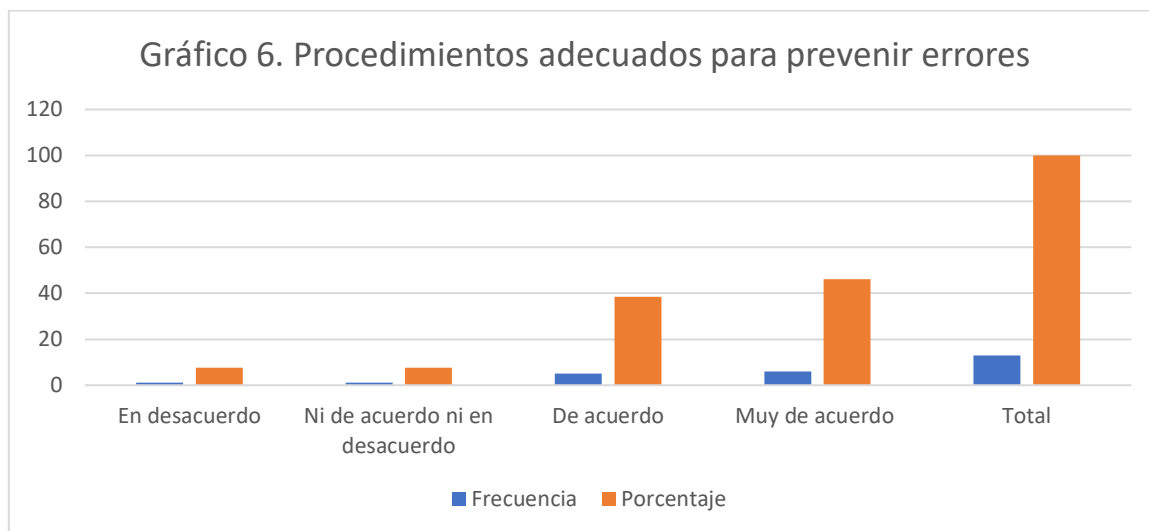
Hasta un 40% de los participantes señala que la mayoría de las veces o siempre, se habla de abiertamente sobre las problemáticas de funcionamiento en su área de trabajo. Sin embargo, el 43.7% indica que esto solo ocurre algunas veces o en rara ocasión.



El 56.3% del personal indica que la mayoría de las veces o siempre están dispuestos a informar los errores que se suscitan en su área de trabajo. Pero, el 36.3% solo algunas ocasiones o rara vez.

Sección 5. Puesto directivo o responsabilidad de tomar decisiones. En esta sección, se dicotomizó la variable en aquellos que toman decisiones o son directivo y los que no tienen esta responsabilidad, estos últimos se catalogaron como datos perdidos al momento de

definir las frecuencias. De tal manera que el total para esta sección fue de 13 sujetos y 42 datos perdidos.



El 84.7% del personal señala que los procedimientos que se realizan en su área de trabajo son adecuados para prevenir errores que afecten a los pacientes. Solo un 7.7% no están de acuerdo con la afirmación anterior.

Tabla 16. Errores más de los debido

	Frecuencia	Porcentaje
Muy en desacuerdo	1	7.7
En desacuerdo	5	38.5
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	23.1
De acuerdo	2	15.4
Muy de acuerdo	1	7.7
No aplica o no sabe	1	7.7
Total	13	100

Del total de participantes el 46.5% están en desacuerdo o muy en desacuerdo con la afirmación que dice que se comenten errores más de lo debido en su área de trabajo. Hasta un 15.4% señala lo contrario.

Tabla 17. Se evitan errores por casualidad

	Frecuencia	Porcentaje
Muy en desacuerdo	1	7.7
En desacuerdo	4	30.8
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	15.4
De acuerdo	5	38.5
Muy de acuerdo	1	7.7
Total	13	100

Destaca que, el 46.2% de los encuestados indican estar de acuerdo o muy de acuerdo al decir que los errores en su área laboral se evitan solo por casualidad. Un porcentaje menor, 38.5% no están de acuerdo con ello.

