

**CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: UNA MIRADA AL TALENTO HUMANO
EN SALUD QUE CONFORMA EL EQUIPO QUIRÚRGICO DE TRES INSTITUCIONES
DE SALUD**

NARDA CAROLINA DELGADO ARANGO

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
BOGOTA
2015**

**CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: UNA MIRADA AL TALENTO HUMANO
EN SALUD QUE CONFORMA EL EQUIPO QUIRÚRGICO DE TRES INSTITUCIONES
DE SALUD**

INVESTIGADORA

NARDA CAROLINA DELGADO ARANGO

Trabajo de grado para optar por el título de Magister en Salud Pública

ASESORA TEMÁTICA

XIMENA CAROLINA ROMERO INFANTE

Médico

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Especialista en Medicina Fetal

Especialista en Gerencia, Calidad En Salud

Especialista en Docencia Universitaria

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE MEDICINA

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

BOGOTA

2015

NOTA DE SALVEDAD

“La Universidad El Bosque no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

Al Todo Poderoso por ser mi guía e inspiración.

A mi madre, abuela y tíos por enseñarme

Que con perseverancia y dedicación, se logra alcanzar los sueños.

A Daniel, por su valioso e incondicional apoyo y agradable compañía.

A Daniel Sebastián, Manuel Esteban y Gabriel

Por permitirme tomar un espacio de su valioso tiempo

De sus vidas, mientras culminaban mis estudios.

Narda Carolina Delgado Arango

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE por acogerme en este importante proceso de formación que es muy valioso para mi ejercicio profesional.

A LA FACULTAD DE MEDICINA por poner a disposición todas las herramientas necesarias para mi formación.

A LA DIRECCIÓN DE LA MAESTRIA por brindarme la oportunidad de hacer parte del programa como estudiante y tener en cuenta mis apreciaciones.

AL DR. LUIS ALEJANDRO GÓMEZ BARRERA, director de la Maestría en Salud Pública por sus valiosos aportes a mi conocimiento desde la electiva de política, para poder comprender el análisis de la Política de Seguridad del Paciente.

AL DR. JORGE SANDOVAL PARIS, docente de la Maestría en Salud Pública por sus valiosos aportes a mi conocimiento desde las ciencias contemporáneas, para poder comprender el análisis de la Política de Seguridad del Paciente.

A LOS DOCENTES de la Maestría en Salud Pública por sus valiosos aportes desde el aula para poder aplicarlos a este estudio.

A LA DRA. MARTHA LUCÍA FORERO DE GUTIÉRREZ, Directora del Programa de Instrumentación Quirúrgica por su apoyo incondicional para poder culminar mis estudios y el trabajo de grado.

AL DR. RODRIGO KURE SANDOVAL, gerente de una de las instituciones donde se llevó a cabo este estudio, por abrir las puertas de su prestigiosa institución y poner a disposición la información y el personal profesional.

AL DR. FELIPE NARANJO ESCOBAR, subgerente científico de una de las instituciones donde se llevó a cabo este estudio, por estar muy pendiente a los requerimientos necesarios en el momento en que se llevó a cabo la recolección de la información.

AL DR. CESAR PALACIOS PACHÓN, gerente de una de las instituciones donde se llevó a cabo este estudio, por abrir las puertas de su prestigiosa institución y poner a disposición la información y el personal profesional.

AL DR. EDGAR ALONSO IBAÑEZ, subgerente científico de una de las instituciones donde se llevó a cabo este estudio, por estar muy pendiente a los requerimientos necesarios en el momento en que se llevó a cabo la recolección de la información.

AL DR. CARLOS RANGEL, Director General de una de las instituciones donde se llevó a cabo este estudio, por abrir las puertas de su prestigiosa institución y poner a disposición la información y el personal profesional.

A LA DRA. DIANA DUARTE, Subdirector Médico, de una de las instituciones donde se llevó a cabo este estudio, por estar muy pendiente a los requerimientos necesarios en el momento en que se llevó a cabo la recolección de la información.

A LA DRA. MARIA EMILIA ROA BENAVIDES, Subdirectora de Educación e Investigación de una de las instituciones donde se llevó a cabo este estudio, por estar muy pendiente a los requerimientos necesarios en el momento en que se llevó a cabo la recolección de la información.

AL PERSONAL DE SALUD, de las tres instituciones donde se llevó a cabo este estudio.

A LA DRA. XIMENA CAROLINA ROMERO, asesora temática del proyecto por sus asesorías y el voto de confianza para llevar a cabo esta investigación.

AL DR. EDGAR ANTONIO IBAÑEZ PINILLA, docente de la maestría por su colaboración en las asesorías de tipo metodológicas brindadas para el desarrollo del estudio.

A LA IQ. BELCY JAZMIN ROSALES POSADA, por su colaboración en las asesorías en auditoría de procesos en salud para el desarrollo de este estudio.

AL SR. DANIEL ALEXIS ESPITIA SÁNCHEZ, por su colaboración en la logística y asesoría en el procesamiento de datos para poder llevar a cabo este estudio.

A LA IQ. NAIDA LIZETH BELTRÁN PEREZ, por su colaboración en las asesorías relacionadas con la habilitación de servicios para el desarrollo de este estudio.

AL GRUPO DE INVESTIGACIÓN DE GINECOLOGIA Y MATERNO FETAL DE LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE, por permitir con este proyecto hacer parte de esta prestigiosa comunidad científica.

AL GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA-SECURITAS DE LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE, por permitir con este proyecto hacer parte de esta prestigiosa comunidad científica.

A todas aquellas personas que de una u otra manera colaboraron con el desarrollo de este estudio.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	14
1. PROBLEMA.....	16
1.1 CONTEXTO	16
1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	18
1.3 PREGUNTA PROBLEMA	19
2. JUSTIFICACIÓN.....	20
2.1. CONVENIENCIA	20
2.2. TRASCENDENCIA SOCIAL	20
2.3. VALOR TEÓRICO.....	21
2.4. VALOR METODOLÓGICO.....	21
3. OBJETIVOS.....	22
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4. MARCO DE REFERENCIA.....	23
4.1 EL RIESGO Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	23
4.2EL HABITUS Y EL CAMPO APLICADO A LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	25
4.3 MODELOS DE ANALISIS DE RIESGO	26
4.4. PROTOCOLO DE LONDRES.....	26
4.5 SEGURIDAD DEL PACIENTE	29
4.5.1 Retos mundiales por la seguridad del paciente.....	32
4.5.2 Segundo reto: La cirugía segura salva vidas.	32
4.5.3 Metas y Estándares Internacionales para la Seguridad del Paciente Quirúrgico.	35
4.6. FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE	36
4.6.1. Lineamientos de la política pública de seguridad del paciente.....	36
4.6.2 Implementación de la política pública sobre seguridad del paciente.	37
4.6.3 Aproximación de la política de seguridad del paciente a un contexto sociopolítico y económico.....	38
4.6.4 Reflexiones sobre la política pública de seguridad del paciente	41
4.7. CULTURA, ORGANIZACIONES Y SERVICIOS DE SALUD.	43
4.7.1. Cultura organizacional	44

4.7.2. Subculturas	46
4.8 MARCO GEOGRAFICO DEL ESTUDIO.....	47
5. METODOLOGÍA.....	49
5.1 TIPO DE ESTUDIO	49
5.1.1 Enfoque Cuantitativo	49
5.1.2 Enfoque Cualitativo.....	65
5.2 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	65
5.2.1 Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el Sistema Único de Habilitación	66
5.2.2 Encuesta de clima de seguridad del paciente	68
5.2.3 Lista de verificación de la seguridad de la cirugía	69
5.3 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	70
5.4 MÉTODOS DE ANÁLISIS	71
5.4.1 Análisis de la Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el Sistema Único de Habilitación.....	71
5.4.2 Análisis de la encuesta de clima de seguridad del paciente	71
5.4.3 Análisis de la Lista de verificación de la seguridad de la cirugía	73
6. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	74
7. RESULTADOS.....	75
7.1 Resultados de la Lista de Chequeo de Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el Sistema Único de Habilitación.....	75
7.1.1 Resultados de la entrevista basada en la “Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el Sistema Único de Habilitación”.....	76
7.1.2 Observaciones generales efectuadas al momento de verificar el cumplimiento de la Lista de Chequeo para las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente	78
7.2 Resultados de la encuesta de clima de seguridad del paciente	80
7.2.1 Resultados de la dimensión Sociodemográfica de encuentros de la encuesta clima de seguridad de paciente a los profesionales de salud.....	83
7.2.2 Resultados generales de la Entrevista sobre la cultura de seguridad del paciente a los profesionales de salud.....	85
7.3 Resultados de Lista de verificación de la seguridad de la cirugía	87
7.3.1 Observaciones generales efectuadas al momento de verificar el cumplimiento de la Lista de Chequeo para las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente	88
8. DISCUSIÓN.....	93
9. CONCLUSIONES	96
10. RECOMENDACIONES	98

ANEXO 1. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	101
ANEXO2. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	102
ANEXO 3. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN	107
ANEXO 4.CUESTIONARIO SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD.....	116
ANEXO 5. LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA.	120
ANEXO 6. GUIA DE OBSERVACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA.....	127
11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	129

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica.	27
Tabla 2. Ruta para investigar y analizar incidentes clínicos.....	28
Tabla 3. Objetivos esenciales en la seguridad del paciente en los procesos de atención quirúrgica.....	33
Tabla 4. Variables del Instrumento de Cultura de Seguridad de Paciente adaptado para Colombia.....	50
Tabla 5.Variables del Instrumento de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.	62
Tabla 6.Dimensiones de las buenas prácticas de seguridad de pacientes.....	66
Tabla 7. Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente	68
Tabla 8.Fiabilidad de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente	69
Tabla 9.Dimensiones de la cultura de seguridad de la cirugía	70
Tabla 10. Resultados de la Lista de Chequeo de Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el Sistema Único de Habilitación	75
Tabla 11. Percepción de los líderes del proceso de calidad.....	77
Tabla 12. Observaciones generales de la Lista de Chequeo para las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente	78
Tabla 13.Resultados de las doce dimensiones de clima de seguridad de paciente de las tres Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud	81
Tabla 14.Resultado global de los dominios de clima de seguridad de paciente de las tres Instituciones Prestadoras de Servicios en salud.....	82
Tabla 15. Tiempo trabajado en la institución	83
Tabla 16.Tiempo trabajado en el área.....	83
Tabla 17.Horas de trabajo en la institución.....	83
Tabla 18.Reporte de los eventos adversos en los últimos 12 meses.....	84
Tabla 19.Grado en general de seguridad del paciente.....	84
Tabla 20.Cargo en la Institución	84
Tabla 21.Tipo de contrato.....	85
Tabla 22.Interacción directa con el paciente.....	85
Tabla 23.Tiempo trabajado en la actual profesión	85
Tabla 24. Precepción de los profesionales de salud sobre la cultura de seguridad del paciente	86
Tabla 25. Grado de cumplimiento de la lista de verificación de seguridad en cirugía.....	87
Tabla 26. Observaciones generales de la Lista de Chequeo de Seguridad en cirugía.....	89

LISTA DE FIGURAS

Figura No. 1. Modelo para la generación de accidentes según Reason.	26
Figura No. 2. Modelo organizacional de accidentes de James Reason.....	27
Figura No. 3. Gestión de la Calidad	39
Figura No. 4. Estrategias de la Política Pública sobre Seguridad del Paciente	40
Figura No. 5. Departamento de Cundinamarca.....	47
Figura No. 6. Procedimiento para la recolección de la información.	71
Figura No. 7. Fiabilidad de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente	72

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente se ha convertido en un problema de Salud Pública en todo el mundo, por esta razón la Organización Mundial de la Salud ha decidido formar una alianza con otros líderes mundiales de salud con el fin de reducir el número de enfermedades, lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de errores en la atención en salud, afecta tanto a países desarrollados como a países en vía de desarrollo y se presenta en todos los niveles de atención¹.

Se debe destacar que la preocupación de proteger, resguardar y generar confianza de seguridad en el paciente datan desde 1943, cuando Abraham Maslow formuló una jerarquía de necesidades humanas, en donde la seguridad es el segundo eslabón y solo se satisface al cumplir con las necesidades fisiológicas; no obstante, en la actualidad es necesario entender que el cuidado debe ser integral y que todas las necesidades deben ser solventadas al mismo tiempo, evitando en el paciente sentimientos de miedo, caos y ansiedad.

Los procesos destinados a la prevención, mitigación y la corrección de las consecuencias de los errores que surgen durante el proceso de atención son conocidos como Seguridad en la Atención de Pacientes. Esta seguridad puede verse afectada por múltiples causas que parten desde la infraestructura misma donde se presta el servicio de atención hasta errores a causa de omisión, impericia o mala praxis, tanto del área administrativa como en el área asistencial de cualquier institución de salud.

Se observa que en Colombia la información que se tiene acerca de las condiciones de seguridad del paciente es escasa. El tema de seguridad del paciente, se enfrenta a dificultades como la generación de la "cultura del reporte", en Colombia la negación y el encubrimiento sigue siendo comunes, la conciencia y obligación moral que deben tener los profesionales de la salud, contribuye a rescatar la autonomía profesional y evita condenas por responsabilidad civil.

De otra parte la construcción de la cultura de seguridad es un proceso que implica cambios en las concepciones y prácticas del personal de salud, que todavía falta consolidar pero que ya muestra avances significativos en toda Institución.

La atención segura del paciente quirúrgico comprende una correcta sincronía entre conductas, normas, infraestructura y la adecuada administración de recursos que garanticen calidad de talla internacional, siendo esta, el principal diferenciador competitivo en el entorno de empresas de salud. Entiéndase por calidad aquella que se espera pueda proporcionar al usuario el máximo y completo bienestar².

La cultura se expresa de muchas maneras, en especial a través de los valores, creencias, actitudes, conductas, lenguajes, costumbres, metas, políticas y operaciones de los diferentes grupos de trabajo³.

El estudio de la cultura para la seguridad del paciente tiene diferentes aproximaciones; una primera partiendo de los procesos de calidad instaurados en una cultura organizacional, una segunda desde lo económico y sus implicaciones, una tercera desde lo ético y legal.

Este estudio tiene como objetivo explorar como es concebida la cultura de seguridad de paciente en el Talento Humano en Salud que conforma el equipo quirúrgico de tres instituciones prestadoras de los servicios de salud, por medio de la determinación en la utilización de protocolos institucionales sobre la seguridad del paciente quirúrgico y la percepción de los profesionales que conforman el equipo quirúrgico frente a estos.

1. PROBLEMA

1.1 CONTEXTO

En un principio los sucesos en pacientes que sufrían complicaciones a causa de errores presentados de manera reiterativa, en diversos escenarios y momentos en la atención, eran problemas tratados privadamente. Posteriormente, al hacer revisión de los casos reportados a través de estudios cuyo trasfondo era la ocurrencia de eventos adversos, se evidenció una ocurrencia frecuente, convirtiéndose de esta forma en problemas públicos, y se demostró así, que los eventos adversos eran causantes de complicaciones serias en la atención en todo el mundo.

A comienzos de los años noventa, dos investigadores estadounidenses Brennan y Leape, publicaron en *The New England Journal of Medicine*⁴ los resultados de su revisión de treinta mil historias clínicas escogidas al azar. Estos autores encontraron que, hay una cantidad importante de lesiones infligidas a pacientes por la atención médica, y que muchas de estas lesiones son producto de atención su estándar, se identifica la ocurrencia de 44 mil a 98 mil muertes anuales a consecuencia de errores médicos, más que los accidentes de automóvil, el cáncer de mama o el SIDA, como estudio base. Como una de sus conclusiones principales mencionan que la reducción de estos eventos requeriría identificar sus causas y desarrollar métodos para prevenir el error o reducir sus consecuencias.

El mencionado estudio muestra desde la epidemiología cómo la frecuencia con la que se presentan dichos eventos adversos sustenta ya una problemática, es así como otros autores realizan aproximaciones a dicha situación, en el estudio de Dinamarca se estimó una frecuencia de Eventos Adversos en un 9%, y en un 16% para el estudio Australiano⁵. Las investigaciones realizadas en varios países ponen de manifiesto un índice de efectos adversos entre el 3,5% y el 16,6% del número de pacientes hospitalizados. En promedio, uno de cada diez pacientes ingresados sufre alguna forma de daño evitable que puede provocar discapacidades graves o incluso la muerte⁵. En el caso de Colombia se identificó en el estudio IBEAS⁶ una frecuencia del 13%.

Varios estudios han investigado la magnitud de los eventos adversos, y específicamente el Harvard Medical Practice Study⁴ concluye que el 4% de los pacientes sufren algún tipo de daño en el hospital, el 70% de los eventos adversos provocan una incapacidad temporal, pero el 14% de los incidentes son mortales.

Además de las repercusiones en el paciente por los efectos adversos se suma el aspecto económico. Diversos estudios han demostrado que las hospitalizaciones adicionales, las demandas judiciales, las infecciones intrahospitalarias, la pérdida de ingresos, las discapacidades y los gastos médicos representan en algunos países un costo anual entre US\$ 17 billones y US\$ 29 billones de dólares⁷

Se observa que en Colombia la información que se tiene acerca de las condiciones de seguridad del paciente son escasas y más aún en el primer nivel de atención, las cuales no satisfacen la necesidad de una información organizada y que esté a disposición de los

actores del sistema de salud, pues la mayor parte de la documentación sobre eventos adversos que se tiene proviene de estudios hospitalarios.

Colombia no cuenta con estudios suficientes sobre el tema, cabe anotar que antes de la formulación de la política de "Seguridad del Paciente"⁸ se referencia el estudio de Gaitán H⁹ después de la promulgación de esta norma se realiza el Estudio IBEAS⁶. Posteriormente se ha identificado en su mayoría estudios de prevalencia sobre el tema.

Al realizar una revisión de los "Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia", propuesta por el Ministerio de la Protección Social en el año 2009⁹, se contempla a los actores involucrados y a quienes va dirigida la política. Figuran en ella, prestadores hospitalarios, prestadores ambulatorios, prestadores independientes, entidades administradoras de planes de beneficios en relación a sus propios procesos operativos, administrativos red de prestadores. Sin embargo, siendo una política de seguridad del paciente desde su formulación no cuenta con la visión del sujeto, en este caso asociaciones de usuarios o de pacientes que lo representen.

De otra parte, la descentralización de competencia y de recursos en el sector salud, la transformación de los hospitales a empresas sociales del estado, la expansión de cobertura de servicios en salud y el sector productivo visualizado desde la economía; muestran una vez más que la salud es vista como una unidad de negocio, con un capital tentador, con una atención en salud en la que el individuo enfermo, como sujeto de derecho, toma el papel de cliente a quien se le presenta para la prestación del servicio un portafolio de planes de acuerdo al sistema de aseguramiento que haya elegido.

Adicionalmente, se pretende brindar una atención con calidad con base al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGSS)¹⁰, en la que a ese cliente se le ofertan unos servicios de acuerdo a su plan de aseguramiento (régimen contributivo o subsidiado), pensados en satisfacer la necesidad del paciente, pero siempre a favor de las empresas aseguradoras, lo que conlleva a perjuicios en la atención misma, y consecuentemente, a los profesionales de la salud, vulnerando su autonomía al tomar decisiones que requieren darle una continuidad al tratamiento que en la mayoría de veces no son autorizadas.

Desde el aspecto ético y teniendo en cuenta La Ley 23 de 1981, "*Por la cual se dictan normas en materia de ética médica*"¹¹, al individuo enfermo no se ve en todas sus dimensiones, solo desde lo biológico, y al incluirlo al sistema actual de salud visto como un cliente no se puede brindar la acuñada "atención integral". El profesional de la salud y al que se encuentra en formación en esta área del conocimiento, se les pone el reto de una cultura jamás practicada como es la "cultura del reporte" lo que deja entrever que estos individuos pueden aplicar o no su ética profesional o tomar acciones que lo lleven a ocultar la realidad de las cosas por un temor a la sanción.

Lo que se ha estado haciendo para resolver este problema con base en los Lineamientos de la Política de Seguridad del Paciente propuestos por el Ministerio de Salud y Protección, desde la magnitud del fenómeno, se concibe la posibilidad de minimizar el problema por medio de estrategias de inspección y vigilancia, sistemas de notificación, registros y seguimientos de indicadores de seguridad.

1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Para que un Sistema de Atención en Salud sea seguro es necesaria la participación responsable de los diversos actores involucrados en él. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también, a causa de señalamientos como culpable a este sin un análisis, verificando que no hubo intención de dañar al individuo o la cadena de procesos de la atención en salud.

Para el 27 de octubre del año 2004, cuando en Washington D.C. la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud conformaron una nueva alianza, "Alianza Mundial Para la Seguridad del Paciente"¹² que se propone reducir el número de enfermedades, lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de errores en la atención de salud.

La Alianza señaló seis esferas de actividad principales, en la primera esfera aparece el reto global de los años 2005-2006, "una atención limpia es una atención más segura", en los años 2007-2008 "la cirugía segura salva vidas", la segunda esfera son los pacientes por su propia seguridad, la tercera esfera es la taxonomía de la seguridad del paciente, la cuarta esfera es la investigación en el campo de la seguridad del paciente, la quinta esfera contiene las soluciones para reducir los riesgos de la atención de salud y mejorar su seguridad y la sexta esfera es la notificación y aprendizaje para mejorar la seguridad del paciente.

Dichas actuaciones se relacionan con uno de los retos mundiales de la OMS por la seguridad del paciente "LA CIRUGIA SALVA VIDAS"; en este marco ya se ha empezado la creación de una lista de verificación simple con un conjunto básico de recomendaciones y un listado de comprobación de seguridad a realizar antes de iniciar una operación y para la definición de un conjunto de estándares básicos de práctica sencillos de implantar, aplicar y medir.

El paciente quirúrgico es atendido en salas de cirugía, siendo este el lugar en el cual se desarrollan el conjunto de actividades de un grupo multidisciplinario compuesto por personal de enfermería, cuerpo médico, instrumentadores quirúrgicos, anestesiólogos, personal asistencial y de apoyo que garantizan al paciente calidad en la atención¹³; por lo anterior, los hospitales e Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud (IPS) encaminan sus esfuerzos en el cumplimiento de exigencias que acrediten sus procesos de atención quirúrgica como los mejores en su campo, mediante la oferta de servicios con la más alta garantía en calidad desde los lineamientos normativos de cada territorio, para el caso de Colombia los principios de la calidad en salud¹⁴son establecidos por el Ministerio de la Protección Social.

Las complicaciones peri operatorias son una de las tres causas que ponen en riesgo la seguridad del paciente, según se pone de manifiesto el estudio de ENEAS.¹⁵ Las complicaciones más frecuentes de la cirugía están relacionadas con la herida quirúrgica, con la técnica y con las repercusiones sistémicas, a pesar de que muchos de estos eventos son difíciles de evitar. Se han ensayado acciones como listados de verificación preoperatorio e identificación de pacientes de riesgo que pueden ser capaces de reducir algunos eventos adversos, los cuales se han intentado incluir en resoluciones para la habilitación de los

servicios de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por parte del Ministerio de salud y protección.

