**SOPS® Hospital Survey**

## Version: 2.0Language: Spanish

* For more information on getting started, selecting a sample, determining data collection methods, establishing data collection procedures, conducting a web-based survey, and preparing and analyzing data, and producing reports, please read the [**Hospital** **Survey Version 2.0 User’s Guide**](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/hospitalsurvey2-users-guide.pdf)**.**
* For the survey items grouped according to the safety culture composite measures they are intended to assess, please refer to the [**Hospital Survey Version 2.0 Items and Composite Measures**](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/hospitalsurvey2-spanishitems.pdf) document.
* To participate in the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture Database, you must have administered the survey in its entirety without significant modifications or deletions:
	+ No changes to any of the survey item text and response options.
	+ No reordering of survey items.
	+ Questions added only at the end of the survey after Section F, before the Background Questions section.

For assistance with this survey, please contact the SOPS Help Line at 1-888-324-9749 or SafetyCultureSurveys@westat.com.

|  |
| --- |
| **Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales (Versión 2.0)** |
| **Instrucciones** |

**Este cuestionario solicita sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos y los incidentes que se reportan en su hospital, y le llevará entre 10 y 15 minutos completarlo. Si alguna pregunta no corresponde a su situación, o a su hospital o si no sabe la respuesta, por favor, marque la casilla “No aplica o No sabe.”**

|  |
| --- |
| * ***“Seguridad del paciente”*** *se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado del proceso de prestar atención médica.*
* *Un “****evento de seguridad del paciente****” se define como cualquier tipo de error, equivocación, o incidente relacionado con el cuidado de salud, sin importar si causa daño al paciente.*
 |

|  |
| --- |
| **Su Cargo** |

1. ¿Cuál es su cargo en este hospital?

 Marque solo UNA respuesta.

|  |  |
| --- | --- |
| **Enfermería** 🞎1 Enfermera de práctica avanzada (NP, CRNA, CNS, CNM)🞎2 Enfermera vocacional con licencia (LVN, por sus siglas in inglés), Auxiliar de enfermería con licencia (LPN, por sus siglas en inglés)🞎3 Ayudante de cuidado de pacientes, Ayudante hospitalario, Ayudante de enfermería🞎4 Enfermera registrada (RN, por sus siglas en inglés)**Médico**🞎5 Asistente médico🞎6 Residente, Interno🞎7 Médico **Otro cargo clínico**🞎8 Dietista🞎9 Farmacéutico, Técnico farmacéutico🞎10 Terapeuta Físico, Ocupacional o del Habla 🞎11 Psicólogo🞎12 Terapeuta Respiratorio🞎13 Trabajador social🞎14 Tecnólogo, Técnico (por ejemplo, EKG, Laboratorio, Radiología) | **Supervisor, director, jefe clínico, directivo de alto cargo**🞎15 Supervisor, Director, Director de departamento, Jefe clínico, Administrador, Director general🞎16 Directivo de alto cargo, Ejecutivo, Ejecutivos de primer nivel**Apoyo**🞎17 Mantenimiento de instalaciones 🞎18 Personal de alimentación 🞎19 Personal de limpieza, Servicios ambientales🞎20 Informática, Administración de información de salud, Informática clínica 🞎21 Seguridad🞎22 Transporte🞎23 Dependiente departamental, Secretaria, Recepcionista, Personal de oficina **Otro**🞎24 Otro, por favor, especifique: |

|  |
| --- |
| **Su unidad/área de trabajo** |

2. Piense en su "unidad" como el área de trabajo, departamento o área clínica del hospital donde pasa la mayor parte de su tiempo de trabajo. ¿Cuál es su unidad o área de trabajo principal en este hospital?