Tabla 18. Cantidad de trabajo vs calidad de atención		
	Frecuencia	Porcentaje
Muy en desacuerdo	3	23.1
En desacuerdo	3	23.1
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	30.8
De acuerdo	1	7.7
Muy de acuerdo	2	15.4
Total	13	100

Para el 46.2% del personal, se prioriza la calidad de atención al paciente sobre la cantidad de trabajo, pero el 23% señala lo contrario.

Sección 6. Sobre la dirección del establecimiento

Tabla 19. Pasan por alto errores		
	Frecuencia	Porcentaje
Muy en desacuerdo	8	14.5
En desacuerdo	9	16.4
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	15	27.3
De acuerdo	14	25.5
Muy de acuerdo	6	10.9
No aplica o no sabe	3	5.5
Total	55	100

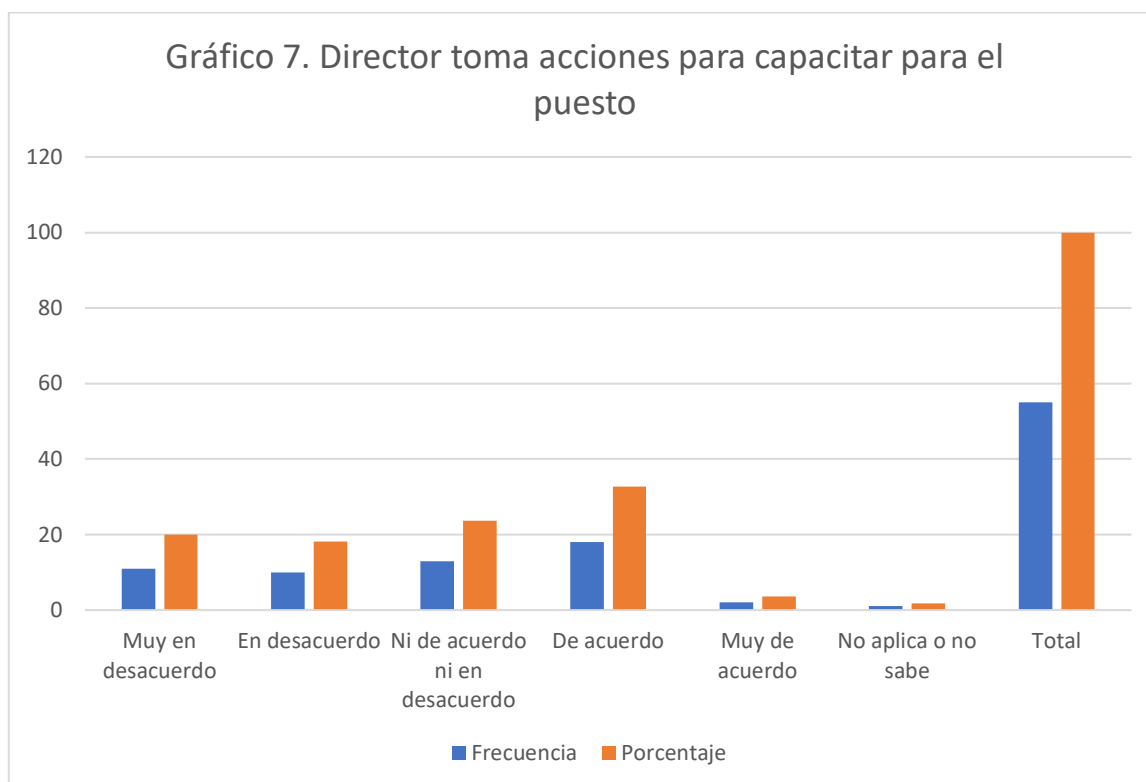
El 36.4% de los participantes mencionan estar de acuerdo o muy de acuerdo que se dejan pasar por alto los errores que se comenten repetidas ocasiones en la atención del paciente. Sin embargo, otro 30% indica lo contrario respecto a esta idea.