Debido a la diversidad manejada para la clasificación de eventos adversos, existen los llamados eventos trazadores o de tamizaje, que sirven como guía o lineamiento de los eventos ocurridos en las diferentes instituciones de salud.

En relación a esta clasificación, en un estudio nacional realizado en pacientes hospitalizados, se estima que los eventos de mayor frecuencia son los relacionados a complicaciones técnicas intraoperatorias 27.6%, complicaciones no técnicas 15.7%, relacionados con procedimientos obstétricos de enfermería 16.4%, infección de la herida 12.5%, relacionados con medicamentos 9.2%, otros como fallas diagnósticas, terapéuticas o caídas intra-institucionales presentaron una frecuencia relativa del 3%.²

Según los estudios realizados en relación a eventos adversos, como es el ENEAS¹⁶, se encontró que los relacionados con la medicación son los de mayor ocurrencia con un porcentaje del 37.4%.

En el estudio, Patient safety in intensive care: results from the multinational Sentinel Events Evaluation (SEE) el cual fue observacional de corte transversal, se estudiaron 1913 pacientes adultos, se identificaron un total de 584 eventos adversos, afectando 391 pacientes (20.44%), mostrando una cifra bastante similar al del estudio americano y con 0.3 eventos de promedio por paciente.¹⁶

1.3 PREGUNTA PROBLEMA

De otra parte, se identifica al usuario del sistema como un individuo sin conocimiento de sus padecimientos que por lo tanto hay que educarlo, surgiendo inquietudes como ¿Quién hace esta labor?, ¿Con qué frecuencia se hace?, ¿Quién organiza las actividades educativas? Estos y otros más interrogantes posiblemente se irán resolviendo a medida que transcurra la investigación.

Acorde al clima organizacional de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud ajustados al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, los profesionales de la salud deben ser individuos con capacidades en la prestación del servicio de manera efectiva, eficaz y eficiente; sin embargo, los profesionales para dar cumplimiento a las metas declaradas por las instituciones, se ven obligados a actuar como maquinarias técnicas que no pueden fallar en el momento de la atención, exponiéndose a un clima laboral que influye en la aparición de eventos adversos; por lo anterior surge un gran interrogante:

¿Cuál es la concepción de cultura de seguridad de paciente en los profesionales de la salud que conforman los equipos quirúrgicos de tres instituciones prestadoras de servicios en salud?

2. JUSTIFICACIÓN

2.1. CONVENIENCIA

La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad; es considerado un problema grave de salud pública en todo el mundo que afecta tanto a países desarrollados como a países en vía de desarrollo y se produce en todos los niveles de atención.

Nuestro país asume entonces el reto de generar cultura de seguridad del paciente, porque el mejorar dicha seguridad no sólo es una obligación moral, sino que además contribuye a rescatar la autonomía profesional y evita condenas por responsabilidad civil.

De otra parte, la construcción de la cultura de seguridad es un proceso que implica cambios en las concepciones y prácticas del personal de salud, que todavía falta consolidar pero que ya muestra avances significativos en toda institución.

En relación a las cuestiones de seguridad clínica, parece evidente la necesidad de disponer de profesionales con conocimientos, valores y habilidades en aspectos como la aplicación de la evidencia clínica disponible, capacidad de comunicación y diálogo, y que perciban la calidad asistencial y los factores que contribuyen a prestar una asistencia sanitaria más segura en el ejercicio de la profesión.

Una revisión reciente de documentos generales sobre la formación en ciencias de la salud indicaba varios temas de importancia creciente para la práctica segura de la medicina, insuficientemente afrontados en los planes de estudio de los nuevos profesionales, tales como la visión global del sistema sanitario, la mejora de la calidad, la gestión clínica, los cuidados preventivos, la comunicación médico paciente, la ética, el trabajo en equipo y la colaboración, o la gestión de la información y la tecnología.

2.2. TRASCENDENCIA SOCIAL

Esta investigación será beneficiosa para los profesionales de la salud, en especial aquellos que se encuentran en formación académica. Se basará en los aspectos más relevantes sobre la cultura de seguridad del paciente en el personal de salud, contemplando aspectos que inciden en el clima laboral y en la ética profesional, entre otros.

Así mismo, en un acto quirúrgico, se podrá revisar el impacto de las listas de chequeo como estrategia de seguridad para evitar la aparición de eventos adversos, tanto a pacientes como a profesionales o a las Instituciones de salud.

2.3. VALOR TEÓRICO

El estudio intenta revisar como es adoptada o adaptada la Política de Seguridad del Paciente desde el clima organizacional, con miras a identificar la aplicación de la normatividad existente en Colombia, observar la cultura y hábitos seguros en el ejercicio de los profesionales que conforman el equipo de salud que atienden al paciente quirúrgico.

2.4. VALOR METODOLÓGICO

En este estudio se realizó la aplicación de una metodología mixta (CUANTITATIVA-Cualitativa) por medio del uso de tres instrumentos, los cuales fueron publicados por la Organización Mundial de la Salud y adaptados para Colombia; el primero comprende una Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el Sistema Único de Habilitación, el segundo es una encuesta de clima de seguridad del paciente y el tercero es una Lista de verificación de la seguridad de la cirugía.

La aplicación de estos instrumentos va acompañada de la observación directa a los equipos quirúrgicos seleccionados y entrevistas a los líderes de los procesos de calidad de las tres instituciones y profesionales de la salud que conforman los equipos quirúrgicos para identificar si la implementación de la Política de Seguridad del Paciente propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social es aceptada y adoptada por ellos, generando realmente una cultura de seguridad como lo contempla la normatividad vigente.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Explorar la concepción de la cultura de seguridad de paciente en el Talento Humano en Salud que conforma el equipo quirúrgico de tres instituciones prestadoras de servicios de salud de Cundinamarca durante el año 2014.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las prácticas relacionadas con la cultura de seguridad del paciente en equipos quirúrgicos de tres Instituciones prestadoras de servicios de salud por medio del instrumento validado para Colombia de "Cultura de la Seguridad del Paciente"
- Determinar la adherencia utilización de protocolos institucionales sobre la seguridad del paciente quirúrgico por medio de la Lista de Chequeo Quirúrgico.
- Analizar la actitud de los integrantes del equipo quirúrgico ante el cumplimiento de la política de seguridad del paciente dentro del quirófano.

4. MARCO DE REFERENCIA

Para comprender la concepción de la cultura de la seguridad del paciente en el marco de la Política de Seguridad del Paciente, es importante tener un punto de partida sobre el tema.

4.1 EL RIESGO Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Lo primero es identificar que piensan las instituciones sobre el riesgo y como prevenirlo. Esta acción de pensamiento sobre el riesgo de acuerdo a los estudios realizados desde la Organización Mundial de la Salud es abordada en el plano colectivo para obtener un resultado individual por institución.

El problema de evento adverso que en principio era privado porque sólo aparecía de forma esporádica en instituciones de salud, resultó ser público cuando de manera reiterada en la atención en salud, comenzaron a reportarse casos dando inicio a estudios que muestran epidemiológicamente una frecuencia de ocurrencia de estos eventos adversos en todos los niveles de atención y en instituciones tanto públicas como privadas, convirtiéndose así en un problema de salud pública.

Es así como se toman medidas al respecto y surge la necesidad de crear la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes, esta alianza actúa como un agente pensante que introduce el evento adverso como el mayor riesgo, por lo cual se debe transformar y cambiar.

En países como Colombia, se ha permitido que la acción de ese agente entre a través de una política "Lineamientos para la Política de Seguridad del Paciente" por medio de un agente rector en materia de salud como es el Ministerio de Salud y Protección.

Surge una pregunta ¿Cuál es el modo de pensar del Ministerio de Salud en materia de riesgo?

Esta pregunta no será respondida en este estudio, sin embargo si se puede describir que estas acciones sobre seguridad del paciente son modos de pensar de la institución como lo plantea Mary Douglas¹⁷, finalmente es esta institución quien decide, piensa y actúa por los actores del sistema que tienen que ver con el riesgo en la atención, que lleva a mitigarlo por medio de la seguridad y de ella es que deberían ocuparse.

Para Mary Douglas "La gerencia del riesgo pretende identificar y reducir aquellos riesgos que pueden medirse y cuyas probabilidades pueden estimarse con métodos científicos. Sin embargo, hay que contar también con el factor humano, o lo que es lo mismo, con los errores y con las decisiones humanas de asumir o de evitar riesgos medibles. El control del riesgo está repleto de juicios morales"

En su escrito Mary Douglas también hace reflexionar sobre la posibilidad de que el riesgo esté impuesto por a quien se le está previniendo el riesgo. En el caso de salud, corre riesgo tanto el que atiende el paciente como el paciente atendido.

En la atención en salud, es clara la presencia del riesgo en todas sus dimensiones. Al realizar la revisión sobre el tema de seguridad del paciente, se ha identificado que se ha estudiado desde lo biológico, psicológico, mental, moral, ético, legal, organizacional y financiero. En los estudios realizados, siempre se habla de la existencia del riesgo en cualquiera de los aspectos anteriormente mencionados, lo que lleva a comprender al riesgo como una realidad latente. La realidad no es una sola sino muchas realidades, por esta razón cuando se trabaja con la teoría del riesgo Mary Douglas recomienda ver el riesgo en todas sus dimensiones y realidades.

En esta interacción de las instituciones frente al riesgo, para Mary Douglas "Siempre ha existido una alianza natural entre los analistas que miden riesgos y los economistas que analizan la economía de la asunción de riesgos", de hecho aunque no es el mismo pensamiento "riesgo versus costo" si usan un mismo lenguaje, premisas y métodos, y distan mucho en su valoración de los fines morales, ya que la aceptación de un riesgo siempre tiene implicaciones morales.

Para Mary Douglas "El estudio del riesgo, definido a través de la medición y de los costes, está años luz de la filosofía moral y, por esa razón, está también a años luz de los seres humanos que hay que proteger".

Ahora bien, si se retoma la Política de Seguridad del Paciente, su propósito es establecer una atención en salud segura centrada en el usuario, esto es imposible porque no se puede garantizar seguridad, para Mary Douglas "el riesgo cero no existe, y se tiene que dar cuenta de que todo lo que uno hace entraña riesgos".

Si bien es cierto que cualquier persona está expuesta a una situación de riesgo por ella misma o por otros, para Fried¹⁸ el ser humano tiene un "plan de vida" personal que se deduce de la idea de que un ser racional tiene como objetivo dar sentido a su vida y hacerla coherente y en ella se puede incurrir en riesgos dentro de su propio plan.

En la actualidad las Instituciones Prestadoras de Servicios cooperan con el sistema, intentando cumplir las normas para poder mantenerse en el juego pero a un costo elevado en cuanto a capital financiero y moral. Mary Douglas describe en su artículo "*Los riesgos a los que se enfrenta un técnico de prevención de riesgos*", que como estrategia frente al riesgo algunas instituciones tomaban a la acción de poner controles y dejar que estos los condujeran al diferente tipo de comportamiento que daban a lugar.

Mary Douglas apoyada en los preceptos de Charles Perrow, expresa que los individuos aislados operan en el sistema de aleatoriedad artificial, donde nunca han tenido la oportunidad de concebir el riesgo que constituya un fundamento moral de la sociedad y menciona que "Parece evidente que la información en una institución regida por estos criterios se verá entorpecida; esta institución estará siempre amenazada por cambios externos imprevisibles".

Para Mary Douglas "El trabajo de controlar los riesgos alcanzará a todos, sin ser nunca trivializado, y las normas tendrán un fuerte respaldo"

4.2 EL HABITUS Y EL CAMPO APLICADO A LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La teoría de Pierre Bourdieu pretende abordar las relaciones entre estructura, subjetividad y acción social a través de sus conceptos de "*habitus*" y "*campo*", pero subrayando su carácter histórico.

Este autor se cataloga como estructural constructivista: "Por estructuralismo o estructuralista, quiero decir que existen en el mundo social mismo, y no solo en los sistemas simbólicos, lenguaje, mito, etc. estructuras objetivas, independientes de la conciencia y de la voluntad de los agentes, que son capaces de orientar o coaccionar sus prácticas o sus representaciones."¹⁹ entiende "que hay una génesis social de una parte de los esquemas de percepción, de pensamiento y de acción, que son constitutivos de lo que llamo *habitus*, y por otra parte, por estructuras, y en particular de lo que llama *campos* y grupos, especialmente de lo que se llama generalmente las clases sociales."

Para realizar una aproximación de la Cultura de Seguridad del Paciente a la teoría del *habitus* y el *campo*.

El Campo es el espacio social relativamente autónomo, que tienen una lógica propia y que están articulados entre ellos²⁰. Para efectos de este estudio el servicio del hospital observado "área quirúrgica", es considerado como un campo social de los servicios de salud, porque tiene una lógica propia con un tipo particular de relaciones, intereses, recursos, y que por unidad actúan de manera autónoma; como es descrito en los Lineamientos para la Política de Seguridad del Paciente del Ministerio de Protección Social. Partiendo de la premisa que cada campo es diferente, se debe tener en cuenta las especificidades del área para la gestión de las prácticas.

El *habitus* descrito en el sentido práctico "Los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia producen '*habitus*', sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predisuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin, sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente '*reguladas*' y '*regulares*' sin ser el producto de la obediencia a reglas, y, a la vez que todo esto, colectivamente orquestadas sin ser producto de la acción organizadora de un director de orquesta."²¹

El sentido práctico nace entonces de esa aptitud y lógica para actuar y orientarse en la posición social que ocupa en el campo social, relacionada con la lógica de dicho campo y con la situación actual con la que está comprometida, en otras palabras, es el punto de convergencia entre el *habitus* y el campo social, mediado por la temporalidad y el ritmo del juego social²².

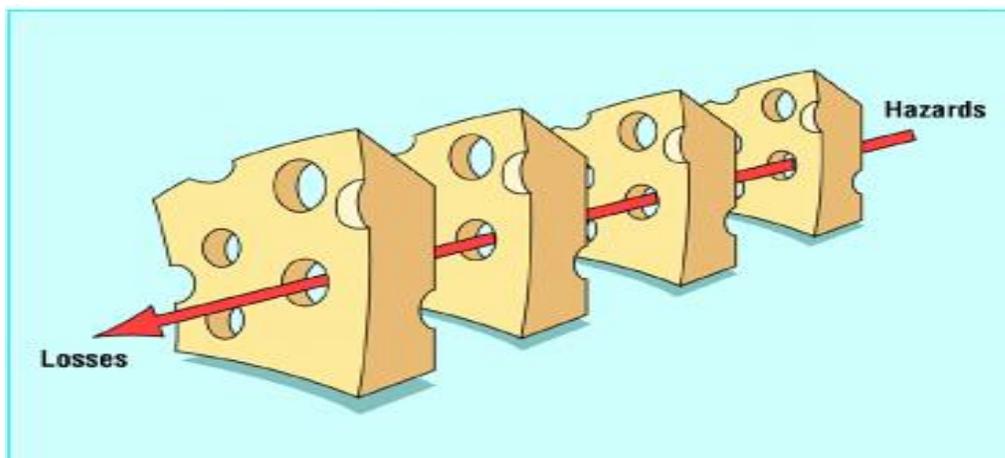
Para llegar a una aproximación de la cultura de la seguridad del paciente, por parte de los prestadores de servicios de salud como de los gestores de la calidad es necesario entender las leyes y características de cada uno de los campos de los servicios de salud y del *habitus*

de los actores y tomar como punto de partida la definición de estrategias particulares, acordes, pertinentes y oportunas.

4.3 MODELOS DE ANALISIS DE RIESGO

Existen diversos modelos que analizan el riesgo para la ocurrencia de accidentes, James Reason en 1990 expone el modelo del Queso Suizo²³ en el cual representa como diversos sistemas deficientes permiten que los peligros de error traspasen y creen los fallos de tal manera que todos estén perfectamente alineados como lo muestra la Figura N°1.

Figura No. 1. Modelo para la generación de accidentes según Reason.



Fuente: Reason J. Human error. 2000.

Este modelo ha sido utilizado para la gestión de riesgos en la aviación, la ingeniería y la asistencia sanitaria, en esta última en especial para dar explicación a la generación de los problemas de seguridad del paciente.

4.4. PROTOCOLO DE LONDRES

El protocolo de Londres es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como "Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos"²⁴. Constituye una guía práctica para administradores de riesgo y otros profesionales interesados en el tema.

Este protocolo cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones. La metodología que propone se despliega hasta donde sea posible, de procedimientos disciplinarios y de aquellos diseñados para enfrentar el mal desempeño individual permanente.

En salud, con mucha frecuencia cuando algo sale mal los jefes tienden a sobre dimensionar la contribución de uno o dos individuos y a asignarles la culpa de lo ocurrido. "Esto no quiere

decir que la inculpación no pueda existir, lo que significa es que esta no debe ser el punto de partida, entre otras cosas porque la asignación inmediata de culpa distorsiona y dificulta una posterior investigación seria y reflexiva. Reducir efectivamente los riesgos implica tener en cuenta todos los factores, cambiar el ambiente y lidiar con las fallas por acción u omisión de las personas”¹.

Este protocolo se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason.

Figura No. 2. Modelo organizacional de accidentes de James Reason.



Fuente:Centro de Gestión Hospitalaria.

A nivel directivo y gerencial de la organización las decisiones tomadas, son transmitidas de forma vertical hacia abajo, por medio de las unidades o servicios y se espera un impacto en los sitios de trabajo que condicionan conductas inseguras de diversa índole.

Las acciones inseguras son acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o evento adverso. El paso siguiente es considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos (Ver Tabla). Estos son condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras.

Tabla 1. Factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica.

Origen	Factor Contributivo
PACIENTE	COMPLEJIDAD Y GRAVEDAD LENGUAJE Y COMUNICACIÓN PERSONALIDAD Y FACTORES SOCIALES
TAREA Y TECNOLOGÍA	DISEÑO DE LA TAREA Y CLARIDAD DE LA ESTRUCTURA; DISPONIBILIDAD Y USO DE PROTOCOLOS; DISPONIBILIDAD Y CONFIABILIDAD DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS; AYUDAS PARA TOMA DE DECISIONES
INDIVIDUO	CONOCIMIENTO, HABILIDADES Y COMPETENCIA SALUD FÍSICA Y MENTAL

¹Traducción con modificaciones al documento: System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK)

EQUIPO de TRABAJO	COMUNICACIÓN VERBAL Y ESCRITA SUPERVISIÓN Y DISPONIBILIDAD DE SOPORTE ESTRUCTURA DEL EQUIPO (consistencia, congruencia, etc.)
AMBIENTE	PERSONAL SUFICIENTE; MEZCLA DE HABILIDADES; CARGA DE TRABAJO; PATRÓN DE TURNOS; DISEÑO, DISPONIBILIDAD Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS; SOPORTE ADMINISTRATIVO Y GERENCIAL; CLIMA LABORAL; AMBIENTE FÍSICO (luz, espacio, ruido)
ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	RECURSOS Y LIMITACIONES FINANCIERAS; ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL; POLÍTICAS, ESTÁNDARES Y METAS; PRIORIDADES Y CULTURA ORGANIZACIONAL
CONTEXTO INSTITUCIONAL	ECONÓMICO Y REGULATORIO CONTACTOS EXTERNOS

Fuente: Centro de Gestión Hospitalaria.

El proceso básico de investigación y análisis está bastante estandarizado. Fue diseñado pensando en que sea útil y pueda usarse tanto en incidentes menores, como en eventos adversos graves. La decisión acerca de lo extenso y profundo de la investigación depende de la gravedad del incidente, de los recursos disponibles y del potencial aprendizaje institucional.

Tabla 2. Ruta para investigar y analizar incidentes clínicos.



Fuente: Centro de Gestión Hospitalaria.

El equipo investigador debe ser realista en cuanto a las recomendaciones que propone con el fin de que se traduzcan en mejoramientos comprobables por toda la organización. Cuando se plantean es aconsejable tener en cuenta su complejidad, los recursos que requieren y el nivel de control del que dependen.

De esta manera se promueve la cultura de seguridad, pues la gente al ver que el proceso efectivamente conduce a mejoramientos entiende su importancia y se apropia de él.

4.5 SEGURIDAD DEL PACIENTE

Una vez que la Seguridad del paciente fue reconocida como problema social se buscó su institucionalización para proceder a una intervención pública, advirtiendo de esta manera directrices internacionales con el mandato de la OMS a través de la creación de la Alianza Mundial para la seguridad de los pacientes en el año 2004²⁵ Esto permitió el surgimiento de organizaciones dedicadas a este tema.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente a través de su trabajo colaborativo y permanente, en el año 2009 establece los referentes conceptuales, debido a que reconoce que es de suma importancia definir el problema, delimitarlo y establecer las estrategias o los mecanismos de abordaje utilizando la investigación como la herramienta fundamental para establecer agentes causales, implementar soluciones y medir el impacto de las mismas, es así como se define que:

*"La **seguridad del paciente** es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro."²⁶*

Teniendo en cuenta que la Alianza presentó el Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP)- con su respectivo Informe técnico en enero de 2009, es de gran importancia considerar los aspectos conceptuales al respecto.

Los términos descritos a continuación representan los más acordes con la conceptualización del presente estudio y se encuentran en el Anexo técnico 2²⁷ de la CISP que establece el listado de los términos relacionados con la atención sanitaria y la seguridad del paciente:

Atención Sanitaria:

1. *Servicios de profesionales de la atención sanitaria y de sus agentes que van dirigidos a (1) la promoción de la salud; (2) la prevención de enfermedades y lesiones; (3) la vigilancia de la salud; (4) el mantenimiento de la salud, y (5) el tratamiento de enfermedades, trastornos y lesiones a fin de obtener la curación o, en su defecto, un confort y un funcionamiento óptimos (calidad de vida).*
2. *Atención prestada a las personas o las comunidades por parte de agentes de los servicios de salud o de las profesiones sanitarias con el propósito de promover, mantener, vigilar o restablecer la salud. La atención sanitaria es más amplia que la atención médica, en la cual la acción terapéutica es llevada a cabo por el médico o bajo su supervisión.*
3. *Servicios recibidos por las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.*

Atención Segura:

La atención segura consiste en tomar decisiones clínicas basadas en pruebas a fin de maximizar los resultados sanitarios de un individuo y reducir al mínimo la capacidad de causar daño.