 Marque UNA respuesta.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Varias unidades, ninguna unidad específica🞎1 Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica **Unidades médicas/quirúrgicas**🞎2 Unidad médica/quirúrgica combinada 🞎3 Unidad médica (no quirúrgica)🞎4 Unidad quirúrgica **Unidades de cuidado de pacientes**🞎5 Cardiología🞎6 Departamento de emergencias, Observación, Estadía breve 🞎7 Gastroenterología🞎8 Unidad de cuidados intensivos (todo tipo de adultos)🞎9 Partos, Obstetricia y Ginecología🞎10 Oncología, Hematología🞎11 Pediatría (incluyendo Unidad de cuidados intensivos para recién nacidos (NICU)/Unidad pediátrica de cuidados intensivos (PICU))🞎12 Psiquiatría, Salud conductual🞎13 Neumología🞎14 Rehabilitación/Medicina física🞎15 Telemetría | **Servicios quirúrgicos**🞎16 Anestesiología🞎17 Endoscopia, Colonoscopia🞎18 Pre Op, quirófano, PACU/Post Op, Peri Op**Servicios clínicos**🞎19 Patología/Laboratorio🞎20 Farmacia🞎21 Radiología/Imágenes🞎22 Terapia respiratoria🞎23 Servicios sociales, Manejo de casos, Planeación de alta**Administración/Dirección**🞎24 Administración, Dirección🞎25 Servicios financieros, Facturación🞎26 Recursos humanos, Capacitación🞎27 Informática, Administración de información de salud, Informática clínica🞎28 Calidad, Gestión de riesgos, Seguridad de los pacientes  | **Servicios de apoyo**🞎29 Admisiones/Registro🞎30 Personal de alimentación🞎31 Servicios de limpieza, Servicios ambientales, Mantenimiento de instalaciones🞎32 Servicios de seguridad🞎33 Transporte**Otro**🞎34 Otro, por favor, especifique: |

|  |
| --- |
| **SECCIóN A: Su unidad/área de trabajo** |

**¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Piense en su unidad/área de trabajo:** | **Muy en desacuerdo**⯆ | **En Desacuerdo**⯆ | **Ni de acuerdo**  **ni en desacuerdo⯆** | **De acuerdo**⯆ | **Muy de acuerdo**⯆ | **No** **aplica** **o no** **sabe**⯆ |
| 1. En esta unidad, trabajamos en equipo de manera eficiente
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |
| 1. En esta unidad, tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |
| 1. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |
| 1. Esta unidad revisa periódicamente los procesos de trabajo para determinar si se necesita hacer cambios para mejorar la seguridad del paciente
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |
| 1. Esta unidad depende demasiado de personal temporal, flotante o PRN
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |
| 1. En esta unidad, el personal siente que sus errores son considerados en su contra
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |
| 1. Cuando se reporta un incidente en esta unidad, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema………
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |
| 1. Cuando hay mucho trabajo, el personal en esta unidad se ayuda mutuamente
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |
| 1. Hay problemas con el comportamiento irrespetuoso de quienes trabajan en esta unidad
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |
| 1. Cuando el personal comete errores, esta unidad se enfoca en aprender en vez de buscar quién tiene la culpa
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |
| 1. El ritmo de trabajo en esta unidad es tan acelerado que impacta negativamente en la seguridad del paciente
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |

|  |
| --- |
| **SECCIóN A: Su unidad/área de trabajo (continuación)** |

**¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Piense en su unidad/área de trabajo:** | **Muy en desacuerdo**⯆ | **En Desacuerdo**⯆ | **Ni de acuerdo**  **ni en desacuerdo⯆** | **De acuerdo**⯆ | **Muy de acuerdo**⯆ | **No aplica o no sabe**⯆ |
| 1. En esta unidad, los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes se evalúan para ver qué tan efectivos fueron
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |
| 1. En esta unidad, falta apoyo para el personal involucrado en los errores de seguridad del paciente.
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |
| 1. Esta unidad permite que los mismos problemas de seguridad del paciente sigan ocurriendo
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |

|  |
| --- |
| **SECCIóN B: Su supervisor, director o jefe clínico** |

**¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su supervisor inmediato, director o jefe clínico?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  **Muy en desacuerdo**⯆ | **En Desacuerdo**⯆ | **Ni de acuerdo**  **ni en desacuerdo⯆** | **De acuerdo**⯆ | **Muy de acuerdo**⯆ | **No aplica o no sabe**⯆ |
| 1. Mi supervisor, director o jefe clínico considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |
| 1. Mi supervisor, director o jefe clínico quiere que trabajemos más rápido durante las horas de más trabajo, incluso si esto significa no seguir los procedimientos adecuadamente, lo cual podría poner en riesgo la seguridad del paciente.
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |
| 1. Mi supervisor, director o jefe clínico toma medidas para solucionar problemas que le han sido comunicados respecto a la seguridad del paciente
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |

|  |
| --- |
| **SECCIóN C: Comunicación** |

**¿Con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones en su unidad/área de trabajo?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Piense en su unidad/área de trabajo:** | **Nunca**⯆ | **Rara vez**⯆ | **Algunas veces⯆** | **La mayoría del tiempo**⯆ | **Siempre**⯆ | **No** **aplica** **o no** **sabe**⯆ |
| 1. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |
| 1. Cuando se cometen errores en esta unidad, hablamos sobre las maneras para evitar que vuelvan a ocurrir
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |
| 1. En esta unidad, se nos informa sobre los cambios que se hacen basados en reportes de eventos
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |
| 1. En esta unidad, el personal dice si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |
| 1. Cuando el personal en esta unidad ve a alguien con mayor autoridad haciendo algo que no es seguro para los pacientes, lo dice
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |
| 1. Cuando el personal de esta unidad habla, las personas que tienen más autoridad escuchan sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |
| 1. En esta unidad, el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |

|  |
| --- |
| **SECCIóN D: Reportar eventos de seguridad del paciente** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Piense en su unidad/área de trabajo:** | **Nunca**⯆ | **Rara vez**⯆ | **Algunas veces⯆** | **La mayoría del tiempo**⯆ | **Siempre**⯆ | **No** **aplica****o no** **sabe**⯆ |
| 1. Cuando se descubre un error y se corrige antes de que afecte al paciente, ¿con qué frecuencia se reporta?
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |
| 1. Cuando un error afecta al paciente y pudo haberle causado daño, pero no fue así, ¿con qué frecuencia se reporta?
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |

 |

|  |
| --- |
| **SECCIóN D: Reportar eventos de seguridad del paciente (continuación)** |

1. En los últimos 12 meses, ¿cuántos eventos relacionados con la seguridad del paciente ha reportado usted?

🞎a. Ninguno

🞎b. 1 a 2

🞎c. 3 a 5

🞎d. 6 a 10

🞎e. 11 o más

|  |
| --- |
| **SECCIóN E: Calificación de la seguridad del paciente** |

1. ¿Cómo calificaría usted la seguridad del paciente en su unidad/área de trabajo?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Mala**▼** | Regular**▼** | Buena**▼** | Muy Buena**▼** | Excelente**▼** |
| 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 |

|  |
| --- |
| **SECCIóN F: Su hospital** |

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su hospital?

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Piense en su hospital:** | **Muy en desacuerdo**⯆ | **En Desacuerdo**⯆ | **Ni de acuerdo**  **ni en desacuerdo⯆** | **De acuerdo**⯆ | **Muy de acuerdo**⯆ | **No aplica** **o no sabe**⯆ |
| 1. Las acciones de la administración de este hospital muestran que la seguridad del paciente es la prioridad principal.
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |
| 1. La administración del hospital proporciona recursos adecuados para mejorar la seguridad del paciente
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |
| 1. La administración del hospital parece interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un evento adverso
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |
| 1. Al transferir a pacientes de una unidad a otra, con frecuencia se omite información importante
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |
| 1. Durante los cambios de turno, con frecuencia se pierde información importante sobre el cuidado del paciente
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |
| 1. Durante los cambios de turno, hay tiempo suficiente para intercambiar toda la información clave sobre el cuidado del paciente
 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 | 🞎5 | 🞎9 |

|  |
| --- |
| **Preguntas generales** |

1. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital?

🞎a. Menos de 1 año

🞎b. De 1 a 5 años

🞎c. De 6 a 10 años

🞎d. 11 o más años

2. En este hospital, ¿cuánto tiempo lleva usted trabajando en su unidad/área de trabajo actual?

🞎a. Menos de 1 año

🞎b. De 1 a 5 años

🞎c. De 6 a 10 años

🞎d. 11 o más años

3. Típicamente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital?

🞎a. Menos de 30 horas a la semana

🞎b. De 30 a 40 horas a la semana

🞎c. Más de 40 horas a la semana

4. En su cargo, ¿típicamente tiene usted interacción o contacto directo con los pacientes?

🞎a. SÍ, típicamente tengo interacción o contacto directo con los pacientes.

🞎b. NO, típicamente NO tengo interacción ni contacto directo con los pacientes.

|  |
| --- |
| **Sus comentarios** |

**Por favor no dude en anotar cualquier comentario que tenga sobre cómo se hace o podría hacer el trabajo en su hospital que podría influir en la seguridad del paciente.**

|  |
| --- |
|  |

**Gracias por completar este cuestionario.**