Tabla 20. Decisiones convenientes al establecimiento y no al paciente		
	Frecuencia	Porcentaje
Muy en desacuerdo	3	5.5
En desacuerdo	11	20
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	14	25.5
De acuerdo	18	32.7
Muy de acuerdo	8	14.5
No aplica o no sabe	1	1.8
Total	55	100

Para el 47.2% las decisiones que se toman priorizan lo que es conveniente para el establecimiento de salud, sobre lo que es mejor para el paciente. El 25.5% están en desacuerdo o muy en desacuerdo con esta afirmación.

	Frecuencia	Porcentaje
Muy en desacuerdo	8	14.5
En desacuerdo	8	14.5
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10	18.2
De acuerdo	15	27.3
Muy de acuerdo	6	10.9
No aplica o no sabe	8	14.5
Total	55	100

Casi el 30% del personal indica estar en desacuerdo o muy en desacuerdo con la afirmación: el director toma acciones para que el personal sea capacitado cuando se establecen nuevos procedimientos. Un 25% sostiene lo contrario.



Hasta un 38.3% no está de acuerdo o muy en desacuerdo al decir que el director toma acciones para capacitar al personal en el puesto que se va a desempeñar. Un porcentaje similar (36.3%) señala lo opuesto.

Tabla 22. No se invierten suficientes recursos		
	Frecuencia	Porcentaje
Muy en desacuerdo	3	5.5
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	7.3
De acuerdo	26	47.3
Muy de acuerdo	21	38.2
No aplica o no sabe	1	1.8
Total	55	100

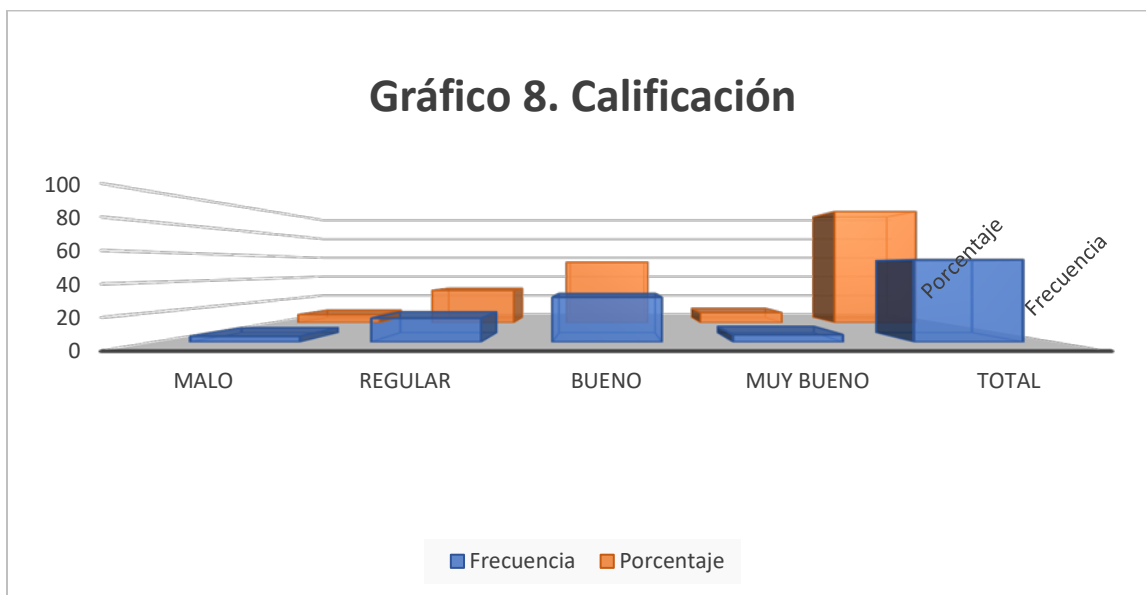
El 85.5% de los participantes concuerdan con una deficiencia en la inversión de recursos para mejorar la atención del paciente.