Daño:

- 1. Alteración temporal o permanente de estructuras o funciones físicas, emocionales o psíquicas, y/o el dolor resultante, que precisen intervención.*
- 2. Lesión física o perjuicio para la salud de las personas. (En ocasiones, el perjuicio incluye también las pérdidas económicas.)*
- 3. Muerte, enfermedad, lesión, sufrimiento y/o discapacidad padecidas por una persona.*
- 4. Toda lesión física o psíquica o perjuicio para la salud de una persona, lo que incluye tanto las lesiones temporales como las permanentes.*
- 5. Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de ella.*

Evento Adverso:

- 1. Lesión causada por el tratamiento o por una complicación médica, no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento del alta médica, o a ambas cosas.*
- 2. Resultado no deseado para el paciente, que puede ser o no consecuencia de un error.*
- 3. Evento u omisión que surge durante la atención clínica y causa lesiones físicas o psicológicas a un accidente.*
- 4. Consecuencia negativa de la atención que da lugar a una lesión no buscada o una enfermedad que podía haber sido o no prevenible.*
- 5. Lesión que fue causada por el tratamiento médico y que da lugar a una discapacidad mensurable.*
- 6. Lesión causada por el tratamiento médico (no por la enfermedad subyacente) que prolonga la hospitalización, ocasiona una discapacidad en el momento del alta, o ambas cosas; [...] los EA son causados por complicaciones medicamentosas, infecciones de la incisión y complicaciones técnicas, y los debidos a negligencia [lo son por] percances diagnósticos, percances terapéuticos y eventos ocurridos en el*
- 7. servicio de urgencias.*
- 8. Evento desfavorable, no deseado y generalmente imprevisto, como el fallecimiento de un paciente, un empleado o un visitante en una organización de atención sanitaria. También se consideran eventos adversos incidentes tales como la caída de un paciente o la administración indebida de medicamentos, aunque los efectos en el paciente no sean permanentes.*
- 9. Los eventos adversos son incidentes desfavorables, desgracias terapéuticas, lesiones iatrogénicas u otros sucesos adversos relacionados directamente con la atención o los servicios prestados en la jurisdicción de un centro médico, una consulta externa u otro establecimiento. Pueden ser consecuencia de actos de comisión o de omisión.*
- 10. Evento no deseado que se produce en el curso de la atención médica y ocasiona un cambio mensurable en el estado del paciente.*
- 11. Evento que causa un daño involuntario al paciente por un acto de comisión o de omisión, no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente.*
- 12. Lesión que es consecuencia de una intervención médica y no se debe a la enfermedad de fondo del paciente.*
- 13. Incidente imprevisto y no deseado relacionado directamente con la atención o los servicios prestados al paciente.*

14. Incidente que causa daño a un paciente.

Incidente:

1. *Supone un daño que se limita a las partes de una unidad, tanto si el fallo altera el sistema como si no lo hace.*
2. *Algo que le ocurrió al paciente, un resultado clínico probablemente con efectos perjudiciales o que podrían serlo*
3. *Evento que representa una notable desviación negativa respecto de la «norma asistencial», ocurrida en un establecimiento de atención sanitaria; [...] los incidentes comprenden las sustituciones importantes de medicamentos o el hecho de dejar a un paciente desatendido durante largo tiempo.*
4. *Evento ocurrido en el hospital que no es conforme con las normas de este o que es imprevisto y desfavorable. [...] De cada incidente se elabora un informe destinado a ayudar a la gestión de la calidad y la gestión de riesgos.*
5. *Evento o incidencia que suele ser imprevisto y desfavorable.*
6. *Evento o circunstancia que dio lugar o podría haber dado lugar a un daño involuntario o innecesario a una persona, y/o a una queja, una pérdida o un perjuicio.*
7. *Todo desvío de la atención médica habitual que causa una lesión al paciente o representa un riesgo de daño. Comprende los errores, los eventos adversos prevenibles y los peligros.*
8. *Eventos, procesos, prácticas o resultados que son dignos de mención en virtud de los peligros que entrañan para los pacientes o de los daños que les causan.*

Paciente:

Persona receptora de atención médica.

Seguridad del paciente:

1. *Evitación, prevención y mejora de los resultados adversos o lesiones derivados de procesos de atención sanitaria. Esos eventos comprenden «errores», «desvíos» y «accidentes». La seguridad surge de la interacción entre los componentes del sistema; no reside en una persona, un dispositivo o un departamento. Mejorar la seguridad depende de que se aprenda cómo emerge esta de las interacciones entre los componentes. La seguridad del paciente es un subconjunto de la calidad de la atención sanitaria.*
2. *El hecho de estar a salvo de lesiones accidentales; velar por la seguridad del paciente supone instaurar sistemas y procesos operacionales que reduzcan al mínimo la probabilidad de errores y maximicen la probabilidad de interceptarlos cuando ocurran.*
3. *Acciones emprendidas por individuos y organizaciones para proteger a los receptores de atención sanitaria de verse perjudicados por los efectos de los servicios que la prestan.*
4. *El hecho de estar a salvo de lesiones accidentales en el curso de la atención médica; actividades dirigidas a evitar, prevenir o corregir resultados adversos que pueden derivarse de la prestación de atención sanitaria.*
5. *Identificación, análisis y gestión de los riesgos e incidentes relacionados con los pacientes con el propósito de mejorar la seguridad de la asistencia que se les presta y reducir al mínimo los daños que puedan sufrir.*
6. *Reducción y atenuación de las acciones peligrosas dentro del sistema de atención sanitaria, y aplicación de las mejores prácticas que han demostrado ofrecer resultados óptimos para el paciente.*
7. *Prevención y atenuación del daño a los pacientes.*

8. *El hecho de que un paciente esté a salvo de daños innecesarios o potenciales asociados a la atención sanitaria.*

Se establecen objetivos que guardan la iniciativa internacional como es la "Declaración de Luxemburgo"²⁸ y siete pasos para conseguir una organización sanitaria que se convierte en el sustento de la política:

1. La promoción de una Atención Segura en Salud se logra por medio del direccionamiento y diseño de los procesos.
2. Disminuir el riesgo en la atención de los pacientes.
3. El logro de la prevención de ocurrencias de eventos adversos en los procesos de atención.
4. Obtener resultados tangibles y medibles por medio de la coordinación de los distintos actores del sistema incluidos los organismos de vigilancia.
5. Estandarizar la terminología a usar en cada país.
6. Educar a pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que potencialmente inciden en mejorar los procesos de atención de que son sujetos.
7. Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente.

Existe evidencia a nivel internacional sobre este fenómeno, algunos países lo han considerado un problema de salud pública.

4.5.1 Retos mundiales por la seguridad del paciente.

Teniendo en cuenta que como parte de los objetivos de la Alianza Mundial es la presentación tanto de recomendaciones a la comunidad internacional para mejorar la atención sanitaria como de propuestas para la implementación de estrategias a partir del año 2005 se han generado dos campañas de alto impacto relacionadas con la seguridad del paciente denominadas retos mundiales.

El primero, una atención limpia es una atención más segura estableciendo como eje principal la importancia en la higienización de manos para reducir los índices de infección intrahospitalaria y el segundo, la Cirugía Segura Salva vidas respondiendo a la problemática de las altas cifras relacionadas con la presentación de eventos adversos en cirugía, reto sobre el cual se realiza una mayor aproximación.

4.5.2 Segundo reto: La cirugía segura salva vidas.

La Alianza establece como objetivo del reto "mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo definiendo para ello un conjunto básico de normas de seguridad que puedan aplicarse en los Estados Miembros de la OMS"²⁹.

Este reto se plantea desde la problemática que hasta un 25% de los pacientes quirúrgicos hospitalizados sufren complicaciones postoperatorias, en países industrializados entre el 3 y el 16% de los pacientes que se les realizó un procedimiento quirúrgico requieren reingreso debido a complicaciones, las tasas de mortalidad o discapacidad permanente oscila entre el 0,4 y 0,8% por la misma razón y casi la mitad de los eventos adversos presentados en pacientes hospitalizados son relacionados con cirugía.²¹

Teniendo en cuenta los riesgos relacionados con la ocurrencia de accidentes relacionados con la cirugía la Alianza estableció la propuesta de trabajar en 4 frentes:

- a) la prevención de infecciones de la herida quirúrgica debido a que representa una de las principales causas de complicaciones graves.
- b) la seguridad de la anestesia puesto que representa una de las causas importantes de muerte operatorio a nivel mundial.
- c) equipos quirúrgicos seguros el cual se relaciona con el trabajo en equipo, el mejoramiento de la interacción y comunicación entre los miembros de los equipos quirúrgicos debido a la alta tensión en la atención del paciente y el riesgo que esta representa.
- d) medición de los servicios quirúrgicos puesto que se ha relacionado los problemas de seguridad con la escasez de datos y estadísticas que puedan medir los servicios quirúrgicos, de tal manera que se puedan implementar sistemas de vigilancia y control.

Los mecanismos propuestos para la implementación de la estrategia (reto) son tres:

- **Implementación de 10 objetivos esenciales en la seguridad del paciente en los procesos de atención quirúrgica.**

A continuación se relacionan los diez objetivos esenciales en la seguridad del paciente en los procesos de atención quirúrgica:

Tabla 3. Objetivos esenciales en la seguridad del paciente en los procesos de atención quirúrgica

Objetivo	Proceso de atención quirúrgica
Objetivo 1	El equipo operará al paciente correcto en el sitio anatómico correcto.
Objetivo 2	El equipo utilizará métodos que se sabe que previenen los daños derivados de la administración de la anestesia, al tiempo que protegen al paciente del dolor.
Objetivo 3	El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida de la función respiratoria o del acceso a la vía aérea, y reconocerá esas situaciones.
Objetivo 4	El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida considerable de sangre, y reconocerá esas situaciones.
Objetivo 5	El equipo evitará provocar reacciones alérgicas o reacciones adversas a fármacos que se sabe que suponen un riesgo importante para el paciente.

Objetivo 6	El equipo utilizará sistemáticamente métodos reconocidos para minimizar el riesgo de infección de la herida quirúrgica.
Objetivo 7	El equipo evitará dejar accidentalmente gases o instrumentos en la herida quirúrgica.
Objetivo 8	El equipo guardará e identificará con precisión todas las muestras quirúrgicas.
Objetivo 9	El equipo se comunicará eficazmente e intercambiará información sobre el paciente fundamental para que la operación se desarrolle de forma segura.
Objetivo 10	Los hospitales y sistemas de salud públicos establecerán una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente. La Cirugía Salva Vidas Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación. (1ª Edición). 2008

- **Realizar la medición de los riesgos en la prestación de servicios quirúrgicos por medio de 5 estadísticas vitales quirúrgicas.**

Tasa de mortalidad el día de la intervención = $\frac{\text{Muertes el día de la intervención}}{\text{Total de casos quirúrgicos}}$

- Número de quirófanos existentes.
- Número de operaciones llevadas a cabo en quirófano.
- Número de cirujanos y anestesistas formados.
- Número de defunciones el día de la intervención quirúrgica.
- Número de defunciones hospitalarias tras la intervención quirúrgica.

Las dos últimas variables permitirán calcular los siguientes indicadores

Tasa de mortalidad hospitalaria posoperatoria= $\frac{\text{Muertes de pacientes ingresados tras la intervención}}{\text{Total de casos quirúrgicos}}$

- **Implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.**

Se presenta con el fin que los equipos quirúrgicos al utilizarla reduzcan el riesgo de los daños ocasionados en el paciente, siendo una herramienta fácil de usar, debido a que fue diseñada basada en tres principios, la simplicidad, la amplitud de aplicación y la mensurabilidad.

4.5.3 Metas y Estándares Internacionales para la Seguridad del Paciente Quirúrgico.

Como se ha señalado anteriormente son diferentes grupos de estándares que conforman el conjunto de lineamientos internacionales; para efectos de análisis del paciente quirúrgico, encontramos los estándares descritos a continuación.

Estándares de Anestesia y Atención Quirúrgica (ASC) Joint Commission International refiere que los estándares para anestesia y cirugía son aplicables en todos los casos que requieran anestesia y/o sedación moderada o profunda, de igual forma donde se requiere practicar un procedimiento quirúrgico o invasivo.³⁰

Los estándares definidos según el documento oficial de la Joint Commission Internacional "Estándares de Acreditación para Hospitales" se dividen en atención anestésica y atención quirúrgica, y son los siguientes:

Atención anestésica

ASC. 1 Los servicios de anestesia están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y todos esos servicios cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales correspondientes y con los estándares profesionales.

ASC. 2 Habrá una o más personas calificados responsables de gestionar los servicios de anestesia.

ASC. 3 Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes que se someten a sedación moderada o profunda.

ASC. 4 Una persona calificada lleva a cabo una evaluación previa a la anestesia y una evaluación previa a la inducción.

ASC. 5 Se planifica y documenta la atención de anestesia de cada paciente.

ASC. 5.1 Se comentan los riesgos, beneficios y alternativas con el paciente, su familia o quienes toman decisiones en nombre del paciente.

ASC. 5.2 Se anotan la anestesia utilizada y la técnica anestésica en el expediente clínico del paciente.

ASC. 5.3 Durante la administración de la anestesia, se monitorea permanentemente el estado fisiológico de cada paciente y se anota en su expediente clínico.

ASC. 6 Se monitorea y documenta el estado posterior a la anestesia de cada paciente y cada paciente es dado de alta de recuperación por una persona calificada mediante el empleo de criterios establecidos.

Atención Quirúrgica:

ASC. 7 Se planifica y documenta la atención quirúrgica de cada paciente basándose en los resultados de evaluación.

ASC. 7.1 Se comentan los riesgos, beneficios y alternativas con el paciente y su familia o quienes toman decisiones en nombre del paciente.

ASC. 7.2 Se anota la cirugía realizada en el expediente clínico del paciente

ASC. 7.3 Durante la cirugía e inmediatamente después de la misma, se monitorea permanentemente el estado fisiológico de cada paciente y se anota en su expediente clínico.

ASC. 7.4 Se planifica y se documenta la atención del paciente después de la cirugía.

Meta de Seguridad en la atención del paciente quirúrgico: La meta de seguridad que directamente es objeto de estudio del presente documento, y aporta el conocimiento a las organizaciones sobre el cuidado del paciente quirúrgico es la número 4 "Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto" el requisito de la meta es que la organización desarrolla un enfoque para asegurar la realización de cirugías en el sitio correcto, con el procedimiento correcto y el paciente correcto" ³¹

Igualmente es de señalar que "un error médico no presupone implícitamente la existencia de negligencia"³², el objetivo de la meta es, sin lugar a dudas el desarrollo del procedimiento quirúrgico seguro tanto para paciente como para el cirujano.

4.6. FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Desde el año 2004 que se da inició al trabajo colaborativo de la Alianza Mundial por la Salud Pública y se solicita a todos los gobiernos el trabajo por mejorar la calidad de la atención en salud para evitar eventos adversos, Colombia no fue la excepción y desde la Dirección General de Calidad y Servicios del Ministerio de la Protección Social se establecieron los Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en el año 2008⁹.

Se identifica el evento adverso como un problema complejo que demerita la calidad de la atención de salud, por los resultados físicos, económicos y emocionales para el paciente, la familia, las instituciones y los prestadores enmarcados en el enfoque de gestión del riesgo integral para la calidad, mejoramiento continuo y gestión centrada en el usuario.

4.6.1. Lineamientos de la política pública de seguridad del paciente.

Desde los Lineamientos de la política de Seguridad del Paciente, cabe resaltar que su formulación estuvo sujeta a los antecedentes internacionales y bastó con el estudio de Gaitán H, para detectar que el fenómeno también se presenta en Colombia. Posterior a la promulgación de la política se realiza el Estudio IBEAS donde se evidencia que Colombia presenta el 13% de eventos adversos.⁶ No existen estudios que contemplen el problema desde el contexto colombiano.

Contempla la política los mismos lineamientos y propósitos internacionales: comprometer, promover, concertar y coordinar acciones que permitan la cooperación y sensibilización de los actores. De otra parte también contiene enfoques centrados en la atención del usuario, cultura de seguridad, integración con el SOCG, multicausalidad, validez, alianza con el paciente y su familia, alianza con el profesional de salud.

Se acatan las disposiciones de los organismos internacionales como la OMS, en cuanto a seis áreas principales en el cumplimiento de los retos globales:

- 2005-2006 "Una atención limpia es una atención más segura"
- 2007-2008 "La cirugía segura salva vidas"
- "Involucrar a los pacientes en su propia seguridad"
- "Taxonomía de la seguridad del paciente"
- "Investigación en el campo de la seguridad del paciente"
- "Soluciones para reducir los riesgos de la atención de la salud y mejorar su seguridad"
- "Notificación y aprendizaje para mejorar la seguridad del paciente".

Lo anterior traduce una invitación a todos los actores a realizar investigaciones y educación sobre el tema.

Se incita con estos lineamientos a una "Cultura de Seguridad" y garantizar patrón de conducta tanto en instituciones educativas como en las de prestación de servicios, a profesionales y estudiantes desde una formulación estratégica administrativa y en lo posible una generación de un entorno no punitivo.

Los lineamientos de la política se centran en procesos de calidad donde contempla lo administrativo involucrando una "Cultura Organizacional", con indicadores gerenciales y económicos aplicando enfoques de la gestión del riesgo.

Dentro de los actores involucrados y a quienes va dirigida la política aparecen prestadores hospitalarios, prestadores ambulatorios, prestadores independientes, entidades administradores de planes de beneficios en relación a sus propios procesos operativos, administrativos, red de prestadores.

El concepto de política en el contexto colombiano se ha convertido en expresión de norma y no de expresión de acción colectiva, revistiéndose de institucionalidad sin pensar en todos los actores sino para unos cuantos, razón por la cual se traslapa al temor de una sanción y no de una acción sobre el paciente con conciencia en sus acciones.

4.6.2 Implementación de la política pública sobre seguridad del paciente.

Se destaca el énfasis de los objetivos de la política pública sobre seguridad del paciente, para que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud sean seguras, con prácticas basadas en la evidencia, no se encuentran explícitos dentro del documento planes y programas al respecto, pero sí una serie de gestiones y estrategias respondiendo a los lineamientos internacionales en cuanto a las siguientes acciones:³³

- Garantizar la atención limpia en salud
- Evitar la confusión de la administración de medicamentos
- Disminuir fallas asociadas al factor número
- Instaurar programas que eviten las caídas de los pacientes

- Adopción de protocolos para la remisión oportuna a los pacientes y
- Establecer barreras de seguridad en la utilización de la tecnología.

4.6.3 Aproximación de la política de seguridad del paciente a un contexto sociopolítico y económico.

En la década de los 90's Colombia atravesaba por un enfoque neo-constitucional económico, como referente principal se encuentra la ley 100 de 1993³⁴, predominando el neoliberalismo, nombre que se usa para describir una ideología económica, llamada también capitalismo corporativo, globalización corporativa esta ideología es la que actualmente domina la política. Douglas North, define a la ideología como un conjunto de percepciones subjetivas compartida por un grupo de personas que las utilizan para interpretar su ambiente y percibir como deben ser ordenadas y orientadas a un sistema de creencias.

Colombia acoge las políticas macroeconómicas del Banco Mundial y la del Fondo Monetario Internacional, basado en el modelo del Pluralismo Estructurado³⁵. El Sistema General de Seguridad Social (SGSS) colombiano, se creó como un modelo transaccional en el que los actores políticos atendieron el llamado del Banco Mundial, creando un sistema que intenta armonizar la gestión del estado con la acción del mercado, basados en parámetros de eficiencia, equidad y calidad de los servicios.

La creación de la Ley 100 enmarcada en un precepto neoliberal donde esta ideología cuyos postulados consideran el mercado y a la libre competencia, presupone una serie de pautas económicas orientadas al máximo valor posible y se encuentra fuertemente arraigado a la teoría económica, identifica al individuo como maximizador de la utilidad de sus decisiones, que cuenta con toda la información necesaria para normar su criterio de decisión que disponen de modelos de procesamiento para lograrlo.

Es decir se pasó de un modelo de servicio a un modelo regulado con cambios de enfoques, organizaciones de enfoque y estructura, para lo cual se llevaron a cabo modificaciones de ajuste fiscal, disminución de tamaño y papel del estado y desregulación del mercado, con creación de competitividad y de integración de las instituciones, del recurso humano al mercado laboral así como el esquema de regulación.

Se encuentran entonces procesos de atención al cliente que involucran la oportunidad en la atención, la eliminación en el tiempo de espera, además de ofrecer comodidades, cobertura integral de los riesgos, la eficacia resolutoria de los diagnósticos y el impacto de los tratamientos efectuados sobre la enfermedad, esperanza de vida que genera aún la vida útil ganada o recuperada.

En el Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES 3446³⁶, es el máximo coordinador de la política económica en Colombia, da la línea y orientación a la política macro, con funciones de asesor principal del gobierno en todos aquellos aspectos relacionados con el desarrollo económico y social del país, de sus recomendaciones dependen los planes y programas de desarrollo, los planes de inversión pública y los lineamientos de presupuesto general que cada año presenta el Congreso de la República.

El CONPES 3446 describe los lineamientos para una política nacional de calidad, definir la política para el sector productivo y el sector salud, precisando que existirán dos grandes sistemas:

Sistema Nacional de Calidad (SNC)²⁴: como el instrumento que contribuye a mejorar la competitividad de las empresas colombianas, ofrece al consumidor garantías e información sobre los productos que adquiere proteger la vida, la salud y el medio ambiente y promueve el mayor desarrollo de la ciencia y la tecnología.

Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGC)¹¹: define las normas, mecanismos, requisitos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud del país.

Con la gestión de la calidad (Ver Figura No. 1), en salud aparece el Decreto 2309 del 2002³⁷, posteriormente actualizado por el Decreto 1011 del año 2006¹¹.

Figura No. 3. Gestión de la Calidad



Fuente: Diagrama de proceso "organigrama" para enfatizar la interacción o las relaciones entre los grupos de información. Microsoft Office Word® 2010. El diseño corresponde a la autora para fines de esta investigación.

El Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud está conformado por cuatro componentes:

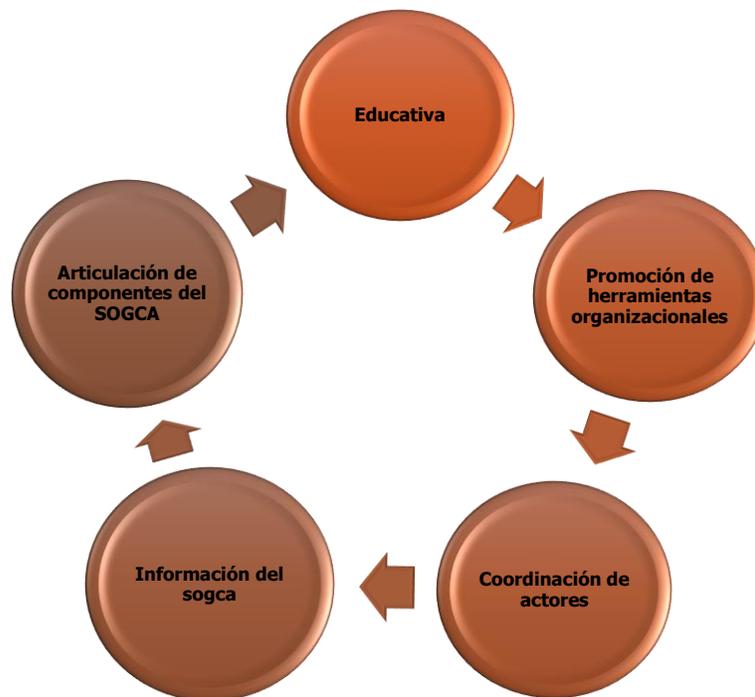
- 1. Sistema Único de Habilitación:** establece los estándares de habilitación buscando la seguridad de los usuarios frente a riesgos potenciales asociados con la prestación de servicios (Resolución 1043 de 2006)³⁸ y posteriormente actualizado por la (Resolución 2003 de 2014)³⁹.
- 2. Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud:** direcciona los mecanismos de auditoría para una continua evaluación y mejoramiento de la calidad observada y la calidad esperada de la atención de salud de los usuarios (Resolución 1043 de 2006).
- 3. Sistema Único de Acreditación:** direcciona a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que proyectan demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento

de los niveles superiores de calidad y que voluntariamente decidan acogerse a este proceso según Resolución 1445 de 2006⁴⁰.