Sección 7. Calificación del establecimiento de salud

Tabla 23. Calificación al establecimiento de salud		
Centrado en el paciente		
	Frecuencia	Porcentaje
Muy malo	2	3.6
Regular	19	34.5
Bueno	32	58.2
Muy bueno	2	3.6
Total	55	100
Eficaz		
Muy malo	1	1.8
Malo	1	1.8
Regular	22	40
Bueno	28	50.9
Muy bueno	3	5.5
Total	55	100
Oportuno		
Muy malo	1	1.8
Malo	7	12.7
Regular	27	49.1
Bueno	19	34.5
Muy bueno	1	1.8
Total	55	100
Eficiente		
Muy malo	2	3.6
Malo	8	14.5
Regular	23	41.8
Bueno	19	34.5
Muy bueno	3	5.5
Total	55	100

Continúa tabla 23. Calificación al establecimiento de salud		
Equitativo		
Muy malo	2	3.6
Malo	5	9.1
Regular	11	20
Bueno	21	38.2
Muy bueno	16	29.1
Total	55	100

El personal califica el establecimiento de salud centrado en el paciente como bueno o muy bueno hasta en 61.8% de los casos, en ese mismo rubro el 34% dice que es regular. En eficacia el 56% lo califica como bueno o muy bueno, un 40% como regular. Como oportuno, el 50% dice que es regular, mientras que un 35% lo denomina bueno o muy bueno. En eficiencia 42% indica que es regular, sin embargo, otro 40% lo califica como bueno o muy bueno. En el rubro de equitativo, casi el 70% lo señala como bueno o muy bueno, cerca del 30% dice que es malo o regular.



Respecto a la calificación de los sistemas o procedimientos clínicos que se llevan a cabo en la unidad hospitalaria para prevenir, detectar o corregir problemas que tienen un potencial para afectar al paciente, el 63.6% otorga una calificación de bueno o muy bueno, alrededor de un 30% indica que es regular y un 7% señala que es malo en esta tarea.

Por último, se realizaron pruebas de chi cuadrada de homogeneidad con una significancia del 5% ($\alpha=0.05$) con la finalidad de determinar si existen diferencias estadísticamente

significativas en la percepción sobre el establecimiento sanitario en cuestión. Las variables que se consideraron fueron género, tiempo trabajando en el establecimiento, horas de trabajo por semana, cargo o puesto y si el personal tiene o no responsabilidad en la toma de decisiones/directivo. Solo fue posible demostrar diferencia estadística en la variable personal con responsabilidad en la toma de decisiones o directivo.

	Malo o muy malo	Regular	Bueno o muy bueno	Total
No es directivo o no toma decisiones	8	21	13	42
	80%	91.30%	59.10%	76.40%
Es directivo o toma decisiones	2	2	9	13
	20%	8.70%	40.90%	23.60%
Total	10	23	22	55
	100%	100%	100%	100%

En la tabla 31 podemos observar que la percepción sobre la eficiencia de la unidad de hospitalaria es distinta entre aquel personal que es o no directivo de la misma. La percepción negativa sobre la eficiencia es más frecuente en aquellos que no son directivos.

	Malo o muy malo	Regular	Bueno o muy bueno	Total
No es directivo o no toma decisiones	3	15	23	41
	75%	93.75%	65.70%	74.5%
Es directivo o toma decisiones	1	1	12	14
	25%	6.25%	34.30%	25.5%
Total	4	16	35	55
	100%	100%	100%	100%

La tabla 32 permite demostrar que existe una diferencia estadísticamente significativa en la calificación que otorga el personal que es o no directivo de la unidad hospitalaria. Una calificación negativa es más frecuente en aquellos que no son directivos.