- 4. Sistema de Información para la Calidad:** estimula la competencia por la calidad entre los actores del sistema por medio de Sociedad Internacional para la Calidad en Atención de la Salud (ISQUA), organización que tiene la misión de mejorar la calidad y la seguridad de la atención de la salud a nivel mundial.

La política pública colombiana de seguridad del paciente está determinada dentro de cinco estrategias: educativa, promoción de herramientas organizacionales, coordinación de actores, información y articulación de componentes del sistema obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención (Ver Figura No. 2).

Figura No. 4. Estrategias de la Política Pública sobre Seguridad del Paciente



Fuente: Diagrama de ciclo "Ciclo básico" para representar una secuencia continua de fases. Microsoft Office Word® 2010. El diseño corresponde a la autora para fines de esta investigación y contiene información de la Política de Seguridad del Paciente.

La política impacta a los profesionales y a la academia porque a los primeros les proporciona un contexto de desempeño en procesos de gestión del riesgo y a los segundos induce a las Instituciones de Educación Superior a incluir dentro de las prácticas de los estudiantes temas relacionados con la seguridad del paciente y la identificación del Evento Adverso (EA).

De acuerdo a lo postulado por André-Noël Roth Deubel, profesor de la Universidad Nacional del departamento de ciencia política, analista de las políticas públicas, se identifican cinco actores⁴¹:

Patrocinadores: son los formuladores de las políticas y responsables políticos (procede del entonces Ministerio de la Protección Social).

Directores de programas: hacen parte de esta categoría los gestores y profesionales.

Destinatarios: son directos e indirectos (Prestadores hospitalarios, prestadores ambulatorios, entidades administradoras de planes y beneficios en lo relacionado con el relacionamiento con sus redes de prestadores)

Otros que actúan como referentes: Profesionales y responsables de políticas similares, científicos sociales y expertos (los servidores, los prestadores, la academia, los sectores públicos y privados, las sociedades científicas, asociaciones de profesionales)

Instituciones: Internacionales y nacionales que intervienen en el diseño y aplicación de las políticas públicas nacionales como la Organización Mundial de la salud OMS, Organización Panamericana de la Salud OPS, entre otras.

4.6.4 Reflexiones sobre la política pública de seguridad del paciente

Jhon Gribbin en su obra "Así de simple"⁴² manifiesta que nuestras vidas a pesar de las nuevas tecnologías están a merced de complicados procesos que producen cambios drásticos y repentinos. Aplicado esto al enfoque de gestión del riesgo la invitación que hace el autor en cuanto a la investigación de nuevos problemas sobre el tema de seguridad de paciente debería partir de unas condiciones iniciales del contexto y no de una repetición de metodologías que evidencian lo mismo, es decir cambiar lo que está sucediendo con el fenómeno investigado, construir conocimiento, reducir la incertidumbre empírica, es decir romper con el paradigma de la relación causa efecto y pensar los asuntos en términos de flexibilidad.

La seguridad del paciente analizada desde la postura de Holland con su obra el "Orden Oculto de cómo la adaptación crea la complejidad"⁴³, permite que el sistema de salud se vea como un todo donde su interacción es por medio de redes como patrón de organización cuya característica es que no sea forzada sino espontánea. Razón por la cual en los Lineamientos de la Política de Seguridad del Paciente esto no se puede ver así porque la política se ve como una legitimación de actos que obliga a instituciones, individuos y colectivos a actuar por imposición lo que no permite la adherencia. El paciente está fuera de la institucionalidad porque siendo una norma para su atención segura, no fue tenido en cuenta y lo ven como un individuo desadaptado al que hay que educar, no les permiten identificar su propio patrón. En el sistema de salud hay jerarquías identificables que permiten establecer agregaciones, conectadas por medio de nodos, en este caso el nodo hubs sería el paciente, pero la política no tiene adherencia porque este no está incluido en la red.

Fritgot Capra en su obra "La trama de la vida"⁴⁴, en la unión de los sistemas físicos con los sistemas vivos muestra elementos claves para la interacción como la estructura, el patrón y el proceso. Al realizar una reflexión de la política de seguridad de pacientes desde la postura teórica de Capra se identifica que no se cumple esta relación, porque la estructura vista como el sistema de salud que actúa en red, no tiene en cuenta nodos que generan vínculo para relacionar otros nodos en este caso no tiene en cuenta a individuo como paciente que sería el nodo, solo busca la relación entre el sistema económico con el enfoque de gestión de riesgo y desarticula el sistema biológico porque no le interesa la salud, prioriza sólo la atención segura como elemento desde lo administrativo y lo económico y no identifica el vínculo que en este caso son el paciente y los profesionales de salud, porque el modelo de atención no lo permite.

Duncan J Watts, nos hace la invitación de ver el sistema de salud como una red como objeto dinámico que evoluciona desde su obra "Seis grados de separación"⁴⁵, a su vez a ver el comportamiento individual sobre el colectivo y cómo este influye. En el caso de la política de seguridad del paciente lo individual sería Colombia frente al colectivo que es el mundo, pero la política no lo permite porque hace ver una inversión de la pirámide y se ve desde arriba, es decir, organizaciones como la OMS, OPS son las que marcan la pauta de la política y cómo nuestros gobernantes la asumen como si fuera general, desconociendo el contexto problema colombiano en el tema de seguridad del paciente. La red de garantía de Calidad en salud, no se identifica en la política, su configuración y su interactividad lo que fluye en esta comunidad es la conectividad de la información, es decir el meme²⁻⁴⁶ que trae la política consigo.

Desde Richard Dawkins y Robert Aunger⁴⁷, los memes que trae la salud pública en el tema de seguridad del paciente parten de la epidemiología como un meme del cual sustraemos información, pero la pregunta es ¿esa información elaborada e interpretada es conocimiento? Tiene mucho que ver con la forma como se ha construido este meme, no cabe duda que el conocimiento nos lleva a reducir la incertidumbre pero ¿los estudios epidemiológicos son suficientes para llegar al conocimiento? En el caso para Colombia sobre seguridad del paciente todo está por construir.

En salud ¿cómo se ha transmito esta información?, tal vez de la misma forma como se ha transmitido genéticamente, por medio de células sensoriales que perciben el estímulo, se comunican por medio de sus redes, redes de mundo pequeño, en este caso las profesiones, yo soy el profesional producto de mis interacciones. En salud ningún profesional actúa solo, siempre depende de otro, esa necesidad de codependencia es el vínculo, desde la academia nos enseñan a pensar de un modo, cuando vamos a las prácticas hacemos lo que los otros hacen, todo el proceso de aprendizaje es por imitación y estamos constantemente percibiendo estímulos.

²En las teorías sobre la difusión cultural un meme es la unidad estructural teórica de información cultural transmisible de un individuo a otro, o de una mente a otra, o de una generación a la siguiente.

El meme de salud tiene una información que ha logrado sobrevivir a los diferentes procesos de adaptación, la cuestión radica es en la forma como se construyó, la información que posee y como se está replicando.

En salud pública no debe reducirse el conocimiento al dato epidemiológico debo conocer también el contexto, debo conocer cuáles son las representaciones mentales (reglas, creencias, imágenes), como se resuelven los problemas por el individuo o el grupo de individuos, a mayor información mayor certeza, esta información no es dada, es construida.

En salud pública al igual que en lo biológico y en lo cultural se requiere de la cooperación, esta cooperación según Richard Dawkins es egoísta. La cooperación en la salud pública funcionaría en principio así: como profesional de la salud debo identificar al otro, esto me permite disminuir la incertidumbre, debo reconocer el vínculo y la red de mundo pequeño del individuo o grupo de individuo, cuando se aplica un programa de intervención tendrá éxito es por la nueva representación mental elaborada donde se tiene en cuenta el contexto y no en la representación mental que se tenía o idealizada. Esto lo que hace es construir realidades.

4.7. CULTURA, ORGANIZACIONES Y SERVICIOS DE SALUD.

En una aproximación teórica que hacen Martínez Silva y Perdomo Rubio en su ensayo "La cultura en las organizaciones y servicios de salud: una aproximación teórica a sus implicaciones" en el marco del proyecto de investigación "Cultura de Seguridad: Un elemento de la Calidad en la Prestación de Servicios de Salud. Estudio de Casos en Bogotá" de la Unidad de Posgrados en Administración en Salud de la Pontificia Universidad Javeriana, hacen un llamado a los investigadores en el tema a usar referentes teóricos claros para poder entender la definición de "cultura" y el diseño de herramientas de gestión.

De su revisión, han planteado que no hay un consenso cercano entre las posturas epistemológicas, visibilizando que si se selecciona una opción implica llegar a distintos resultados y por ende a transformaciones distintas.

Se ha definido la cultura como "aquel complejo que incluye el conocimiento, las creencias, los valores, la ley, las costumbres, y todas aquellas habilidades y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad"⁴⁸.

En las últimas décadas un debate contemporáneo sobre la "Cultura" ha intentado destacar elementos comunes pero que no son compartidos en su totalidad identificando los siguientes elementos³:

- **La cultura considerada como un estructurante estructurador**, la consideran una dimensión propia, las teorías contemporáneas consideran la cultura como

³Martínez y Perdomo. Ensayo "La cultura en las organizaciones y servicios de salud: una aproximación teórica a sus implicaciones".

incorporada a la formación social, a su vez que es formadora de los individuos de la misma.

- **La cultura es una variable diferencial, cada cultura es diferente**, con una lógica propia, siendo necesaria la convivencia entre estas. De aquí se desprenden conceptos como interculturalidad, multiculturalidad, transculturalidad o posculturalidad.
- **La cultura hace parte de un entramado de poder**. Las diferencias entre culturas, así como las relaciones entre "estructura" y "agentes" que habitan en las mismas, no es un resultado de la variabilidad humana, ni de la idiosincrasia.
- **La cultura es sinérgica**. La cultura es un producto que excede la sumatoria de atributos de los "agentes", constituyendo un "nivel de emergencia" distinto que requeriría sus propias formas de conocerlo.
- **La cultura no es explicable**, más si comprensible. Este solo podría conocerse por aproximación interpretativa, ya que en ella no solo existen cuestiones objetivas, sino eminentemente subjetivas, algunas de ellas compartidas como representaciones sociales.

A diferencia de la categoría cultura definido por las ciencias sociales y humanas, el concepto busca "manipular el objeto de estudio, circunscribirlo, para poderlo indagar en profundidad"⁴⁹. Este es el caso del concepto cultura organizacional, utilizado en las Ciencias Administrativas y Económicas para estudiar la cultura circunscrita a un tipo particular de formación o colectivo social.

"Introduciendo la cultura en la definición del concepto de salud se delimita una distancia radical: ella amplía y contiene las articulaciones de la realidad social. Pensada así, cultura no es un lugar subjetivo, ella abarca una objetividad como la espesura que tiene la vida, por donde pasa lo económico, lo político, lo religioso, lo simbólico y lo imaginario. Ella es el locus donde se articulan los conflictos y las concesiones, las tradiciones y los cambios y donde todo gana sentido o sentidos, ya que nunca hay sólo un significado"⁴⁹.

4.7.1. Cultura organizacional

Linda Smircich, quien propone, con fines de aclarar los debates en torno al concepto, unas "metáforas" que permitan una rápida referencia a los investigadores⁵⁰.

Primera metáfora: "Gerencia Corporativa", asume la cultura como una variable independiente a la organización, es decir, traída por los individuos que harían parte de ella.

Segunda metáfora: "Cultura Corporativa". Esta considera que la cultura organizacional es un resultado propio, delimitado en las fronteras de la organización. La formación social de la organización tiene una cultura propia, como resultado de lo que en ella se hace y la forma como se hace.⁵⁰

Tercera metáfora: "metáfora- raíz", que asumiría la cultura organizacional como algo que ella es, como un sistema mental compartido por los individuos que conforman la organización, la cuál podría ser explorada por cogniciones, significados o psicodinámica.⁴

Martínez y Perdomo hablan de tres formas de asumir este concepto, los cuáles a su interior presentan distintos corpus, de la siguiente manera:

- **La Cultura Organizacional como algo que se tiene.** En ella se circunscribirían las propuestas de Smircich denominadas "Gerencia Corporativa" y "Cultura Corporativa", las cuáles creemos que responden a las tradiciones de las llamadas "Teorías Sociales de la Cultura".

- **La Cultura Organizacional como algo que se es.** Esta incorporaría la "metáfora-raíz" de Smircich, en sus distintas variaciones cognitivas, simbólicas y estructuralistas, así como en sus desarrollos relativistas e interpretativas.

- **La Cultura Organizacional como un estructurante/estructurador.** En esta encontraríamos las formas de comprender la cultura organizacional desde las distintas propuestas que tienen como fuente teórica el debate contemporáneo en Ciencias Sociales y Humanas.

Con las reformas a los sistemas de salud, y la respectiva incorporación de lógicas administrativas y económicas, emerge una tendencia por indagar por los efectos de estas en los resultados en salud y las experiencias de malestar⁵¹

Aclarada la categoría "Cultura organizacional" se puede explorar como funciona en los servicios de salud.

Dentro de la organización de las instituciones de salud, el elemento cultural juega un papel crucial para el análisis del error y de la seguridad de los pacientes. Diferentes estrategias y/o intervenciones en el gerenciamiento de la organización puede favorecer o no la prevención de los errores.

La exploración y análisis de la cultura organizacional en las instituciones de salud no son fáciles. Hasta el momento, la mayoría de los trabajos correspondientes a países desarrollados coinciden en señalar los avances logrados en los programas de seguridad del paciente a partir de la valoración de la cultura en las instituciones de salud, sin embargo, enfatizan la necesidad de profundizar las investigaciones que permitan arribar al conocimiento de los determinantes culturales que contribuyen o no en el proceso de reporte y prevención del error, y en el mejoramiento continuo de la seguridad de los pacientes.

El desafío planteado implica indagar sobre los conocimientos, saberes y prácticas del equipo de salud que permitan interpretar el universo simbólico en relación con el error en medicina e identificar los determinantes que contribuyen a la generación y reproducción de prácticas

⁴Smircich, L. (1983). Concepts of Culture and Organizational Culture. Analysis. Administrative Science Quarterly 28: 339-358.

médicas seguras. En otras palabras generar un cuerpo de evidencia acerca de la Cultura de la Seguridad vinculada a la atención de los pacientes en nuestro país.

La escasa investigación desarrollada, publicada y accesible en nuestro país señala una oportunidad para el desarrollo de la investigación del status actual de la "*Cultura de la Seguridad*" imperante, para la posterior implementación de intervenciones destinadas a vencer barreras percibidas para el reporte de eventos adversos, evaluar el impacto de la implementación de sistemas de reporte anónimos o la creación de un comité de seguridad en una institución dedicada a la atención de pacientes con condiciones agudas o crónicas.

El interés está en el análisis del concepto de cultura organizacional y dentro de éste, intentamos conocer la cultura en la seguridad. Esta última está dada cuando las organizaciones favorecen una dedicación continua y prioritaria para el mejoramiento de la calidad. Más concretamente, estas organizaciones:

- 1) Reconocen en la naturaleza de la actividad que desarrollan una propensión a la ocurrencia de errores u accidentes,
- 2) Estimulan un ámbito de análisis del error no centrado en el individuo y en el que el reporte del mismo no se acompañe automáticamente de una penalidad o castigo,
- 3) Promueven la colaboración a distintos niveles jerárquicos para corregir los aspectos vulnerables y
- 4) Destinan recursos a mejorar la seguridad en forma sostenida.

4.7.2. Subculturas

Los resultados del estudio realizado por Sammer et al³⁹ que indica la existencia de siete subculturas de comportamiento profesional que aportan al entendimiento de la cultura de seguridad del paciente:

1. Liderazgo
2. Trabajo en equipo
3. Práctica basada en evidencia (EBP)
4. Comunicación
5. Actitud de aprendizaje
6. Justicia
7. Práctica centrada en el paciente.

Las autoras llaman la atención de considerar la cultura de seguridad como un fenómeno complejo que en el ejercicio profesional cotidiano no es fácil de operacionalizar, que debe estudiarse continuamente dentro de las organizaciones y sistemas de salud a escala mundial.

4.8 MARCO GEOGRAFICO DEL ESTUDIO

El presente estudio se desarrolló en el departamento de Cundinamarca y ocupa una superficie de 24.210 km²., siendo su población según proyecciones para el año 2015 de 10.558.824 habitantes incluyendo a Bogotá.

Figura No. 5. Departamento de Cundinamarca



Fuente: Mapa del departamento de Cundinamarca. <http://c0364889.cdn2.cloudfiles.rackspacecloud.com/wp-content/uploads/2011/10/mapa-cundinamarca.jpg> (Consultado el 03 de Julio de 2015)

Las instituciones en donde se llevó a cabo el estudio se encuentran ubicadas así:

La primera Institución al norte del departamento y se encuentra a la entrada al valle de Ubaté cuyo nombre oficial es Villa de San Diego de Ubaté en honor a su fundador. La localidad es conocida como la Capital Lechera de Colombia y tiene una población de 21.966 habitantes.

La segunda institución se encuentra ubicada en el municipio de Cáqueza, capital de la Provincia de Oriente, situado a 39 kilómetros del Área Metropolitana de Bogotá y tiene una población de 17.048 habitantes.

La tercera institución se encuentra ubicada en Bogotá la capital de la Republica de Colombia y del departamento de Cundinamarca, está constituida por 20 localidades y en donde se

encuentra ubicada una de las instituciones del estudio es en la localidad de Usaquén y su población está conformada por 449.621 habitantes.

La investigadora participante en este estudio se comprometió a garantizar que la información obtenida mediante los instrumentos de recolección de datos, o cualquier otro aplicado en el marco de esta investigación, era utilizado con exclusividad para los fines propuestos, solicitados e informados a las tres instituciones de salud y que sería utilizada respetando la confidencialidad exigida por las instituciones, razón por la cual en el presente estudio se describirán como Institución 1 la ubicada en Ubaté, Institución 2 ubicada en Cáqueza y la Institución 3 en Bogotá –localidad de Usaquén.

La Institución 1 es una Institución Prestadora de Servicios de Salud, catalogada como segundo nivel de atención. Tiene a disposición de sus clientes corporativos y usuarios 120 camas en el área de hospitalización, 8 en el área de urgencias, 3 salas de cirugía y es de carácter público.

La Institución 2 es una Institución Prestadora de Servicios de Salud, catalogada con segundo nivel de atención. Tiene a disposición de sus clientes corporativos y usuarios 100 camas en el área de hospitalización, 2 salas de cirugía y una de partos y es de carácter público.

La Institución 3 es una Institución Prestadora de Servicios de Salud, catalogada como tercer nivel. Tiene a disposición de sus clientes corporativos y usuarios 130 camas en el área de hospitalización y Unidad de Cuidados Intensivos, 4 salas de cirugía y es de carácter privado.

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

La investigación se abordó desde un método mixto (CUANTITATIVO-cualitativo), según Steckler et al. (1992), utilizando el modelo 3 que consiste en el uso de métodos cualitativos para explicar descubrimientos cuantitativos.

5.1.1 Enfoque Cuantitativo

Estudio observacional, descriptivo de corte transversal.

5.1.1.1. Población

Profesionales de la salud y profesionales en formación, que laboran o realizan sus prácticas en el área quirúrgica y que hacen parte de los equipos quirúrgicos de las especialidades médico – quirúrgicas de tres Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud (IPS), dos públicas y una privada que mantienen convenios docencia servicio, en Cundinamarca – Colombia.

5.1.1.2. Muestra

La muestra se selecciona por muestreo no probabilístico por conveniencia de un total de quince equipos quirúrgicos de cualquier especialidad conformados por profesionales y estudiantes en salud, en cada Institución Prestadora de Servicios se elegirán cinco (5) equipos quirúrgicos.

5.1.1.3 Criterios de elegibilidad

Criterios de Inclusión

- Personal de salud integrante del equipo quirúrgico que tengan vinculación laboral con la institución hospitalaria en la cual se realicen las observaciones.
- Estudiantes que realicen prácticas en la institución en el marco de convenios docencia servicio y que sean partícipes del procedimiento quirúrgico.

Criterios de exclusión

- Personal de salud integrante del equipo quirúrgico que no acepten participar en el estudio.

5.1.1.4. Variables.

Las variables que se tuvieron en cuenta en este estudio son las adaptadas para Colombia por el Ministerio de Salud y Protección Social que aparecen en el instrumento "Encuesta clima de seguridad del paciente que aparece en el anexo 3 de los "Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente".

Tabla 4. Variables del Instrumento de Cultura de Seguridad de Paciente adaptado para Colombia.

DIMENSION	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	CATEGORIZACION	MEDICIÓN	ESCALA
Características Sociodemográficas de los encuentros 4 ITEMS	AREA DE TRABAJO PRINCIPAL	División administrativa de una empresa o Institución.	Departamento o servicios de la Institución Prestadora IPS a la cual se encuentra adscrito el individuo observado.	Cualitativa Nominal	¿Cuál es su principal área de trabajo, en esta Institución?	1.Cirugía 2.Central
	TIEMPO TRABAJANDO EN EL HOSPITAL	Duración del contrato del individuo en la IPS.	Tiempo transcurrido entre la contratación del individuo en la Institución hasta el día de la observación.	Cualitativa Ordinal	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución? (H1)	a. Menos de 1 año b. de 1 a 5 años c. de 6 a 9 años d. de 10 a 20 años e. 21 años o mas
	TIEMPO TRABAJANDO EN LA UNIDAD O AREA	Duración de la prestación del servicio del individuo en una división administrativa de una empresa	Tiempo transcurrido entre la contratación del individuo en la Institución hasta el día de la observación prestando sus servicios a la dependencia a la que actualmente pertenece.	Cualitativa Ordinal	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su área? (H2)	a. Menos de 1 año b. de 1 a 5 años c. de 6 a 9 años d. de 10 a 20 años e. 21 años o mas
	TIEMPO TRABAJADO EN EL HOSPITAL	Unidad de tiempo en el cual se realiza una labor.	Número de horas a la semana que trabaja el individuo en la Institución.	Cualitativa Ordinal	¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en la institución? (H3)	a. Menos de 1 año b. de 1 a 5 años c. de 6 a 9 años d. de 10 a 20 años e. 21 años o mas

Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueve la seguridad. 4 ITEMS	COMENTARIOS FAVORABLES DEL JEFE	Apreciación oral de apoyo por parte del jefe inmediato a un trabajador.	Apreciación oral favorable del jefe inmediato ante el desarrollo de procedimientos establecidos en la IPS para garantizar la seguridad el paciente	Cualitativa Ordinal	Mi jefe hace comentarios favorables cuando cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad del pacientes (B1)	1. Muy de acuerdo 2. Algo de acuerdo. 3. Nien acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.
	ACEPTACIÓN DE SUGERENCIAS	Recibir voluntariament e un consejo.	Percepción del personal frente a la actitud del jefe para recibir de manera adecuada consejos por parte sus subalternos	Cualitativa Ordinal	Mi jefe acepta las sugerencias para mejorar la seguridad de los pacientes (B2)	1. Muy de acuerdo 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.
	ACCIONES DEL JEFE BAJO PRESIÓN	Desarrollo de actividades de la autoridad ante situaciones de tensión o urgencia.	Percepción del personal frente al desempeño de las actividades de la autoridad ante situaciones de tensión o urgencia en la prestación del servicio de salud.	Cualitativa Ordinal	Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes (B3)	1. Muy de acuerdo 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.
	FEEDBACK DE LOS PROBLEMAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR PARTE DEL JEFE	Reaccionar ante los problemas de seguridad del paciente por parte de la autoridad del trabajador	Percepción del personal frente a la toma en cuenta de los problemas de seguridad del paciente identificados en el servicio por parte del jefe para modificar prácticas.	Cualitativa Ordinal	Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otras vez (B4)	1. Muy de acuerdo 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.
Aprendizaje organizacional. Mejoramiento continuo 3 ITEMS	PARTICIPACIÓN ACTIVA	Desarrollo de acciones de manera diligente y eficaz por parte del equipo de trabajo	Percepción del trabajador frente al desarrollo de acciones de diligencia y eficaces para mejorar la seguridad del paciente	Cualitativa Ordinal	Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente (A6)	1. Muy de acuerdo 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.