VII. Discusión

Los resultados del cuestionario aplicado hacen posible realizar una breve descripción de la percepción del personal sanitario que labora en esta unidad hospitalaria, sobre la seguridad del paciente. No es una opinión homogénea ni uniforme, al contrario, hace visible el espectro de situaciones que ocurren de manera cotidiana, colocando al centro la integridad del paciente.

Estas diferencias en la percepción pueden ser resumidas en el último gráfico, este último muestra a más de la mitad del personal calificar como buena la institución, pero una tercera parte la considera regular y hasta un 7% piensa que es mala. Esta última, más que una sentencia, solo parece ser una llamada de atención a todas las carencias existentes y un reforzamiento a las actuaciones correctas. Como lo veremos en los siguientes párrafos, se perciben elementos negativos que vulneran la seguridad del paciente, se reconocen áreas de oportunidad para mejorar y también se manifiestan todas aquellas actividades que se están llevando a cabo de manera adecuada, es decir, las que están procurando la seguridad del paciente.

La atención de mala calidad y poco segura, tiene el potencial de generar una cantidad importante de lesiones e incluso la muerte de los pacientes, como se ha mencionado, entre las situaciones más preocupantes se encuentran, por ejemplo: los errores de medicación y errores diagnósticos. ⁽¹⁾ Desde esta perspectiva podemos observar en los resultados que hasta un 36% del personal sanitario indica que el equipo de farmacia se comunicó con el consultorio para clarificar o corregir una receta de forma diaria, semanal o mensual y hasta un 30% señala que con la misma periodicidad la lista de medicamentos no se actualizó. Hablamos de una tercera parte de los participantes que reconocen que existe una problemática en la medicación, sea al momento de actualizar la lista de los mismos o para corregirlos. Por tanto, puede verse vulnerado el plan de manejo y con ello, la salud del paciente, colocándolo en un riesgo potencial.

Los profesionales encuestados también destacan la falta de disponibilidad de la historia clínica, así como el ingreso de información errónea, es decir, que no correspondía al paciente. Este suceso representa un potencial riesgo al momento del diagnóstico y subsecuente plan de manejo del mismo, ya que la historia clínica representa el eje en la atención del paciente. Aunado a ello, en la tabla se observa un porcentaje acumulado de 42% del personal indicando que los resultados de laboratorio e imagenología no se encontraban presentes de manera mensual, semanal e incluso de forma cotidiana, lo cual demora el propio diagnóstico y el subsecuente plan de tratamiento del paciente.

Otro hallazgo medular es la falta de acceso a la atención médica, definido en el instrumento como la incapacidad de conseguir una cita en un plazo de 48 horas, cuando existía un problema grave o severo de salud. Este suceso implica una nula oportunidad de atención al paciente y por ende su integridad se ve comprometida. Además, una vez que ingresa a la unidad, es posible que el equipo médico no funcione o requiera reemplazo, dificultando o retrasando la atención de este último, esto de acuerdo a los hallazgos del gráfico 1, donde el 60% del personal señala que dicha situación puede suscitarse mensual, semanal o cotidianamente. Sumando a ello, las fallas en comunicación que el personal reconoce que existen, entre los diferentes servicios clínicos, farmacia, laboratorio e imagenología. Por todo lo anterior, se pone de manifiesto algunos de los orígenes de esta problemática como: la comunicación, el propio manejo del paciente y el desempeño clínico. Podemos sugerir que el daño al paciente puede ocurrir previo a su atención, durante su atención o en su seguimiento. (4,22)

Es importante destacar que además de las problemáticas, también existen algunos factores que podrían funcionar como protectores, dentro de ellos, los profesionistas reconocen que existen procesos de verificación para corroborar que el trabajo realizado es adecuado, así como procedimientos estandarizados que aseguran la seguridad del paciente.

Hasta ahora hemos visualizado y hecho énfasis en los fracasos activos (en contacto directo con el paciente) y fallas técnicas (falla de instalaciones o recursos), sin embargo, debemos recordar que existen las fallas del sistema organizacional y latentes donde se involucran, entre otros: la gestión, protocolos/procesos, políticas y asignación de recursos. (23) De estos, los hallazgos que indica el personal que labora en la unidad son la falta de inversión en recursos para la atención del paciente, la presión por la carga de trabajo, el exceso de pacientes para la cantidad de profesionales disponibles y, por tanto, la imposibilidad de un manejo eficiente de los mismos, pero aun en esas circunstancias un porcentaje importante reconoce que se prioriza la calidad de atención sobre la cantidad de trabajo. Podemos observar cómo elementos externos impactan de forma importante en la seguridad del paciente, ya que la demanda de los servicios de salud está fuera del alcance de los prestadores de servicios de salud, sin embargo, todo ello merma sus capacidades físicas y mentales. También aquí podemos ver algunos elementos relativamente positivos, como la disposición del personal sanitario para informar sobre los errores que cometen o suceden en su práctica, a pesar de que creer que dichos errores pueden ser usados en su contra.

Otros de los elementos que se consideran son las acciones preventivas, se ha mencionado que estas actividades de mitigación pueden ser universales (implementadas en toda la organización), selectivas (áreas de alto riesgo) o indicadas (específicas para un proceso o esquema organizacional que ha fallado o tiene potencial de fallar). ^(4,23) Se reconoce, por los participantes, que los procesos realizados en sus áreas son estandarizados o que son adecuados para prevenir errores, además que una tercera parte del personal indica que los directivos toman acciones para capacitarlos en los nuevos procedimientos o en el cargo que desempeñarán, sin embargo, también señalan que en ocasiones los errores se pasan por alto a pesar de ser cometidos más de una vez y, por tanto, están ocurriendo más de lo debido. Aunado a ello, perciben que algunas decisiones se toman pensando en lo que es conveniente al establecimiento de salud, no así para el paciente o su bienestar.

Todos los hallazgos que hemos mencionado, recolectados desde el instrumento de aplicación, son la percepción del personal de salud de la unidad médica. Por ello mismo debemos tomar en cuenta que la percepción generada desde la subjetividad implica en sí misma un constructo que debe escudriñarse con cautela, puesto que las ideas, experiencias, posición jerárquica, responsabilidades, tensiones externas, entre otras, suponen un filtro que puede distorsionar la realidad. Por ejemplo, en Camacho Rodríguez ⁽²⁶⁾ se determinó que la cultura de seguridad fue mejor valorada por la población femenina y entre los profesionales de terapia ocupacional, fonoaudiología y fisioterapia. Sin embargo, las pruebas de chi cuadrado de homogeneidad con una significancia del 5% realizadas, no nos permitieron demostrar que estas diferencias fueran significativas en cuanto al sexo o puesto ocupado. También se realizaron estas pruebas tomando en consideración el tiempo que llevan trabajando en la institución, así como las horas laboradas por semana (entre aquellos que llevan más tiempo o trabajan más horas y quienes llevan menos años o laboran menos horas a la semana respectivamente), sin embargo, tampoco se demostró que existiera diferencias estadísticamente significativas. Pero sí se logró demostrar que la percepción es distinta entre aquellos que tienen la responsabilidad de tomar decisiones o son directivos y aquellos que no tienen esta tarea, estos últimos con mayor frecuencia perciben ineficiencia en la institución, de igual manera, en mayor porcentaje otorgan una calificación negativa.

Con lo descrito hasta ahora podemos indicar, más que una percepción de la seguridad del paciente, son múltiples apreciaciones de la realidad, posiblemente fragmentos de misma, que pueden contribuir a construir una visión global e integral de ésta. Por lo

anterior, no quiere decir que la percepción de la seguridad está abierta totalmente a la subjetividad o que la investigación es no concluyente, al contrario, permite dilucidar las áreas de oportunidad y riesgo. Ya quedó claro que existen opiniones divididas, que califican como buena o regular a la unidad hospitalaria, que existen puntos fuertes como los procedimientos estandarizados que aseguran la integridad del paciente previniendo riesgos, las áreas de oportunidad como la capacitación de personal, la omisión de errores o las problemáticas de comunicación. Pero, uno de los rubros que tuvo mayor homogeneidad fue el de exceso en la demanda, es decir, la cantidad ingente de pacientes para el personal sanitario disponible y la imposibilidad de manejarlo de manera eficiente, lo cual, desde nuestra opinión, debe ser atendido de manera oportuna.