	CAMBIOS A PARTIR DE RETROALIMENTACION	Modificación de las prácticas de los trabajadores a partir de los errores identificados.		Cualitativa Ordinal	El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos (A9)	1. Muy de acuerdo 2. Algo de acuerdo 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.
	EVALUACION DE CAMBIOS	Valoración de los cambios implementados en el trabajo	Valoración de la efectividad de los cambios implementados en la prestación del servicio para mejorar la seguridad del paciente.	Cualitativa Ordinal	Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad del paciente, evaluamos la efectividad (A13)	1. Muy de acuerdo. 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.
Trabajo en equipo dentro de las áreas	APOYO EXTERNO	Colaboración en las actividades laborales de un servicio por parte de personal de otras áreas	Colaboración en el desarrollo de las actividades propias del servicio quirúrgico por parte de personal de otras áreas.	Cualitativa Ordinal	Cuando su área está realmente ocupada, otras le ayudan (A11)	1. Muy de acuerdo. 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.
	APOYO INTERNO	Colaboración entre los trabajadores de una misma división o servicio para el desarrollo de las actividades propias.	Colaboración en el desarrollo de las actividades entre los trabajadores del servicio quirúrgico.	Cualitativa Ordinal	En esta área la gente se apoya mutuamente (A1)	1. Muy de acuerdo. 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.

Trabajo en equipo dentro de las áreas 4 ITEMS	TRABAJO EN EQUIPO	Serie de estrategias, procedimientos y metodologías que utiliza un grupo humano para lograr las metas propuestas.	Trabajo colaborativo para el cumplimiento de las actividades derivadas del servicio quirúrgico, ante una alta demanda.	Cualitativa Ordinal	Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo (A3)	1. Muy de acuerdo. 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.
	RESPECTO	Manifestaciones de acatamiento que se hacen por cortesía.	Manifestación de tolerancia y diferencia por el otro al interior del grupo de trabajo del servicio quirúrgico.	Cualitativa Ordinal	En esta área el personal se trata con respeto (A4)	1. Muy de acuerdo. 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.
Actitud de comunicación abierta 3 ITEMS	ESPONTANEIDAD DE OPINION	Expresión natural y de fácil pensamiento.	Percepción del personal frente a la posibilidad de Expresión libre de un trabajador del servicio quirúrgico para manifestar a otros que algo puede estar afectando negativamente el cuidado del paciente.	Cualitativa Ordinal	El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente (C2)	1. Muy de acuerdo. 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.
	CUESTIONAMIENTO DE DECISIONES/ ACCIONES	Poner en duda una decisión tomada por alguien	Percepción del personal frente a manifestar libremente el cuestionamiento de decisiones o acciones de personal con mayor autoridad.	Cualitativa Ordinal	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad (C4)	1. Muy de acuerdo. 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.

RESPUESTA NO PUNITIVA AL ERROR 3 ITEMS	ACCIONES PUNITIVAS	Manifestaciones de castigo.	Percepción del personal frente a las acciones por parte de compañeros y empleados de carácter punitivo ante la ocurrencia de errores en la prestación del servicio.	Cualitativa Ordinal	El personal siente que sus errores son usados en su contra (A8)	1. Muy de acuerdo. 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.
	DENUNCIA DE TRABAJADOR	Participar o declarar oficialmente el estado ilegal, irregular o inconveniente de algo.	Percepción del personal ante reporte de un evento adverso más como denuncia del trabajador y no como reporte del evento	Cualitativa Ordinal	Cuando se informa de un evento adverso se siente que está siendo denunciada que la persona y no el problema (A12)	1. Muy de acuerdo. 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.
	PREOCUPACION POR AFECTACION DE HOJA DE VIDA	Producir intranquilidad, temor, angustia o inquietud por perjudicar la hoja de vida del trabajado.	Sensación de trabajador de intranquilidad, temor, angustia o inquietud por el registro de errores relacionados con la seguridad del paciente queden registrados en su Hoja de Vida.	Cualitativa Ordinal	Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida (A16)	1. Muy de acuerdo. 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.
Personal 4 ITEMS	SUFICIENCIA DE PERSONAL	Cantidad de persona adecuada para cubrir la demanda de trabajo en una división o servicio.	Percepción del personal referenta a la cantidad adecuada de personal para cubrir la demanda de trabajo del servicio quirúrgico.	Cualitativa Ordinal	Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo (A2)	1. Muy de acuerdo. 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.

	HORARIO DE TRABAJO ADECUADO	Tiempo durante el cual se desarrolla habitual o regularmente una acción o se realiza una actividad.	Percepción del personal frente a sí el tiempo durante el cual el personal del servicio quirúrgico desarrolla sus actividades es el adecuado para el cuidado del paciente.	Cualitativa Ordinal	El personal en esta área trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente (A5)	1. Muy de acuerdo. 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.
	PERSONAL TEMPORAL PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE	Cantidad de persona temporal adecuado para cubrir la demanda de trabajo en una división o servicio.	Percepción del personal referente a la cantidad adecuada de personal temporal para cubrir la demanda de trabajo del servicio quirúrgico.	Cualitativa Ordinal	Usamos más personal temporal de lo adecuado para el cuidado del paciente (A7)	1. Muy de acuerdo. 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.
	SITUACION DE URGENCIA	Suceso o evento que implica el desarrollo de acciones rápidas y apremiantes.	Percepción del personal frente a la situación de trabajo que implique el desarrollo de acciones rápidas y apremiantes de manera permanente en el servicio quirúrgico de manera frecuente.	Cualitativa Ordinal	Frecuentemente, trabajamos en "situación de urgencia" intentando hacer mucho rápidamente (A14)	1. Muy de acuerdo. 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.
Apoyo y soporte de la IPS para la seguridad del paciente 3 ITEMS	PROMOCIÓN DE LA SEGURIDAD POR DIRECTIVOS	Iniciar o impulsar la seguridad del paciente, procurando su logro, por parte de la Máxima Autoridad de la Institución.	Percepción del personal referente a las acciones de la máxima Autoridad de la Institución para impulsar la seguridad del paciente, procurando su logro.	Cualitativa Ordinal	La dirección de la institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente (F1)	1. Muy de acuerdo. 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.

	COHERENCIA DE LA IMPORTANCIA DE LA SEGURIDAD CON LA MEDIDAS DE LA DIRECCIÓN	Relación entre la importancia o relevancia de la seguridad del paciente y las medidas implementadas por la Dirección de la Institución.	Percepción del personal referente a la importancia de la seguridad del paciente en la Institución a partir de las medidas tomadas por la Dirección de la Institución.	Cualitativa Ordinal	Las medidas que toma la dirección de esta institución muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria (F8)	1. Muy de acuerdo. 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.
	INTERES DE LA DIRECCIÓN POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ANTE UN EVENTO ADVERSO	Inclinação de la máxima autoridad de la institución hacia la seguridad del paciente ante la ocurrencia de un evento adverso(EA)	Percepción del personal frente a la inclinación que tiene la Dirección del Hospital por la seguridad del paciente solamente ante la ocurrencia de un evento adverso (EA).	Cualitativa Ordinal	La dirección de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso (F9)	1. Muy de acuerdo. 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.
Trabajo en equipo dentro de las áreas del hospital 4 ITEMS	COORDINACIÓN ENTRE ÁREAS	Concertar medios, esfuerzos, etc, para una acción común.	Percepción del personal referente al trabajo articulado y sincronizado entre las áreas de la institución.	Cualitativa Ordinal	Las áreas de esta institución no están bien coordinadas entre s (F2)	1. Muy de acuerdo. 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.
	COOPERACION ENTRE ÁREAS	Obrar juntamente con otro u otros para un mismo fin.	Percepción del personal referente al trabajo cooperativo adecuado entre las áreas de la institución.	Cualitativa Ordinal	Hay buena cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar conjuntamente (F4)	1. Muy de acuerdo. 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.

	DESAGRADO PARA TRABAJAR CON OTRAS AREAS	Disgusto o descontento ante la situación de trabajar con personas de otras áreas de la misma Institución.	Percepción del personal referente Disgusto o descontento ante la situación de trabajar con personas de otras áreas de la misma Institución.	Cualitativa Ordinal	Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas en esta institución (F6)	1. Muy de acuerdo. 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.
	TRABAJO CONJUNTO	Obra, resultado de una actividad humana producto de varias personas.	Percepción del personal frente al trabajo conjunto entre las áreas de la Institución para la atención adecuada del paciente.	Cualitativa Ordinal	Las áreas de la institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes (F10)	1. Muy de acuerdo. 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.
Transiciones y no intervenciones del hospital 4ITEMS	CONTINUIDAD DE ATENCION DEL PACIENTE ANTE TRASLADOS DE AREAS	El proceso de atención se mantiene a pesar del traslado del individuo entre áreas	Percepción del personal respecto al proceso de atención del paciente se mantiene a pesar del traslado del paciente de un servicio a otro.	Cualitativa Ordinal	La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando estos se transfieren de un área a otra (F3)	1. Muy de acuerdo. 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.
	PÉRDIDA DE LA INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO DEL PACIENTE	Carencia o privación de la información que en determinado momento se poseía relacionada con el cuidado del paciente.	Percepción del personal referente a la pérdida de información que en determinado momento se poseía relacionada con el cuidado del paciente.	Cualitativa Ordinal	Frecuentemente se pierde la información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno (F5)	1. Muy de acuerdo. 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.

	PROBLEMAS DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN	Dificultades relacionadas con la información del paciente en el intercambio de información del paciente	Percepción del personal relacionada con las dificultades relacionadas con el intercambio de información del paciente entre un área y otra.	Cualitativa Ordinal	A menudo surgen problemas en el intercambio de la información entre las áreas de la Institución (f7)	1. Muy de acuerdo. 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.
	PROBLEMAS EN CAMBIOS DE TURNO	Dificultades relacionadas con la atención del paciente derivado de los cambios de turno.	Percepción del personal respecto a la ocurrencia de problemas de la atención del paciente derivados de los cambios de turno del personal de cirugía.	Cualitativa Ordinal	Los cambios de turno en esta institución generan problemas para los pacientes (F11)	1. Muy de acuerdo. 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.
Percepciones generales de la seguridad 3 ITEMS	PERCEPCION DE LA SEGURIDAD EN EL SERVICIO COMO CASUALIDAD	Opinión del personal respecto a la no ocurrencia de eventos adversos debido a la casualidad.	Percepción del personal frente a que la no ocurrencia de eventos adversos en el servicio quirúrgico se debe a solo casualidad y no deriva de las prácticas seguras.	Cualitativa Ordinal	Es solo por casualidad que acá no ocurran errores más serios (A10)	1. Muy de acuerdo. 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.
	PERCEPCIÓN DE TRABAJO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Opinión del personal de las actividades laborales que implican el mantener la seguridad del paciente.	Percepción del personal respecto a la carga de trabajo que implica mantener la seguridad del paciente	Cualitativa Ordinal	La seguridad del paciente nunca se compromete a hacer más trabajo. (A15)	1. Muy de acuerdo. 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.

	PERCEPCION SEGURIDAD	Opinión del personal de los niveles de seguridad del servicio.	Percepción del personal referente a los niveles de seguridad del servicio quirúrgico a partir de la presentación de eventos adversos en el servicio.	Cualitativa Ordinal	Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes es esta área (A17)	1. Muy de acuerdo. 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.
	EFFECTIVIDAD DE PRPCEDI-MIENTOS	Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera de los procedimientos implementados .	Percepción del personal respecto a la Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera de los procedimientos implementados de seguridad del paciente en el servicio de cirugía.	Cualitativa Ordinal	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que pueda ocurrir (A18)	1. Muy de acuerdo. 2. Algo de acuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. Algo en desacuerdo. 5. Muy en desacuerdo.
Frecuencia de reporte de Eventos 3 ITEMS	FRECUENCIA DE REPORTE DE INCIDENTE	Número de veces que se repite el reporte de incidentes adversos en un determinado tiempo.	Percepción del personal respecto a la frecuencia que se reporta su acción de error que implica solo un incidente adverso.	Cualitativa Ordinal	¿Cuándo se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado? (D1)	1. Nunca. 2. Rara vez 3. Normalmente. 4. Muchas veces. 5. Siempre
	FRECUENCIA DE REPORTE DE ERRORES NO INCIDENTE	Número de veces que se repite el reporte de sucesos que no representan un incidente adverso en un determinado tiempo.	Percepción del personal respecto a la frecuencia que se reporta su acción de error que no implica un incidente adverso.	Cualitativa Ordinal	Cuando se comete un error, pero no es potencial de dañar al paciente, que tan frecuentemente es reportado? (D2)	1. Nunca. 2. Rara vez 3. Normalmente. 4. Muchas veces. 5. Siempre
	FRECUENCIA DE REPORTE DE INCIDENTE	Número de veces que se repite el reporte de incidentes adversos en un determinado tiempo.	Percepción del personal respecto a la frecuencia que se reporta su acción de error que implica solo un incidente adverso.	Cualitativa Ordinal	¿Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, que tan	1. Nunca. 2. Rara vez 3. Normalmente. 4. Muchas veces. 5. Siempre

					frecuentemente es reportado? (D3)	
Número de eventos reportados 1 ITEM	EVENTOS ADVERSOS REPORTADOS	Número de eventos adversos (daños en el paciente) reportados a la autoridad competente.	Número de eventos adversos (daños en los pacientes) reportados por el encuestado a la autoridad competente.	Cuantitativa discreta	En los pasados 12 meses ¿Cuántos reportes de eventos adversos/errores /fallas de la atención/indicios de atención insegura ha diligenciado y enviado? (G1)	1. Ninguno. 2.1 a 2 reportes. 3.3 a 5 reportes. 4.6 a 10 reportes. 5.11 a 20 reportes.
Grado de seguridad del paciente 1 ITEM	GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Percepción estimada que tienen los trabajadores sobre las situaciones de riesgo en el área.	Cuantitativa ordinal	Por favor asigne a su área de trabajo un grado en general de seguridad del paciente.	1. Excelente. 2. Muy bueno. 3. Aceptable 4. Pobre 5. Malo
	CARGO	Asignación laboral a un trabajador	Cargo/rol que ocupa el individuo al momento de la encuesta.	Cualitativa Ordinal	Cuál es su cargo en la Institución? (H4)	1. Cirujano. 2. Anestesiólogo. 3. Instrumentador Quirúrgico. 4. Enfermero Jefe. 5. Auxiliar de enfermería.
	TIPO DE CONTRATO	Modelo de contratación o vinculación laboral de un trabajador a una empresa	Modelo de contratación o vinculación laboral de los integrantes del equipo quirúrgico observados.	Cualitativa Nominal	¿Qué tipo de contrato tiene?	a. Planta de cargos b. Cooperativa c. Prestación de servicios
	INTERACCIÓN CON PACIENTES	Contacto o relación con pacientes derivados de la prestación de un servicio.	Contacto del trabajador de la salud observado con el paciente derivado de la atención del paciente.	Cualitativa Nominal	En su cargo ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?	1. SI 2. NO.
	TIEMPO DE EXPERIENCIA	Duración que el trabajador lleva ejerciendo una labor específica.	Tiempo transcurrido entre el inicio del ejercicio laboral del trabajador de la salud a la fecha de la encuesta.	Cuantitativa discreta	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actuar profesional?	a. menos de un año b. de 1 a 5 años

						c. de 6 a 10 años d. de 11 a 20 años c. 21 años o mas
--	--	--	--	--	--	---

Tabla 5. Variables del Instrumento de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.

DOMINIO	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	CATEGORIZACION	MEDICIÓN	ESCALA
Antes de la inducción anestésica	CONFIRMACIÓN DE IDENTIDAD DEL PACIENTE	Corroborar la información relacionada con la identidad del paciente	Se corrobora la información relacionada con la identidad del paciente por parte del equipo quirúrgico.	Cualitativa Nominal	Observación	1. SI 2. NO.
	CONFIRMACIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO	Corroborar la información relacionada con el sitio quirúrgico	Se corrobora la información relacionada con el sitio quirúrgico por parte del equipo quirúrgico.	Cualitativa Nominal	Observación	1. SI 2. NO.
	CONFIRMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO	Corroborar la información relacionada con el procedimiento a realizar.	Se corrobora la información relacionada con el procedimiento quirúrgico a realizar por parte del equipo quirúrgico.	Cualitativa Nominal	Observación	1. SI 2. NO.
	CONFIRMACIÓN DEL CONSENTIMIENTO	Corroborar la información relacionada con el consentimiento informado del paciente.	Se corrobora la firma de los cometimientos informados del paciente para el desarrollo del procedimiento quirúrgico por parte del equipo quirúrgico.	Cualitativa Nominal	Observación	1. SI 2. NO.

Antes de la incisión cutánea	DEMARCAACION	Delinear o señalar los límites de algo.	Se realiza la delimitación o señalización de la incisión quirúrgica a realizar por parte del cirujano.	Cualitativa Nominal	Observación	1. SI 2. NO.
	CONTROL DE SEGURIDAD ANESTESIA	Comprobación de las condiciones de seguridad de anestesia.	Se comprueba de manera completa las condiciones de seguridad de la anestesia	Cualitativa Nominal	Observación	1. SI 2. NO.
	FUNCIONAMIENTO DE PULSOXIMETRO	Verificación de la ejecución de las funciones del pulsioxímetro.	Se verifica la colocación y el funcionamiento adecuado del pulsioxímetro.	Cualitativa Nominal	Observación	1. SI 2. NO.
	ALERGIAS	Identificación de alergias del paciente.	Se indaga si el paciente tiene alergias conocidas.	Cualitativa Nominal	Observación	1. SI 2. NO.
	VIA AEREA DIFICIL	Identificación de riesgo de aspiración del paciente.	Se verifica si el paciente cuenta con una vía aérea difícil o tiene riesgos de aspiración.	Cualitativa Nominal	Observación	1. SI 2. NO.
	RIESGO DE HEMORRAGIA	identificación de riesgos de Hemorragia	Se identifica si el paciente tiene riesgos de hemorragia para el procedimiento previsto. Mayor a 500 ml en adultos y 7 ml/kg en niños.	Cualitativa Nominal	Observación	1. SI 2. NO.
PAUSA QUIRÚRGICA	CONFIRMACION DE LA PRESENTACION DEL EQUIPO QUIRURGICO	Corroborar la presentación de los miembros del equipo quirúrgico al paciente.	Se corrobora que todos los miembros del equipo quirúrgico se presentaron con el paciente.	Cualitativa Nominal	Observación	1. SI 2. NO.
	PREVISIÓN DEL CIRUJANO	Verificación del cirujano de aspectos que representan riesgo para el paciente	El cirujano revisa los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista.	Cualitativa Nominal	Observación	1. SI 2. NO.

	PREVISIÓN DEL ANESTESIOLOGO	Verificación del anestesiólogo de aspectos que representan riesgo para el paciente	El Anestesiólogo revisa si el paciente presenta algún problema específico	Cualitativa Nominal	Observación	1. SI 2. NO.
	PREVISIÓN DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA	Verificación del instrumentador quirúrgico de aspectos que representan riesgo para el paciente	El instrumentador quirúrgico revisa si se ha confirmado la esterilidad con resultados de los indicadores y si existen dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos.	Cualitativa Nominal	Observación	1. SI 2. NO.
	ADMINISTRACION DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA	Suministrar antibiótico con fines profilácticos	Administración de dosis de antibioticoterapia profiláctica	Cualitativa Nominal	Observación	1. SI 2. NO.
	VISUALIZACION DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS ESCENCIALES	Observar las imágenes diagnosticas esenciales del paciente	Disposición de las imágenes diagnosticas del paciente en un lugar visible.	Cualitativa Nominal	Observación	1. SI 2. NO.
SALIDA	CONFIRMACION DE NOMBRE PROCEDIMIENTO REALIZADO	Verificación del nombre del procedimiento quirúrgico realizado	El enfermero confirma verbalmente con el equipo la verificación del nombre del procedimiento quirúrgico realizado al paciente	Cualitativa Nominal	Observación	1. SI 2. NO.
	CONFIRMACION DE RECuento MATERIALES	Verificación del recuento de material intraquirúrgico	El Instrumentador Quirúrgico verifica que los recuentos de instrumentos, gasas, compresa, agujas y otros elementos son correctos.	Cualitativa Nominal	Observación	1. SI 2. NO.

SALIDA	ETIQUETADO DE MUESTRAS	Señalización de muestra con los datos del paciente	Se marcan las muestras extraídas del paciente con los datos de identificación del mismo y de la muestra	Cualitativa Nominal	Observación	1. SI 2. NO.
	PROBLEMAS RELACIONADOS CON INSTRUMENTAL O EQUIPOS	Presencia de dificultades con instrumental y equipos médicos	Identificación de problemas con instrumental y equipos médicos.	Cualitativa Nominal	Observación	1. SI 2. NO.
	REVISION ASPECTOS DE RECUPERACIÓN Y TRATAMIENTO	Verificación de los aspectos de recuperación y tratamiento requeridos por el paciente.	El Cirujano, el anestesiólogo y el enfermero revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente.	Cualitativa Nominal	Observación	1. SI 2. NO.

5.1.2 Enfoque Cualitativo

La fase cualitativa se desarrolla mediante la observación de la adaptación de la política de seguridad del paciente, en las mismas tres Instituciones Prestadoras de Salud y en los mismos quince equipos quirúrgicos. Se desarrollan dos momentos en este enfoque.

5.1.2.1 Observación no participante

Es el primer momento del enfoque cualitativo, en el estudio el investigador solo observará a los equipos quirúrgicos y no interactuará directamente con ningún integrante del equipo, utilizará el instrumento como guía para la realización de sus observaciones.