VIII. Conclusión

Podemos concluir que el objetivo general se logró de manera satisfactoria, ya que fue posible describir la percepción del personal médico y paramédico acerca de la seguridad del paciente. Los objetivos específicos también se alcanzaron, puesto que fue posible describir algunas características sociodemográficas del personal, además se identificaron algunas situaciones que afectan la integridad del paciente, se dilucidaron algunas situaciones sobre la dinámica de trabajo en el hospital, la comunicación, los procedimientos y la calificación general sobre la seguridad del paciente en esta unidad hospitalaria.

Asegurar la integridad del paciente va más allá de la institución de salubridad, por tanto, su abordaje debe ser integral y debe incluir acciones internas como externas. De igual manera, la percepción de la seguridad del paciente incluye un conjunto de apreciaciones que la mueven por todo un espectro, dejando de manifiesto la complejidad de la misma. El personal de la salud manifiesta diferentes puntos de vista, calificándola como buena, regular o mala; esta conjetura carece de sentido si nos enfocamos exclusivamente en apreciarla como blanco o negro. Consideramos que conocer la percepción que se tiene sobre la seguridad del paciente debe centrarse en identificar todas aquellas acciones o situaciones que la afectan de manera directa o indirecta, las áreas de oportunidad, así como los factores con potencial de riesgo. De lo anterior, consideramos como prioritaria la alta demanda de los servicios de salud, la deficiencia de recursos humanos y materiales.

El exceso de pacientes supone un reto físico y mental para los profesionales de la salud, que predispone al fracaso en la atención eficiente del paciente. Por ello consideramos urgente la puesta en marcha de mecanismos, acciones o cualquier actividad que contribuya a terminar con este desbalance entre la demanda y los recursos (humanos y materiales) disponibles.

De manera interna se tiene que continuar con la estandarización de procedimientos, y principalmente buscar estrategias de comunicación entre los servicios para mejorar la calidad de atención en seguridad del paciente.

IX. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Patient Safety [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 27]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
2. Aspden P, Corrigan JM, Wolcott J, Erickson SM. Patient safety reporting systems and applications. In: Patient Safety: Achieving a New Standard for Care. National Academies Press (US); 2004.
3. Clancy CM, Farquhar MB, Sharp BAC. Patient safety in nursing practice. *Journal of nursing care quality*. 2005;20(3):193–7.
4. Mitchell P. Defining Patient Safety and Quality Care. In: Hughes R, editor. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.
5. Jha A. Patient safety—a grand challenge for healthcare professionals and policymakers alike. In: Roundtable at the Grand Challenges Meeting of the Bill & Melinda Gates Foundation. 2018.
6. Slawomirski L, Auraen A, Klazinga NS. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. 2017;
7. De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *BMJ Quality & Safety*. 2008;17(3):216–23.
8. National Academies of Sciences Engineering and Medicine. Crossing the global quality chasm: improving health care worldwide. 2018;
9. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ quality & safety*. 2013;22(10):809–15.
10. Auraen A, Slawomirski L, Klazinga N. The economics of patient safety in primary and ambulatory care: flying blind. 2018;
11. Donaldson MS, Corrigan JM, Kohn LT. To err is human: building a safer health system. 2000;
12. Aitken M, Gorokhovich L. Advancing the responsible use of medicines: applying levers for change. Available at SSRN 2222541. 2012;
13. World Health Organization. Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. Ginebra; 2011.
14. World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. Ginebra: World Health Organization; 2009.