5.1.2.2 Entrevista

Es el segundo momento del enfoque cualitativo y se llevará a cabo después de haber aplicado las encuestas descritas en el enfoque cuantitativo y al finalizar la observación no participante, se escucharán a los participantes para ampliar la información recolectada de los instrumentos aplicados por medio de una entrevista estandarizada y la apreciación que se tiene sobre la cultura de seguridad del paciente.

5.2 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se tomaron tres instrumentos para recolectar la información relacionada con la cultura de seguridad de pacientes así:

5.2.1 Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el Sistema Único de Habilitación

Este instrumento es de autoría del Ministerio de Salud y Protección Social, de la oficina de Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria; fue diseñado para evaluar las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el Sistema Único De Habilitación y permite verificar el cumplimiento de la Resolución 2003 de 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

La versión que aparece publicada en el Repositorio Digital de Información (RID), en la página institucional del Ministerio de Salud y Protección de Colombia, es para consulta y utilización de acceso libre. (Ver anexo 3).

- **Ítems y dimensiones de las buenas prácticas de seguridad del paciente que mide la lista de chequeo**

Los ítems de la lista de chequeo, se agrupan en un total de 10 dimensiones, el análisis de las respuestas para este estudio en particular se hace para cada dimensión en su conjunto. En todos los casos se verifica el cumplimiento de las instituciones prestadoras de servicios.

La versión del RID, trata de una lista que puede ser auto administrada y en el caso de este estudio se complementa la verificación con la entrevista a los líderes de los procesos de calidad de cada institución que quieran ampliar o aclarar la información recogida en cada uno de los ítems y dimensiones que sirven para identificar las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias dentro del Sistema Único de Habilitación con base en la normatividad vigente.

Tabla 6. Dimensiones de las buenas prácticas de seguridad de pacientes

1. Contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adverso		
a. Plataforma Estratégica de la seguridad	3 ítems	Cumple/No Cumple
b. Fortalecimiento de la cultura institucional	1 ítem	Cumple/No Cumple
c. Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos	2 ítems	Cumple/No Cumple
d. Procesos seguros	5 ítems	Cumple/No Cumple
2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente		
Evaluación de adherencia de guías asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente y seguimiento de indicadores	2 ítems	Cumple/No Cumple
3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud		
Evidencia documental de análisis de causas del evento adverso, protocolos institucionales por servicio o unidad, medición de adherencia a las guías y protocolos y medición de indicadores de infección.	16 ítems	Cumple/No Cumple

4. Mejorar la seguridad en la utilización de medición.		
Evidencia documental de causa del evento adverso, procesos para la dispensación, administración, almacenamiento de medicamentos, registros en la historia clínica y medición de adherencia a los protocolos y documentos de acciones de mejora.	10 ítems	Cumple/No Cumple
5. Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales		
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso de lesiones por identificación incorrecta del usuario, protocolos, uso de manillas de marcación, medición de adherencia a los protocolos.	4 ítems	Cumple/No Cumple
6. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos		
Evidencia documental de causa del evento adverso de lesión por error en la realización en procedimientos quirúrgicos y aplicación de la lista de chequeo para cirugía.	2 ítems	Cumple/No Cumple
7. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas		
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso de lesiones por caídas asociadas a la atención de salud, clasificación de los riesgos, protocolos para minimizar el riesgo y medición de adherencia a los protocolos	4 ítems	Cumple/No Cumple
8. Prevenir las úlceras por presión		
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso de lesiones por presencia de úlceras por presión, clasificación del riesgo, protocolos para la minimización de riesgos de aparición de úlceras por presión y medición de adherencia a los protocolos y documentación de acciones de mejora.	4 ítems	Cumple/No Cumple
9. Garantizar la atención segura del binomio madre hijo		
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso de lesión por inadecuada atención de la gestante o al recién nacido, evidencia de guías o protocolos para la atención prioritaria en el período prenatal, atención del parto y puerperio, medición de adherencia a las guías y protocolos y documentación de acciones de mejora.	7 ítems	Cumple/No Cumple
10. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea		
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso y reacción adversa asociada a disponibilidad y uso de sangre y componentes sanguíneos, protocolos o guías para la gestión segura de la sangre y los componentes sanguíneos desarrollado o adoptado por la institución, programa de seguimiento institucional y medición de adherencia al protocolo o guía clínica para la gestión segura de la sangre y componentes, documentación de acciones de mejora.	4 ítems	Cumple/No Cumple

Fuente: Ministerio de salud y protección social. Dirección de Prestación de Servicios. Lista de Chequeo para las buenas de prácticas de seguridad de pacientes. 2014.

5.2.2 Encuesta de clima de seguridad del paciente

Este instrumento fue adaptado para Colombia por el Ministerio de Salud y protección social, se encuentra publicado en el anexo 3 de la Resolución 0112 de 2012 “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente”.

La versión que aparece en “Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente”, corresponde a la versión española “Hospital Survey on Patient Safety Culture”, en el marco del proyecto CUSEP llevado a cabo por el Grupo de Investigación de la Gestión de la Calidad de la Universidad de Murcia y cuya versión original de la Agency for Health Care Research and Quality –AHRQ. www.ahrq.gov (Financiado por el FIS: 06/1875). (Ver anexo 4).

- **Items y dimensiones de la cultura de seguridad que mide el cuestionario**

Las preguntas del cuestionario original se agrupan en un total de 12 dimensiones. El análisis de las respuestas para este estudio en particular se hace para cada dimensión en su conjunto. En todos los casos se indaga la percepción que tienen los profesionales y estudiantes que responden. Tanto en su versión original como en la adaptada, se trata de un cuestionario auto administrado, y los ítems y dimensiones para medir la cultura de seguridad son los mismos.

Tabla 7. Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente

A. CULTURA DE SEGURIDAD	
1.Frecuencia de reporte de eventos	Preguntas 48- D1, 49- D2,50-D3
5. Percepción de seguridad	Preguntas 44- A10, 45- A15, 46-A17, 47-A18
B. CULTURA DE LA SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDAD O SERVICIO	
3.Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueve la seguridad	Preguntas 9-B1, 10-B2, 11-B3, 12-B4
4.Aprendizaje organizacional, mejoramiento continuo	Preguntas 13-A6,14-A9,15- A13
5.Trabajo en equipo dentro de las áreas	Preguntas 16-A11, 17-A1, 18-A3, 19-4
6.Actitud de comunicación abierta	Preguntas 20-C2, 21-C4, 22-C6
7.Retroalimentación y comunicación sobre el error	Preguntas 23-C1, 24-C3, 25-C5
8.Respuesta no punitiva al error	Preguntas 26-A8 ,27-A12,28-A16
9.Personal	Preguntas 29-A2,30-A5,31-A7, 32-A14
10. Apoyo y soporte del hospital para la seguridad del paciente.	Preguntas 33-F1,34-F8,35-F9
C. CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE TODO EL HOSPITAL	
11.Trabajo en equipo dentro de las áreas del hospital	36-F2,37-F4,38-F6,39-F10
12.Transiciones y no intervenciones del hospital	40-F3, 41-F5, 42-F7, 43-F11

Fuente: Resolución 0112 de 2012 “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente” – Colombia. Cuestionario sobres seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

- **Consistencia interna de las dimensiones del cuestionario**

La consistencia interna de cada una de las dimensiones en la versión en español, calculando el α de Cronbach, se presenta en la siguiente tabla. En todos los casos, la fiabilidad es de aceptable a excelente, a pesar de que el número de ítems que incluye cada dimensión es relativamente pequeño y dado que el α de Cronbach tiende a aumentar con el número de ítems considerados⁵².

Tabla 8. Fiabilidad de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente

Dimensión	Alfa de Cronbach*
1. Frecuencia de reporte de eventos	0.88
2. Percepción de seguridad	0.65
3. Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueve la seguridad	0.84
4. Aprendizaje organizacional, mejoramiento continuo	0.68
5. Trabajo en equipo dentro de las áreas	0.82
6. Actitud de comunicación abierta	0.66
7. Retroalimentación y comunicación sobre el error	0.73
8. Respuesta no punitiva al error	0.65
9. Personal	0.64
10. Apoyo y soporte del hospital para la seguridad del paciente.	0.81
11. Trabajo en equipo dentro de las áreas del hospital	0.73
12. Transiciones y no intervenciones del hospital	0.74

(*): >0.6: aceptable; >0,7: buena ;> 0.8: excelente

Fuente: Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

5.2.3 Lista de verificación de la seguridad de la cirugía

Este instrumento fue publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), adoptado para Colombia por el Ministerio de Salud y Protección Social, se encuentra publicado en la página institucional en anexo 1 del documento "Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos".

La versión que aparece en "Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos", corresponde al departamento de Seguridad del Paciente de la OMS quien creó el programa "La cirugía salva vidas", los expertos han identificado 10 objetivos fundamentales para la seguridad del paciente que han sido recogidos en la "Lista de verificación de la seguridad de la cirugía"⁵³ y se encuentra disponible en www.who.int/safesurgery, dejando salvedad que puede modificarse y ser adaptada a las necesidades o contextos de los países o centros sanitarios. (Ver anexo 5).

- **Items y dimensiones de la cultura de seguridad de la cirugía**

Las preguntas del cuestionario original se agrupan en un total de 3 dimensiones. El análisis de las respuestas para este estudio en particular se hace para cada dimensión en su conjunto. En todos los casos se indaga la percepción que tienen los profesionales y estudiantes que responden. Tanto en su versión original como en la adaptada, se trata de un cuestionario auto administrado, y la los ítems y dimensiones para medir la cultura de seguridad son los mismos.

Tabla 9. Dimensiones de la cultura de seguridad de la cirugía

1. Entrada		
1. Antes de la inducción de la anestesia	7 ítems	Si/No
2. Pausa quirúrgica		
2. Antes de la incisión cutánea	7 ítems	Si/No
3. Salida		
3. Antes de que el paciente salga del quirófano	5 ítems	Si/No

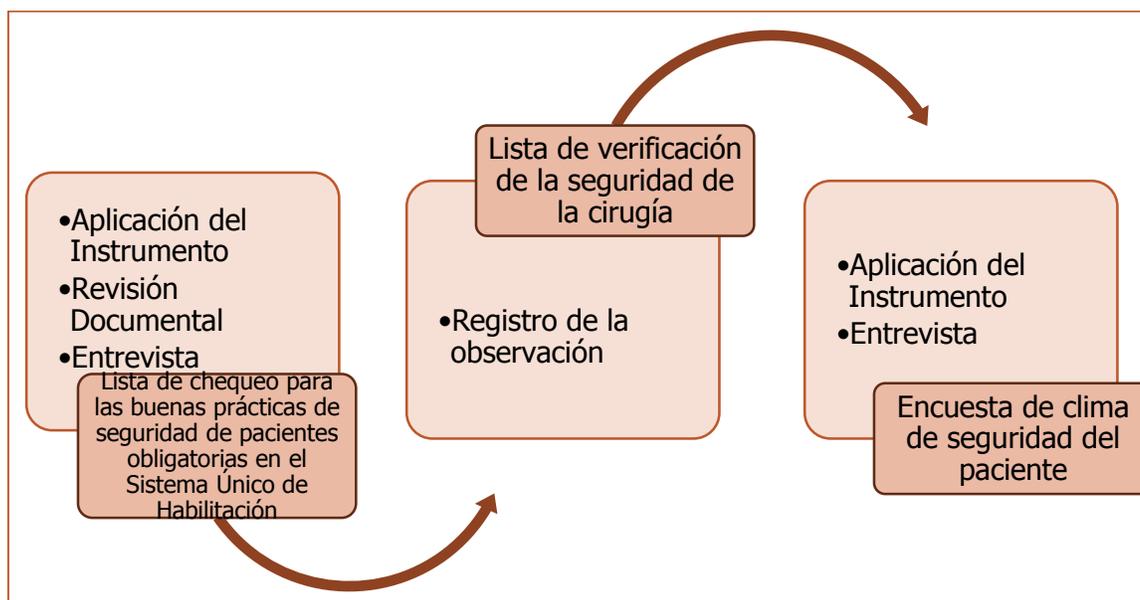
Fuente: Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente. La Cirugía Salva Vidas Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación. (1ª Edición). 2008

5.3 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

A continuación se describe como se llevó a cabo el procedimiento para la recolección de la información para este estudio.

- Se aplicó el instrumento "Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el Sistema Único de Habilitación" a los líderes de procesos de calidad en cada institución y posterior a su aplicación, se procedió a revisar la existencia de la documentación solicitada en el instrumento y por último se realizó una entrevista teniendo como guía el mismo instrumento, para que justifiquen o amplíen la información allí recogida.
- Se procedió a llevar registro de la observación de cada equipo quirúrgico para identificar el uso detallado de la "Lista de verificación de la seguridad de la cirugía".
- Se aplicó el instrumento "Encuesta de clima de seguridad del paciente", publicada por el Ministerio de Salud en el documento de "Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente", posterior a la observación de cada procedimiento quirúrgico y por último se realizó una entrevista a cada miembro del equipo teniendo como guía el mismo instrumento, para que justifiquen o amplíen la información allí recogida.

Figura No. 6. Procedimiento para la recolección de la información.



Fuente: Diagrama de proceso "Flujo alternativo" para enfatizar la interacción o las relaciones entre los grupos de información. Microsoft Office Word® 2010. El diseño corresponde a la autora para fines de esta investigación.

5.4 MÉTODOS DE ANÁLISIS

Para todos los instrumentos para la recolección y depuración de los datos se utilizó el software Microsoft Excel 2013; y para el análisis el programa estadístico SPSS (Programa Estadístico para Ciencias Sociales) Versión 21.0.

5.4.1 Análisis de la Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el Sistema Único de Habilitación

Para el análisis cuantitativo se realiza un análisis descriptivo mediante el cálculo de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Para el análisis de la apreciación de los entrevistados se realiza transcripción de las observaciones en cada una de las dimensiones o ítems en donde el participante desea ampliar, justificar o aclarar la información.

5.4.2 Análisis de la encuesta de clima de seguridad del paciente

El cuestionario contiene preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente. En el análisis de frecuencias inicial por ítems, se mantienen las opciones de respuesta originales, pero para el análisis global por dimensiones, se invierte la escala de las preguntas que están formuladas en sentido negativo para facilitar el análisis. Las formuladas negativamente se presentan en la siguiente tabla:

Figura No. 7. Fiabilidad de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente

Dimensión	Ítem
1. Frecuencia de reporte de eventos	Ninguno
2. Percepción de seguridad	44-A10, 46-A17
3. Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueve la seguridad	11-B3, 12-B4
4. Aprendizaje organizacional, mejoramiento continuo	Ninguno
5. Trabajo en equipo dentro de las áreas	Ninguno
6. Actitud de comunicación abierta	22-C6
7. Retroalimentación y comunicación sobre el error	Ninguno
8. Respuesta no punitiva al error	26-A8, 27-A12, 28-A16
9. Personal	30-A5, 31-A7, 32-A14
10. Apoyo y soporte del hospital para la seguridad del paciente.	35-F9
11. Trabajo en equipo dentro de las áreas del hospital	36-F2, 38-F6
12. Transiciones y no intervenciones del hospital	40-F3, 41-F5, 42-F7, 43-F11

Fuente: Resolución 0112 de 2012 "Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente" – Colombia. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

Los indicadores compuestos para cada una de las dimensiones de la escala se calculan aplicando la siguiente fórmula:

$$\frac{\Sigma \text{ número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión}}{\text{Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

Para clasificar un ítem o una dimensión como **fortaleza** se emplean los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 75\%$ de respuestas positivas ("de acuerdo/muy de acuerdo" o "casi siempre/siempre") a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 75\%$ de respuestas negativas ("en desacuerdo/muy en desacuerdo" o "nunca/raramente") a preguntas formuladas en negativo.

Para clasificar un ítem o una dimensión como **oportunidad de mejora** se emplean los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 50\%$ de respuestas negativas ("en desacuerdo/muy en desacuerdo" o "raramente/nunca") a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 50\%$ de respuestas positivas ("de acuerdo/muy de acuerdo" o "casi siempre/siempre") a preguntas formuladas en negativo.

- ***Calificación del clima de seguridad***

La pregunta 52 presenta en una escala de 5 opciones de excelente a malo, la calificación global del clima de seguridad. Además de este ítem, el número de eventos notificados (pregunta 51) y las dimensiones "Frecuencia de eventos notificados" y "Percepción de seguridad", son consideradas medidas de resultado del clima de seguridad.

Para el análisis de las percepciones de los entrevistados se realizó la transcripción de las observaciones en cada una de las dimensiones o ítems en donde el participante deseó ampliar, justificar o aclarar la información, los cuales complementaron los análisis cuantitativos.

5.4.3 Análisis de la Lista de verificación de la seguridad de la cirugía

Para el análisis de los registros de observación de los equipos quirúrgicos, se realizó transcripción de las observaciones en cada una de las dimensiones observadas y se utilizó el software Microsoft Word 2013 para consignar la información.

6. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio que se llevó a cabo tiene como fundamento los principios éticos internacionales para las investigaciones médicas de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y reporte Belmont, que contempla los principios de:

Respeto a las personas porque este proyecto no vulnera la autonomía del individuo dándole el valor a las opiniones, elecciones y acciones de las personas.

Beneficencia contemplando las expresiones de los actos de no hacer daño, minimizando los posibles riesgos, ya que este proyecto no experimenta con los individuos.

Justicia porque este proyecto no atenta contra la verdad, los beneficios que marcarán a la sociedad son la información y la posibilidad de implementación de la política de seguridad del paciente en la prestación de servicios, redundando esto en mejores resultados y expectativas.

Además, para las consideraciones éticas nacionales del presente estudio, se toman como guía los lineamientos establecidos en la resolución 8430 de 1993, la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud del Ministerio de Salud Pública.

Teniendo en cuenta lo enunciado en el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993, este estudio se clasifica como investigación con riesgo mínimo ya que solo se harán las participaciones respectivas de Instrumentadores Quirúrgicos y especialistas en el área de medicina fetal respondiendo a los instrumentos del proyecto.

Se protegerá la privacidad y confidencialidad de cada uno de los participantes, identificándose sólo cuando los resultados lo requieran y estos lo autoricen. Prevalecerá el respeto a la dignidad, seguridad, bienestar y protección de los derechos de cada uno de los participantes del estudio.

De igual forma se realiza compromiso de confidencialidad solicitado por las instituciones de salud.

Esta investigación está bajo la responsabilidad de la estudiante de la Maestría en Salud Pública Narda Carolina Delgado Arango (correo electrónico delgadonarda@unbosque.edu.co) y la asesora del proyecto de grado Dra. Ximena Carolina Romero Infante (correo electrónico romeroximena@unbosque.co).

7. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos de los profesionales en salud y profesionales en formación encuestados por institución.

7.1 Resultados de la Lista de Chequeo de Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el Sistema Único de Habilitación

Las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que muestran el mayor grado de cumplimiento en su orden son: Institución 3 en un 81%, Institución 2 en un 80% y la Institución 1 en un 76%.

Los dominios que requieren una oportunidad de mejora en las tres instituciones en su orden son:

Institución 1: Contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adverso en un 60%, Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales en un 50% y Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud en un 44%.

Institución 2 y 3: Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente en un 50% y Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud en un 38%.

Tabla 10. Resultados de la Lista de Chequeo de Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el Sistema Único de Habilitación

DOMINIOS	INSTITUCION 1		INSTITUCION 2		INSTITUCION 3	
	CUMPLE %	NO CUMPLE %	CUMPLE %	NO CUMPLE %	CUMPLE %	NO CUMPLE %
1. Contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adverso	40	60	90	10	100	0
2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente	100	0	50	50	50	50
3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud	56	44	63	38	63	38
4. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.	90	10	100	0	100	0
5. Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales	50	50	75	25	75	25

6.Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos	100	0	100	0	100	0
7.Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas	75	25	75	25	75	25
8.Prevenir las úlceras por presión	75	25	75	25	75	25
9.Garantizar la atención segura del binomio madre hijo	100	0	100	0	100	0
10.Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea	75	25	75	25	75	25
GRADO DE CUMPLIMIENTO %	76	24	80	20	81	19

Fuente: Instrumento de recolección "Lista de Chequeo de Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el Sistema Único de Habilitación" aplicada en el segundo semestre de 2014.

7.1.1 Resultados de la entrevista basada en la "Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el Sistema Único de Habilitación".

Institución 1: La percepción del líder del proceso de calidad es que la institución cumple con lo exigido por la norma para el Sistema Único de Habilitación y para las buenas prácticas de seguridad de pacientes. La institución está comprometida con el tema de seguridad del paciente y está en proceso la construcción de protocolos, procedimientos, guías de manejo así como su implementación y definición de indicadores. (Ver Tabla 11)

Institución 2: La percepción del líder del proceso de calidad es que la institución cumple con lo establecido por la norma en cuanto a las buenas prácticas de seguridad de paciente, se encuentra en revisión los protocolos y guías de manejo y se está planeando un sistema de auditorías internas con el objeto de verificar las necesidades sobre el tema en cada servicio. (Ver Tabla 11)

Institución 3: La percepción del líder del proceso de calidad es que la institución se encuentra con una política propia de seguridad del paciente y ya se han hecho pilotajes con los profesionales de enfermería para verificar la adherencia de protocolos y cuentan con un programa de capacitación y auditorías por servicio. (Ver Tabla 11)

Tabla 11. Percepción de los líderes del proceso de calidad

DOMINIOS	Precepción de los líderes del proceso de calidad Institución 1	Percepción de los líderes del proceso de calidad Institución 2	Percepción de los líderes del proceso de calidad Institución 3
1. Contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adverso	<p>*Se está trabajando al respecto de un programa institucional que cuente con herramientas de identificación y gestión del riesgo.</p> <p>*Presenta planes de mejora y resalta el compromiso por parte de dirección y sub dirección con el tema de una cultura organizacional sobre seguridad del paciente.</p> <p>*Se está organizando el despliegue de capacitaciones por servicio.</p> <p>*El procedimiento para el reporte existe.</p> <p>*Se tiene el protocolo del reporte.</p>	<p>*La alta gerencia está trabajando por un programa institucional de Seguridad del Paciente y gestión del riesgo.</p> <p>*Se está implementando una cultura del reporte tanto verbal como escrito de todo cuanto pase en el día a día.</p> <p>*Se está planeando un sistema de auditoría interna por servicio.</p>	<p>*Ha sido un logro haber terminado totalmente la política. Se ha impreso y dejado en cada servicio, se ha socializado vía internet y se tiene como slogan y prontamente la seguridad del paciente será la nueva misión de la Institución.</p> <p>*Resalta su programa de capacitación mensual con indicadores de medición de pre y post test.</p>
2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente	<p>*Existen algunos protocolos o guías, los cuales se encuentran en cada servicio.</p> <p>*Se está realizando los indicadores de morbilidad, mortalidad y eventos.</p> <p>*Se cumple con el reporte de SOCG.</p>	<p>*Se encuentra en proceso la revisión de los protocolos existentes.</p> <p>*Se están realizando los indicadores de morbimortalidad y eventos.</p> <p>*Se cumple con el reporte SOCG.</p>	<p>*Las acciones a partir de indicadores y los que más se han trabajado es sobre infraestructura porque piensan hacer una nueva clínica.</p> <p>*Se han empezado pilotajes de adherencia a los protocolos principalmente con el personal de enfermería.</p>
3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud	<p>*Se encuentra en cada servicio el protocolo de higiene de manos recomendado por la OMS, que incorpora los cinco momentos.</p>	<p>*Se cumple con lo recomendado por el Ministerio de salud y OMS.</p>	<p>*Es el protocolo más divulgado en todos los servicios y se manejan los 5 momentos establecidos por la OMS.</p>
4. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos	<p>*Existe un responsable del proceso y sobre el tema se considera que se cumple con lo exigido por la norma.</p>	<p>*Se cumple con lo exigido por la norma</p>	<p>*Se han establecido los 10 correctos y se refuerzan los 5, se maneja el protocolo menos el de urgencias vitales; hay servicios que reciben más refuerzo que otros.</p>
5. Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales	<p>*Se cumple</p>	<p>*Se cumple con lo exigido por la norma</p>	<p>*Se cumple, adicionalmente se capacita al usuario y su familia para que colabore con la custodia de objetos personales del paciente.</p>
6. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos	<p>*Se cuenta con los protocolos y guías solicitados por la norma, limpieza y desinfección de superficies, manejo de ropa hospitalaria, descontaminación por fluidos, manuales de buenas prácticas.</p>	<p>*Se están revisando protocolos y en general se cumple con lo establecido por la norma</p>	<p>*Se cumple y se ha hecho un despliegue de auditorías para verificar adherencia de protocolos.</p>
7. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas	<p>*Se cumple lo exigido por la norma.</p>	<p>*Se cumple de acuerdo a la norma vigente</p>	<p>*Se cumple lo exigido por la norma</p>
8. Prevenir las úlceras por presión	<p>*Se cumple lo exigido por la norma</p>	<p>*Se cumple de acuerdo a la norma vigente</p>	<p>*Se cumple lo exigido por la norma</p>
9. Garantizar la atención segura del binomio madre hijo	<p>*Se cumple lo exigido por la norma</p>	<p>*Se cumple de acuerdo a la norma vigente</p>	<p>*Se cumple lo exigido por la norma</p>

10.Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea	*Se cumple lo exigido por la norma	*Se cumple de acuerdo a la norma vigente.	*Se cumple lo exigido por la norma
--	------------------------------------	---	------------------------------------

Fuente: Percepción de los líderes de procesos de calidad de cada institución con base al instrumento de recolección "lista de chequeo de lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el sistema único de habilitación" aplicada en el segundo semestre de 2014.

7.1.2 Observaciones generales efectuadas al momento de verificar el cumplimiento de la Lista de Chequeo para las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente

Institución 1. El personal está ajeno a cualquier proceso y de los protocolos y guía de seguridad del paciente, si los conoce no los aplica y se evidencia falta de socialización de lo que se ha hecho desde la alta gerencia y los líderes de los procesos de calidad en la institución.

Institución 2. Si hay protocolos pero no se comunican, no se tiene en cuenta la opinión del personal cuando hacen sugerencias y en cuanto a los reportes cuando se hacen, no hay un seguimiento. No hay capacitación suficiente sobre el tema y hay inconformidad por parte del personal.

Institución 3. Se evidencia que si hay una política de seguridad del paciente institucional, sin embargo el personal considera que debe haber más tiempo para las capacitaciones, no se trabaja sobre los resultados obtenidos de estas capacitaciones, sugiere el personal trabajar sobre casos propios de la institución, se necesita más personal y que sea más continuo en el área en el que labora.

Tabla 12. Observaciones generales de la Lista de Chequeo para las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente

DOMINIOS	Observaciones efectuadas en la Institución 1	Observaciones efectuadas en la Institución 2	Observaciones efectuadas en la Institución 3
1.Contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adverso	*Existen protocolos pero el personal no sabe cuáles hay y los que saben no los conocen. *Saben que existe un protocolo de reporte del evento pero no saben en dónde está, no lo conocen y tampoco saben que reportar	*Existen protocolos pero no son socializados al personal de la institución. *No conocen el procedimiento para el reporte. Cuando se reportan los eventos no se trabaja sobre ellos.	*El personal piensa que se ha trabajado mucho al respecto, sin embargo hace falta más tiempo de capacitación por que el establecido consideran que no es el suficiente.
2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente	*Saben de algunos protocolos y guía, pero no saben en dónde encontrarlos. *Falta socialización del proceso de seguridad en el personal. *El personal que conoce de la existencia de los protocolos, no sabe cómo aplicarlos y de los manuales mencionan que son muy densos y no hay guías de manejo rápidas.	*El personal considera que hay poca receptividad de las sugerencias hechas para mejorar los protocolos, aunque se ha trabajado al respecto para la implementación. *El personal considera que debe haber un programa de capacitaciones periódico y que les faciliten un poco más de	*Si retroalimentan en el servicio la evaluación pero no es claro lo que hacen con los resultados. *El personal considera que se deben realizar las capacitaciones con situaciones reales de la institución, para ellos es la mejor evidencia.

	<p>*Los estudiantes no conocen los protocolos.</p> <p>*Los protocolos de desinfección no se ajustan a los equipos, elementos e insumos del área.</p>	<p>tiempo para cuando se hacen las pocas que se hacen.</p> <p>*El personal considera que debería implementarse un sistema de auditorías por servicios y no limitarse a reportar estadísticas de las áreas.</p>	
3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud	<p>*A pesar de que tienen la información de los 5 momentos el personal de salud no los realiza.</p> <p>*Respecto a las normas básicas de bioseguridad, existen los protocolos pero el personal en su mayoría, no hace uso de gafas, caretas, guantes y tapabocas correctamente.</p> <p>*Los visitantes no conocen del tema de infección, no hay folletos informativos para visitantes y familiares.</p>	<p>*Se observa que los jabones y desinfectantes son re envasados.</p> <p>*No hay protocolos institucionalizados, cada área maneja sus propios protocolos, y los protocolos existentes se manejan muy informalmente.</p> <p>*Se utilizan escobas con adaptación de polainas para barrer salas y pasillos.</p> <p>*Transportan material quirúrgico en un mismo carro con material empacado y desempacado simultáneamente.</p> <p>*El personal quirúrgico</p>	<p>*Los estudiantes traen otra manera de lavarse las manos, diferente al protocolo institucional</p> <p>*Respecto a las normas básicas de bioseguridad, existen los protocolos pero el personal en su mayoría, no hace uso de gafas, caretas, guantes y tapabocas correctamente.</p> <p>*Transportan en un carro rotulado exclusivo para material contaminado, equipos y paquetes estériles para un procedimiento de ortopedia.</p>
4. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos	<p>*Los protocolos en el área quirúrgica lo manejan diferente a las otras áreas.</p>	<p>*Se cuenta con una sección de farmacovigilancia, hay protocolos pero el personal no los conoce.</p>	<p>*Consideran que debe haber más tiempo para capacitaciones.</p> <p>*El protocolo es muy nuevo y no es muy claro.</p>
5. Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales	<p>*Se maneja cierto grado de familiaridad entre el personal de salud y el paciente, lo que permite evidenciar sensación de seguridad y confianza por parte del paciente.</p>	<p>*No se identifica al paciente. Durante la observación, no en todos los procedimientos se les preguntó el nombre y de que se van a intervenir quirúrgicamente.</p>	<p>*Se pregunta el nombre del paciente y quien lo acompaña.</p>
6. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos	<p>*Es el área más restringida y se trata de cumplir en la mayoría de veces con todos los protocolos.</p> <p>*Los protocolos de uso y reuso, así como el de limpieza y desinfección no son claros y son adoptados, pero no adaptados a la unidad o servicio.</p>	<p>*No hay personal suficiente para el área quirúrgica.</p> <p>*Los procedimientos quirúrgicos son realizados por estudiantes sin el acompañamiento del profesional par.</p> <p>*El anestesiólogo y enfermera se salen antes de haber terminado el procedimiento.</p> <p>*La jefe es la mima para las auxiliares, salas de cirugía y consulta externa.</p> <p>*Se identifica que el servicio de central de esterilización no cumple con un importante número de parámetros establecidos por la norma.</p> <p>*El equipamiento quirúrgico (Instrumental, ropa y equipos se encuentran muy deteriorados).</p>	<p>*No es bien visto que cambien al personal frecuentemente en salas de cirugía.</p> <p>*El personal de salas de cirugía se evidencia cansado en el turno de la mañana.</p> <p>*Se requiere mayor adaptación al protocolo de manejo de residuos.</p> <p>*Se identifica que el servicio de central de esterilización no cumple con un importante número de parámetros establecidos por la norma.</p> <p>*El personal considera que requiere capacitación en el manejo de limpieza y desinfección de equipos nuevos y en el uso y reuso.</p> <p>*El personal no aplica correctamente las normas de bioseguridad.</p>

7. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas	*Se cumple	*Aunque no se ha reportado ningún evento adverso al respecto de caídas, durante la observación, se evidenció que se dejan los pacientes solos, desnudos y destapados.	*Se cumple
8. Prevenir las úlceras por presión	*El personal desconoce dónde están los protocolos, creen que no existen.	*El personal desconoce dónde están los protocolos, creen que no existen.	*Se cumple
9. Garantizar la atención segura del binomio madre hijo	*Se cumple	*Se cumple	*Se encuentran guías de práctica clínica y manejo, se reportan los indicadores de alerta temprana y los de super salud. *No es bien visto que se cambie el personal frecuentemente.
10. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea	*Se cumple, pero a veces hay demora en la llegada de las unidades al área quirúrgica.	*Se cumple, pero hay demora en la llegada de las unidades al área quirúrgica.	*Se cumple pero se demoran en confirmar por parte del grupo del banco de sangre.

Fuente: Instrumento de recolección "Lista de Chequeo de Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el Sistema Único de Habilitación" aplicada en el segundo semestre de 2014.

7.2 Resultados de la encuesta de clima de seguridad del paciente

Institución 1: Las dimensiones que muestran mayor fortaleza relacionadas con el clima de seguridad del paciente, en su orden son: Frecuencia de reporte de eventos con el 74,07%, Trabajo en equipo dentro de las áreas en un 69, 44%, Percepción de seguridad en un 51,85% y Retroalimentación y comunicación sobre el error en un 45,68%.

Institución 2: Las dimensiones que muestran mayor fortaleza relacionadas con el clima de seguridad del paciente, en su orden son: Trabajo en equipo dentro de las áreas en un 77%, expectativa y acciones del supervisor que promueve la seguridad en un 52,92%, Aprendizaje organizacional, mejoramiento continuo en un 39%, y Transiciones y no intervenciones del hospital en un 32%.

Institución 3: Las dimensiones que muestran mayor fortaleza relacionadas con el clima de seguridad del paciente, en su orden son: Frecuencia de reporte de eventos con el 95%, Trabajo en equipo dentro de las áreas en un 67, 75%, Transacciones y no intervenciones del hospital en un 60,25% y Trabajo en equipo dentro de las áreas del hospital en un 52, 75%

Las dimensiones que requieren una oportunidad de mejora en las tres instituciones son:

Instituciones 1: Personal en un 57,41%, actitud de comunicación abierta en un 48,15%, Respuesta no punitiva al error en un 41,98%, Apoyo y soporte del hospital para la seguridad del paciente en un 32,10%. (Ver Tabla 10)

Institución 2: Personal en un 36,92%, actitud de comunicación abierta en un 32,50%, Respuesta no punitiva al error en un 35,1% y Apoyo y soporte del hospital para la seguridad del paciente en un 26,83%.(Ver Tabla 10)

Institución 3: Personal en un 50%, Percepción de seguridad en un 38,95%, expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueve la seguridad en un 35,75% y Trabajo en equipo dentro de las áreas del hospital en un 23,50% (Ver Tabla 10)

Tabla 13. Resultados de las doce dimensiones de clima de seguridad de paciente de las tres Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud

Dimensión	Fortaleza %	No fortaleza%	Neutra	Fortaleza %	No fortaleza%	Neutra	Fortaleza %	No fortaleza%	Neutra
1. Frecuencia de reporte de eventos	74,07	18,52	7,41	0,00	0,00	100,00	95,00	5,00	0,00
2. Percepción de seguridad	51,85	30,56	17,59	0,00	16,00	84,00	41,25	38,75	20
3. Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueve la seguridad	50,00	0,93	49,07	52,92	1,92	45,16	26,00	35,75	38,25
4. Aprendizaje organizacional, mejoramiento continuo	25,93	6,17	67,90	39,00	10,00	51,00	42,00	10,00	48,00
5. Trabajo en equipo dentro de las áreas	69,44	1,85	28,70	77,00	1,00	22,00	67,75	9,00	23,25
6. Actitud de comunicación abierta	45,68	48,15	6,17	31,00	36,50	32,50	25,67	23,00	51,33
7. Retroalimentación y comunicación sobre el error	45,68	18,52	35,80	3,0	0,00	97,00	41,7	13,00	45,3
8. Respuesta no punitiva al error	20,99	41,98	37,04	12,0	35,1	52,9	27,7	17,0	55,30
9. Personal	25,93	57,41	16,67	18,00	36,92	54,92	24,75	50,00	25,25
10. Apoyo y soporte del hospital para la seguridad del paciente.	37,04	32,10	30,86	5,00	26,83	68,17	22,33	20,00	57,67
11. Trabajo en equipo dentro de las áreas del hospital	34,26	4,63	61,11	16,00	0,00	84,00	52,75	23,50	23,75
12. Transiciones y no intervenciones del hospital	39,81	20,37	39,81	32,00	0,00	68,00	60,25	22,75	17

Fuente: Instrumento de recolección "Encuesta de clima de seguridad del paciente" aplicada en el segundo semestre de 2014.

En las tres instituciones donde se realizó el estudio se evidencia que en cuanto al dominio "Cultura de seguridad" es una fortaleza, se considera que hay un número importante de profesionales que no están en acuerdo ni en desacuerdo al respecto del tema, por consiguiente se debe desplegar unas estrategias focalizadas para que ellos sean quienes hagan la diferencia en la implementación de la política.

Se observa que en cuanto al dominio "Cultura de seguridad en el área o servicio", los profesionales del área quirúrgica a quienes se les aplicó la encuesta consideran que es una fortaleza el tema de seguridad del paciente. En relación con los porcentajes de la cultura de seguridad el personal que se encuentran en el rango neutro (Ni en acuerdo, ni en desacuerdo), se evidencia un aumento respecto a las no fortalezas.

En cuanto al dominio "Cultura de seguridad en todo el hospital", el personal de salud conoce o se ha capacitado sobre la seguridad del paciente, sin embargo en la institución 3, es donde se ve como una fortaleza frente a las otras dos instituciones. En las instituciones 1 y 2 aumentó significativamente el porcentaje de personal que se encuentra en el rango de ni en acuerdo, ni en desacuerdo.

Tabla 14. Resultado global de los dominios de clima de seguridad de paciente de las tres Instituciones Prestadoras de Servicios en salud.

Dimensión	INSTITUCIÓN 1			INSTITUCIÓN 2			INSTITUCIÓN 3		
	Fortaleza a %	No fortaleza %	Neutra %	Fortaleza a %	No fortaleza %	Neutra %	Fortaleza a %	No fortaleza %	Neutra %
CULTURA DE SEGURIDAD	56,08	20,11	23,81	0,00	11,40	88,60	64,30	24,30	11,40
CULTURA DE LA SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDAD O SERVICIO	38,41	23,46	38,13	42,80	16,8	40,4	30,30	23,8	45,6
CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE TODO EL HOSPITAL	18,98	7,41	73,61	30	0	70	66,3	27,4	6,3

Fuente: Instrumento "Encuesta de clima de seguridad del paciente" aplicada el octubre de 2014.

7.2.1 Resultados de la dimensión Sociodemográfica de encuentros de la encuesta clima de seguridad de paciente a los profesionales de salud

En el estudio realizado se identificó que en la Institución 1, el personal se encuentra ubicado en el rango de servicio entre los 6 a 10 años, en la institución 2 entre los 10 a 20 años y en la institución 3 entre 1 y 5 años.

Tabla 15. Tiempo trabajado en la institución

Años en la Institución	-1	1-5	6-10	10-20	21+
Institución 1	4,8	0,0	38,1	33,3	23,8
Institución 2	0	33,3	0	66,7	0
Institución 3	5	70	0	0	25

Fuente: Instrumento "Encuesta de clima de seguridad del paciente" aplicada el octubre de 2014.

También se identificó que el tiempo de experiencia en el área en la institución 1 está entre los 6 y 10 años, en la institución 2 menos de un año y en la institución 3 se mantuvo entre 1 y 5 años.

Tabla 16. Tiempo trabajado en el área

Años en el área	-1	1-5	6-10	10-20	21+
Institución 1	4,8	0,0	38,1	33,3	23,8
Institución 2	45	30	0	25	0
Institución 3	5	70	0	0	25

Fuente: Instrumento "Encuesta de clima de seguridad del paciente" aplicada el octubre de 2014.

Se evidencia que los profesionales del área quirúrgica en las tres instituciones laboran tiempo completo de 48 horas, en las instituciones 1 y 2 hay un porcentaje importante que trabajan un día a la semana.

Tabla 17. Horas de trabajo en la institución

Horas de trabajo diario en %	48h	24h	12h	8h
Institución 1	59,3	0,0	3,7	37
Institución 2	25	0	0	75
Institución 3	45	30	0	25

Fuente: Instrumento "Encuesta de clima de seguridad del paciente" aplicada el octubre de 2014.

En los últimos 12 meses se evidencia que los equipos quirúrgicos si están comprometidos con el reporte de eventos adversos. (Ver Tabla 18)

Tabla 18. Reporte de los eventos adversos en los últimos 12 meses

Reporte de eventos adversos	0	1-2	3-5	6-10	11+
Institución 1	70,4	7,4	18,5	0	3,7
Institución 2	100	0	0	0	0
Institución 3	40	60	0	0	0

Fuente: Instrumento "Encuesta de clima de seguridad del paciente" aplicada el octubre de 2014.

En las tres instituciones los profesionales que conforman el equipo quirúrgico consideran que el grado de seguridad de las instituciones es aceptable.

Tabla 19. Grado en general de seguridad del paciente

Grado de seguridad del paciente	Excelente %	Muy bueno %	Aceptable %	Pobre %	Malo %
Institución 1	7,4	14,8	77,8	0	0,0
Institución 2	0	0	100	0	0
Institución 3	0	0	100	0	0

Fuente: Instrumento "Encuesta de clima de seguridad del paciente" aplicada el octubre de 2014.

Las tres instituciones cuentan con el personal idóneo para conformar los equipos quirúrgicos, sin embargo se evidencia que en las instituciones 1 y 2 hay más apoyo de estudiantes de instrumentación quirúrgica y enfermería. Así mismo se nota ausencia en las tres instituciones de un jefe de enfermería en el área quirúrgica.

Tabla 20. Cargo en la Institución

Cargo en la institución en %	Cirujano	Anestesiólogo	Instrumentador quirúrgico	Enfermera jefe	Auxiliares de enfermería	Estudiantes de instrumentación quirúrgica	Estudiantes de jefe de enfermería	Estudiantes auxiliares de enfermería
Institución 1	18,5	18,5	18,5	0	18,5	18,5	3,7	3,7
Institución 2	25	25	5	0	20	20	0	5
Institución 3	25	25	25	0	25	0	0	0

Fuente: Instrumento "Encuesta de clima de seguridad del paciente" aplicada el octubre de 2014.

En las tres instituciones se evidencia que no hay vinculación por cooperativa y se muestra mayor vinculación por prestación de servicios que por personal de planta. (Ver Tabla 21).

Tabla 21. Tipo de contrato

Contrato en %	Planta	Cooperativa	Prestación de servicios
Institución 1	50	0	50
Institución 2	33,3	0	66.7
Institución 3	50	0	50

Fuente: Instrumento "Encuesta de clima de seguridad del paciente" aplicada el octubre de 2014.

En las tres instituciones se confirma que todos los profesionales de la salud encuestados, tienen una interacción directa con el paciente.

Tabla 22. Interacción directa con el paciente

Relación con el paciente en %	SI %	NO %
Institución 1	100	0
Institución 2	100	0
Institución 3	100	0

Fuente: Instrumento "Encuesta de clima de seguridad del paciente" aplicada el octubre de 2014.

Se evidencia que en las instituciones 1 y 2, el tiempo de experiencia profesional del personal encuestado tiene entre 21 años y más, mientras que en la institución 3, el personal cuenta con una experiencia entre 1 y 5 años.

Tabla 23. Tiempo trabajado en la actual profesión

Tiempo trabajado en la actual profesión	-1 un año	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21 + años
Institución 1	25,9	0,0	11,1	7,4	55,6
Institución 2	25	0	5	20	50
Institución 3	5	60	10	25	0

Fuente: Instrumento "Encuesta de clima de seguridad del paciente" aplicada el octubre de 2014.

7.2.2 Resultados generales de la Entrevista sobre la cultura de seguridad del paciente a los profesionales de salud

Institución 1: La percepción de los profesionales de la salud es que si existe un esfuerzo de las directivas por implementar una cultura de seguridad del paciente, los protocolos y guías deben socializarse, si la gente no está vinculada de planta no ven el compromiso con la política de seguridad del paciente, así mismo deben crearse canales de comunicación eficientes con las otras unidades.

Institución 2: La percepción de los profesionales de la salud es que consideran importante el inicio del proceso respecto a la cultura de seguridad y la adopción de la política, consideran

que a pesar de que falta mano de obra calificada en el servicio e más relevante que hay un líder en la unidad y que como líder se comunique con las otras áreas.

Institución 3: La percepción de los profesionales de la salud es que conocen que hay una política pero no hay un estímulo y una adecuada adherencia de protocolos, se ve enmarcado un mal ambiente laboral en el área quirúrgica porque tienen temor al momento del reporte de un error porque se interpreta como una toma de medidas disciplinarias y no unas medidas correctivas. Es indispensable mejorar la comunicación, conocer a sus compañeros de trabajo y a la institución.