15. Singh H, Meyer AND, Thomas EJ. The frequency of diagnostic errors in outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations. *BMJ quality & safety*. 2014;23(9):727–31.
16. World Health Organization. Clinical transfusion process and patient safety: Aide-mémoire for national health authorities and hospital management. Ginebra; 2010.
17. Janssen MP, Rautmann G. The collection, testing and use of blood and blood components in Europe. European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM) of the Council of Europe. 2014;
18. Boadu M, Rehani MM. Unintended exposure in radiotherapy: identification of prominent causes. *Radiotherapy and Oncology*. 2009;93(3):609–17.
19. Shafiq J, Barton M, Noble D, Lemer C, Donaldson LJ. An international review of patient safety measures in radiotherapy practice. *Radiotherapy and Oncology*. 2009;92(1):15–21.
20. Fleischmann C, Scherag A, Adhikari NKJ, Hartog CS, Tsaganos T, Schlattmann P, et al. Assessment of global incidence and mortality of hospital-treated sepsis. Current estimates and limitations. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2016;193(3):259–72.
21. Raskob GE, Angchaisuksiri P, Blanco AN, Buller H, Gallus A, Hunt BJ, et al. Thrombosis: a major contributor to global disease burden. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology*. 2014;34(11):2363–71.
22. National Quality Forum. Standardizing a Patient Safety Taxonomy: A Consensus Report. In: National Quality Forum. 2006.
23. National consensus standards for nursing-sensitive care: an initial performance measure set. Washington, DC; 2004.
24. Secretaría de Salud. Acción Esencial para la Seguridad del Paciente (AESP) No.8 Encuesta Cultura de Seguridad del Paciente 2019, Resultados. México; 2019.
25. Secretaría de Salud. Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en los Establecimientos de Salud Ambulatorios.
26. Jaime García Sánchez, José Ricardo Aguilera Terrats, Adriana Castillo Rosas. Guía técnica para la construcción de escalas de actitud. *Revista Electrónica de Pedagogía*. 2011; 16 (8): 2-4.
27. Camacho-Rodríguez DE. Medición de la cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud de atención primaria. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2020;25(1):141–53.
28. Castellanos Salinas MA. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en enfermería de un hospital de Guadalajara, México y de un hospital de Manizales Colombia durante octubre de 2019 y mayo de 2020. Universidad de Guadalajara;

29. Ibarra-Cerón ME, Olvera-Sumano V, Santacruz-Varela J. Análisis de la Cultura de Seguridad del paciente en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca. *Revista CONAMED*. 2011;16(2):65–73.
30. Fajardo-Dolci G, Rodríguez-Suárez J, Arboleya-Casanova H, Rojano-Fernández C, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cirugía y Cirujanos*. 2010;78(6):527–32.
31. Ramos F, Coca SM, Abeldaño RA. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. *Enfermería universitaria*. 2017;14(1):47–53.
32. Seguridad del paciente [Internet]. [cited 2023 Apr 5]. Available from: https://www.who.int/es/health-topics/patient-safety#tab=tab_1
33. Seguridad del paciente [Internet]. [cited 2023 Apr 5]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
34. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: Analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf*. 2013 Oct;22(10):809–15.

X. Anexos



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

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
Acceso a la atención médica							
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"/>
Identificación del paciente							
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"/>
Historias clínicas							
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"/>
Equipo médico							
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"/>
Medicamentos							
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"/>
Diagnóstico y pruebas							
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
a. Centrado en el paciente.	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. Eficaz	Logra los objetivos establecidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Oportuno	Minimiza las esperas y retrasos potencialmente dañinos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Eficiente	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"/>
e. Equitativo	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

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?

- a. Menos de 1 año d. De 11 a 15 años
- b. De 1 a 5 años e. De 16 a 20 años
- c. De 6 a 10 años f. 21 años o más

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

- a. De 1 a 4 horas d. De 25 a 32 horas
- b. De 5 a 16 horas e. De 33 a 40 horas
- c. De 17 a 24 horas 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.