Tabla 24. Percepción de los profesionales de salud sobre la cultura de seguridad del paciente

DOMINIOS	Percepciones de los profesionales en la Institución 1	Percepciones de los profesionales en la Institución 2	Percepciones de los profesionales en la Institución 3
Cultura de seguridad	<p>*Consideran que la alta gerencia hace esfuerzos importantes, sin embargo no es suficiente si estos esfuerzos se hacen de manera aislada por los encargados de cada unidad o servicio</p> <p>*Es importante que se implementen las auditorias y capacitaciones periódicamente y que den el tiempo suficiente para estas capacitaciones.</p> <p>*Debe enfatizarse en la cultura del reporte</p>	<p>* Lo importante es que se empezó a tomar el tema de seguridad del paciente con seriedad.</p> <p>*Aún falta actualizar y hacer más participativo al personal en la creación, socialización e implementación de los protocolos.</p> <p>*Se debe capacitar a todo el personal sobre el tema y socializar los protocolos</p>	<p>*Se tiene en la institución una política de seguridad y se ésta implementando, debería haber estímulos.</p> <p>*Es importante que se trabaje en la adherencia de los protocolos</p>
Cultura de la seguridad a nivel de unidad o servicio	<p>*Hace falta más personal médico especializado de planta.</p> <p>*El personal que no es de planta no es tan comprometido con la seguridad del paciente y deberían involucrarse con la misma intensidad sobre el tema por igual.</p> <p>*Falta más divulgación de todos los protocolos y buscar la estrategia</p>	<p>* Falta personal profesional y especializada en el área quirúrgica.</p> <p>*Es importante que exista una estrategia que permita que todos trabajemos en equipo.</p> <p>*Mientras no haya una cabeza en el área quirúrgica todos hacemos lo que creemos que debemos hacer.</p>	<p>* Con la jefe que actualmente se tiene no se ve realmente una comunicación abierta.</p> <p>*Frente a cualquier error da miedo hablar, cualquier error puede ser usado en su contra.</p> <p>*Cambiar un turno es un problema, se prefiere trabajar así las condiciones de salud incluso no lo permitan.</p>

	para que los que estén escritos todos los cumplan.		*No hay estabilidad laboral, el personal del área quirúrgica cambia frecuentemente, esto no permite la adherencia de protocolos. *Debería volverse a dar el tiempo para las capacitaciones porque son muy importantes y que tengan en cuenta nuestra opinión como trabajadores de esta área.
Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital	*Realmente falta conocer lo que se hace en cada unidad, así se podría trabajar articuladamente y con conciencia de que lo que se deje o no de hacer, afecta directamente a otro servicio.	*Debe mejorarse la comunicación entre los líderes de área y el personal que tienen a cargo. *Se debería diseñar estrategias para que todos los demás servicios trabajen como una unidad y no aisladamente.	*Debe mejorarse la comunicación entre los servicios, y al personal nuevo hacerles una buena inducción para que sepan quien labora y que se hace en cada área.

Fuente: Percepción de los profesionales de salud de cada institución con base al instrumento de recolección "Clima de seguridad de paciente de las tres Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud" aplicada en el segundo semestre de 2014.

7.3 Resultados de Lista de verificación de la seguridad de la cirugía

Se evidencia en las tres instituciones que pese a la existencia de una lista de verificación de seguridad en cirugía no se cumple correctamente con la implementación de la misma.

Tabla 25. Grado de cumplimiento de la lista de verificación de seguridad en cirugía

DOMINIO	INSTITUCION 1		INSTITUCION 2		INSTITUCION 3	
	SI%	NO%	SI%	NO%	SI%	NO%
ANTES DE LA INDUCCION	71	29	57	43	54	46
ANTES DE LA INSICION CUTANEA	38	62	10	90	28	72

ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIROFANO	40	40	40	60	40	60
GRADO DE CUMPLIMIENTO	50	44	36	64	41	59

Fuente: Instrumento de recolección "Lista de Verificación de seguridad en cirugía" aplicada en el segundo semestre de 2014.

7.3.1 Observaciones generales efectuadas al momento de verificar el cumplimiento de la Lista de Chequeo para las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente

Institución 1

Antes de la inducción: se observa que no hacen buen uso de los elementos de identificación para el paciente, no llegan con el sitio operatorio marcado. **Antes de la incisión cutánea:** Los profesionales del equipo quirúrgico no hacen una presentación conjunta sino de manera individual al paciente, no se verifican los equipos antes del procedimiento sino sobre la marcha, y no se contemplan riesgos generales en cuanto a la profilaxis, hemorragias, uso de insumos y equipos que permiten mostrar los exámenes diagnósticos dentro de la sala. **Antes de que salga el paciente del área quirúrgica:** no se hacen las recomendaciones en la sala quirúrgica sino cuando el paciente se encuentra en el área de recuperación.

Institución 2

Antes de la inducción: No hay uso de elementos de identificación del paciente, no hay una marcación del sitio operatorio. Cuando el paciente está en sala es que se hace la verificación de elementos, medicamentos y equipos. **Antes de la incisión cutánea:** No hay protocolo para la presentación del equipo quirúrgico y el nombre del paciente no es confirmado, no se aplican protocolos de administración de medicamentos, ni de bioseguridad, ausencia de equipos especializados en los procedimientos, no se contemplan riesgos generales. **Antes de que salga del quirófano:** El personal de anestesia y enfermería abandonan la sala antes de terminar el procedimiento y no hay personal calificado para las funciones asistenciales.

Institución 3

Antes de la inducción: Los pacientes llegan salas de cirugía sin las manillas de identificación y sin la marcación del sitio operatorio. No se hace verificación del funcionamiento de equipos, solo cuando el paciente está adentro. **Antes de la incisión cutánea:** La aplicación de protocolos para la presentación del equipo quirúrgico en salas la hacen solo los ginecólogos, los equipos y paquetes de ropa no tienen testigo de esterilización y algunos insumos tienen fecha de vencimiento errada, no se prevé la pérdida de sangre y no se sabe en algunos procedimientos si se ha administrado la profilaxis antibiótica. **Antes de que el paciente salga del quirófano:** no se ha diligenciado correctamente las

historias clínicas porque el personal se encuentra ocupado en el celular, se evidencia uso de Chats del Facebook y what´s app.

Tabla 26. Observaciones generales de la Lista de Chequeo de Seguridad en cirugía

DOMINIO	OBSERVACIONES INSTITUCIÓN 1	OBSERVACIONES INSTITUCIÓN 2	OBSERVACIONES INSTITUCIÓN 3
<p>ANTES DE LA INDUCCION</p>	<p>*La institución cuenta con manillas para cada paciente, saben cómo se deben usar y entienden la importancia de hacer las cosas, sin embargo al momento de ingresar los pacientes a salas de cirugía, algunos pacientes ingresan sin manilla.</p> <p>*El personal que hace la recepción de los pacientes, sabe que se debe marcar el sitio operatorio, sin embargo prefieren preguntar al paciente porque manifiestan que las historias clínicas a veces no corresponden al paciente.</p> <p>*Se hace verificación de los equipos y máquina de anestesia sólo cuando ya el paciente está en mesa quirúrgica, esto se hizo en dos de los cinco procedimientos observados.</p> <p>*Monitorizado el paciente se coloca el pulsioxímetro, el cual funcionó correctamente en los cinco procedimientos observados</p> <p>*Hacen uso del tablero colocando los datos del paciente, las alergias conocidas.</p> <p>*La revisión de la aspiración se realiza sobre la marcha.</p> <p>*La sala que tenía deficiente el aspirador es usada para procedimientos con anestesia regional,</p>	<p>*Se pregunta el nombre del paciente y el procedimiento.</p> <p>*No siempre se realiza la marcación.</p> <p>*Cuando el paciente está en sala se confirma la comprobación de aparatos de anestesia y la medicación anestésica es colocada en la tapa de la caneca.</p> <p>*Una vez monitorizado el paciente se coloca el pulsioxímetro el cual funcionó correctamente en los cinco procedimientos observados.</p> <p>*No preguntan al respecto de las alergias de los pacientes.</p> <p>*No hubo inconvenientes con el sistema de aspiración.</p> <p>*No se observó nada relacionado con los riesgos de hemorragias.</p>	<p>*Los pacientes entran a sala con la Historia clínica diligenciada, pero aparte del anestesiólogo nadie más la verifica.</p> <p>*No todos los pacientes entran con manilla de identificación</p> <p>El procedimiento que se va a realizar se sabe porque se ha dicho que se va a pasar con anterioridad.</p> <p>*No se evidencia marcas en el sitio operatorio en la mayoría de los pacientes.</p> <p>*La ayudante de cirugía para poder realizar el lavado de la zona a operar, pregunta en donde va hacer la incisión a lo que le responden que deben esperar al cirujano para que lo indique.</p> <p>*No se evidencia que haya comprobación previa de aparatos de anestesia y la medicación anestésica a la entrada del paciente a salas de cirugía.</p> <p>*La medicación anestésica se alista según lo pedido por el anestesiólogo con el paciente ya en sala.</p> <p>*Monitorizado el paciente se colocó el pulsioxímetro y funcionó correctamente en los cinco procedimientos.</p> <p>*Se tienen tableros los cuales no son usados.</p> <p>*No se conoce por parte del equipo si tiene alguna alergia el paciente.</p> <p>Cada sala tiene un sistema de aspiración.</p>

	<p>mientras se pasa a revisión.</p> <p>*Los fármacos y demás insumos en caso de un riesgo hemorrágico no se tienen previstos por paciente, sin embargo en la sala hay un stock pequeño en caso de que llegue a requerirse.</p>		<p>*No es tenido en cuenta en los procedimientos observados el riesgo de hemorragia.</p>
<p>ANTES DE LA INSICION CUTANEA</p>	<p>*No se lleva un protocolo al momento de la presentación del equipo quirúrgico por su nombre y función, sin embargo de manera individual y a medida que va entrando algún miembro algunas personas se presentan solo diciendo el nombre.</p> <p>*En los procedimientos donde hubo estudiantes, las docentes les enseñan la importancia de presentarse por el nombre y la función.</p> <p>*Cada miembro del equipo quirúrgico, confirma de manera individual el nombre del paciente, el procedimiento y sitio a operar.</p> <p>*Se observa que el paciente no dice correctamente el documento de identidad, y a veces no tiene claro el procedimiento que le van a realizar.</p> <p>*Se observa que no hace parte del protocolo de la institución la administración profiláctica antibiótica en los últimos 60 minutos, al respecto los cirujanos en general pidieron la colocación de la profilaxis, después de llegar a la sala de cirugía y preguntar que medicamentos hay en la institución.</p> <p>*Al verificar en las historias clínicas, no se encuentra consignado el dato de la pérdida de sangre prevista.</p>	<p>*No se lleva un protocolo al momento de la presentación del equipo, cada miembro lo hace por su cuenta y solo se hace un saludo inicial.</p> <p>*No se realiza siempre confirmación de la identidad del paciente y solo se atienden al reporte del tablero de programación.</p> <p>*No se evidencia que se verifique antes o durante el procedimiento profilaxis antibiótica.</p> <p>*No se genera estimación de tiempo ni es difundida al equipo de trabajo</p> <p>*No se estima cual es la pérdida de sangre prevista.</p> <p>*Los pacientes observados no presentaban algún problema en específico.</p> <p>*Se verifica la esterilidad de los insumos, elementos y equipos necesarios aunque se observa que las condiciones de la ropa quirúrgica (Batas, campos y demás está muy deteriorada)</p> <p>*No se cuentan con elementos para visualizar las imágenes diagnósticas.</p>	<p>*En los procedimientos observados solo en los ginecológicos se lleva un protocolo de presentación de todo el equipo quirúrgico al paciente, en los procedimientos de cirugía general y ortopedia los únicos que se presentan son los anestesiólogos.</p> <p>*No se confirma la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento.</p> <p>*En algunos procedimientos no se sabe si se ha administrado profilaxis antibiótica, en otros por las órdenes de pedido, parece que el especialista encargado de la cirugía da la orden a la auxiliar del procedimiento que debe seguir.</p> <p>*No se hace mención sobre el tiempo quirúrgico estimado, se basan en el establecido previamente por los cirujanos y que aparecen en el tablero de programación, a excepción de una anestesióloga que pregunta el tiempo para poder dosificar al paciente.</p> <p>*No se estima la pérdida de sangre al inicio de la cirugía</p> <p>*Ninguno de los pacientes tenía características específicas que los clarifican como pacientes de riesgo.</p>

	<p>*Los pacientes observados no presentan algún riesgo específico.</p> <p>*En la mayoría de los insumos, elementos y equipos se encuentra una cinta indicadora del proceso de esterilización. En un procedimiento un estudiante se percata que el paquete de ropa no lo posee y procede a verificar la esterilidad de la carga en el libro de central de esterilización.</p> <p>*En los procedimientos de ortopedia no es usado el Negatoscopio, para la lectura de las imágenes radio diagnóstica, es usada la luz que emite la ventana.</p> <p>*No se presentó dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos.</p>		<p>*No se identifica algún indicador testigo de la esterilidad de los paquetes quirúrgicos.</p> <p>*Los equipos estériles son transportados en el carro de material contaminado en uno de los procedimientos de ortopedia.</p> <p>*Algunos carros de transporte no tienen buenas las ruedas.</p> <p>*El personal circula los insumos estériles de diferente manera.</p> <p>*Algunos insumos tienen las fechas de vencimiento erradas.</p> <p>* Las imágenes diagnósticas son impresas y en los procedimientos de columna y ortopedia hubo asistencia permanente de la persona de rayos x para el manejo del intensificador de imágenes portátil.</p>
	<p>*No se ha establecido en la institución el protocolo de que el enfermero confirme verbalmente el nombre del procedimiento.</p> <p>*El recuento de instrumentos gases y agujas se hace entre el personal de enfermería e instrumentación quirúrgica al inicio y al final de los procedimientos.</p> <p>*Se llena una hoja de observaciones por parte de instrumentación, donde en el espacio para la firma o nombre de la auxiliar de enfermería, es llenado por el personal de instrumentación.</p> <p>*En la hoja de seguridad de paciente que maneja la institución, no se encuentra un espacio para las actividades del personal de</p>	<p>*No se realiza comprobación por parte de los miembros del equipo quirúrgico el nombre del procedimiento.</p> <p>*Se realiza el recuento de gases, agujas e instrumental por parte de los estudiantes que entraron a los procedimientos y el personal de enfermería.</p> <p>*No se realiza lectura en voz alta del etiquetado de las muestras.</p> <p>*No hubo problemas que resolver en cuanto al instrumental y los equipos.</p> <p>*anestesiólogo y enfermera se retiran de la sala antes de terminar procedimientos.</p> <p>*Se establecen los aspectos de la recuperación del paciente en el área de recuperación.</p>	<p>*El enfermero confirma verbalmente el nombre del procedimiento solo en los ginecológicos.</p> <p>*El recuento de compresas se hizo en el momento en que se debía pero no se usa el tablero, se apuntó en un papel no visible para el equipo quirúrgico.</p> <p>*En los procedimientos de columna se realizó el recuento de cotonoides pero no se observa que se apunte el número en alguna parte, al finalizar simplemente hay una aprobación de lo que dice la instrumentadora quirúrgica.</p> <p>*No se ven marcadores a la mano para escribir en el tablero.</p> <p>*No se presentó ningún inconveniente en torno al uso de los equipos empleados en cada procedimiento.</p>

<p>ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIROFANO</p>	<p>Instrumentación Quirúrgica. *Las especificaciones de cuidado que deben mantener con el paciente, las dictamina el anestesiólogo y las da el a conocer a enfermería en el área de recuperación.</p>	<p>*No hay camillero, ni antes ni después del procedimiento quirúrgico, el traslado del paciente lo realizan las auxiliares de enfermería.</p>	<p>*Algunos pacientes salen sin la historia clínica porque las auxiliares de enfermería no la diligenciaron durante el procedimiento debido a que se encontraban preocupados por el celular, se evidenció el uso de Facebook, chats y what's app. *La entrega de pacientes a recuperación, es realizada por los anestesiólogos y lo hacen de forma apropiada.</p>
--	---	--	---

Fuente: Instrumento de recolección "Lista de Verificación de seguridad en cirugía" aplicada en el segundo semestre de 2014.

8. DISCUSIÓN

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia ha identificado situaciones de riesgo similares a otros países en la Prestación de los Servicios en Salud tanto en instituciones públicas como privadas y en los distintos niveles de atención.

Estos riesgos fundamentan la existencia de la actual Política de Seguridad del Paciente, la cual proviene de la Organización Mundial de la Salud, por medio del programa de la Alianza por la Seguridad del Paciente, ha sido adoptada por el estado colombiano y adaptada por las Instituciones Prestadoras de Servicios en salud en las regiones del país.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud, han aceptado el reto de realizar al interior de las organizaciones la gestión del riesgo; pero este debe ser estudiado en todas sus dimensiones y para poderlo mitigar es necesario conocer el contexto real, según lo planteado por Mary Douglas en su artículo "*Los riesgos a los que se enfrenta un técnico de prevención de riesgos*" es necesario identificar las particularidades de cada servicio, en el plano de los servicios de salud y puntualmente lo que aborda este estudio, la invitación sería a caracterizar el "área quirúrgica".

De igual forma tener presente la postura de Mary Douglas en cuanto a que si en el servicio la atención es brindada por un humano, siempre va a estar latente el error, por consiguiente el factor humano conllevará a la inexistencia del error cero.

Otro punto a discutir con base a los postulados de Mary Douglas y lo que se evidenció en la aplicación de los instrumentos propuestos por el estado colombiano en materia de seguridad del paciente, es que no se identifica el riesgo para las profesionales de la salud al momento de la atención que se brinda a los pacientes.

Ahora bien, Pierre Bourdieu sugiere que para aproximarnos a una realidad se debe conocer la totalidad de la realidad social en la que esta se sumerge. En este sentido y al igual que Mary Douglas precisan que "cualquier interpretación parcial de las reglas [...] de otra cultura está destinada a fracasar, ya que el único modo por el que las ideas de contaminación adquieren sentido es haciendo referencia a la estructura total del pensamiento..."⁵⁴

Esto implica que para poder abordar la realidad de Seguridad del Paciente, se debe conocer toda la realidad de los servicios de salud y en este caso del campo "área quirúrgica" como lo denominaría la teoría Bourdieusana, sin embargo desde esta teoría, la aplicación del campo y el habitus es muy difícil de transformar, aunque se podría superar esta situación si se trabaja el concepto de estrategia, que es el espacio que se puede crear entre la innovación y los cambios sociales permitiéndole hablar no solo de un agente social sino también de un agente actuante.⁵⁵ De esta manera la implementación de la política de seguridad de paciente tendría un mejor éxito.

En el área quirúrgica y en especial en salas de cirugía, los pacientes tienen una mínima posibilidad de realizar alguna práctica, lo que evidencia en la aplicación de la teoría de Bourdieu que el habitus no se identifica en los procesos de interrelación, en este sentido hay

un vacío del estudio al enfocarse en la cultura organizacional y los profesionales de la salud y no incluir a los pacientes y familiares, ahora bien, si se retoma de donde salen los instrumentos del estudio, se encuentra que la política tampoco los contempla, lo cual quiere decir que siendo una Política de Seguridad de Paciente no toma en cuenta al principal protagonista que en este caso es el "Paciente Quirúrgico" y debería pensarse en categorizar de manera tácita y exclusiva a este individuo que posee unas características, categorías y patrones propios dentro del campo "área quirúrgica" además deberá incluirse a sus familias ya que ellas también juegan un rol diferente.

Otro aspecto a discutir al respecto de la implementación de la política de seguridad del Paciente, es que los territorios en Colombia no son homogéneos lo que conlleva a que en la adaptación en cada región del país sería muy exclusiva y particular porque cada institución tiene un modo de pensar distinto pese a que tiene unos lineamientos de trabajo similares, tiene una cultura organizacional diferenciadora que la hace competitiva en el mercado y se suma a esto que el perfil epidemiológico es diferente y por consiguiente se debe pensar también en que la adaptación al modelo de atención sería particular en cada institución.

La implicación más importante en lo anteriormente expuesto, es que las investigaciones no se convertirían en una réplica de metodologías sino que se tendrían en cuenta todas estas categorías que marcan la diferencia en los resultados esperados frente a la caracterización de la atención segura.

Otra implicación importante es que los tomadores de decisiones por parte del estado y de las Instituciones Prestadoras de servicios en Salud, estén interesados en modificar las prácticas de forma innovadora⁵⁶ como lo plantean Perdomo y Martínez en su estudio "Agentes y Campos sociales en la seguridad del paciente de tres hospitales de Bogotá"

Los resultados de este estudio muestran que en las tres instituciones se está implementando la política de seguridad del paciente, sin embargo no hay sintonía entre los esfuerzos realizados por la alta gerencia, los líderes de los procesos de calidad, el servicio de cirugía, los profesionales de la salud y los demás servicios de la institución en general.

A su vez, se evidencia que no hay adherencia a los protocolos, en una aproximación a la cultura de seguridad del paciente, con base a los postulados de Holland en la obra el "Orden Oculto de cómo la adaptación crea la complejidad", se identifica que el sistema de salud se ve como un todo donde su interacción es por medio de redes como patrón de organización cuya característica es que no sea forzada sino espontánea. Razón por la cual en los Lineamientos de la Política de Seguridad del Paciente esto no se puede ver así porque la política se ve como una legitimación de actos que obliga a instituciones, individuos y colectivos a actuar por imposición lo que no permite la adherencia.

Los resultados de este estudio relacionados con la notificación de los sucesos adversos comparados con los hallados en el proyecto IBEAS son coincidentes en cuanto a que hay que reforzar la cultura de seguridad del paciente, la notificación de los sucesos adversos y el clima de la seguridad del paciente.

En el estudio desarrollado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud

español; 2008.Madrid, coincide con los resultados de este estudio en que las oportunidades de mejora deben realizarse sobre las dimensiones "personal" para las tres instituciones, "Percepción de seguridad" en la institución 3 y "Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente" en la institución 2.

Es importante mencionar que este estudio a diferencia de los demás estudios realizados sobre la cultura de seguridad del paciente, contempló el uso de las listas de chequeo de las buenas prácticas obligatorias en el Sistema Único de Habilitación y la lista de chequeo de seguridad en cirugía, lo que permite identificar a nivel nacional que debería realizarse investigaciones similares, si bien no permiten la generalización de los hallazgos, la evidencia en este estudio si posibilita a que las instituciones que participaron puedan hacer uso de los resultados arrojados para que se comience un trabajo significativo en particular del área quirúrgica y se establezcan planes de mejoramiento más puntuales al respecto.

En cuanto a la pregunta que se planteó inicialmente, ¿Cuál es la concepción de cultura de seguridad de paciente en los profesionales de la salud que conforman los equipos quirúrgicos de tres instituciones prestadoras de servicios en salud?

El estudio arrojó como fortalezas la frecuencia de reporte de eventos, trabajo en equipo dentro de las áreas, retroalimentación y comunicación sobre el error, expectativa y acciones del supervisor que promueve la seguridad, aprendizaje organizacional, mejoramiento continuo y transiciones y no intervenciones del hospital.

En las tres instituciones los profesionales que conforman el equipo quirúrgico consideran que el grado de seguridad de las instituciones es aceptable.

9. CONCLUSIONES

- Se exploró la concepción de la cultura de seguridad de paciente en el Talento Humano en Salud que conforma el equipo quirúrgico de tres instituciones prestadoras de servicios de salud de Cundinamarca durante el año 2014.
- Con base a observación de las prácticas relacionadas con la cultura de seguridad del paciente en los quince equipos quirúrgicos de las tres Instituciones prestadoras de servicios de salud, se evidenció que el grado de seguridad en las tres instituciones fue calificada por el personal como "aceptable".
- La adherencia a los protocolos, guías de práctica, clínica y manuales de buenas prácticas no es una fortaleza, porque aunque existen, no son divulgadas al personal de manera correcta, en la mayoría de los casos el personal menciona que falta más capacitación sobre el tema, más disposición de tiempo para estas capacitaciones, y no hay apropiación de estas herramientas al momento de las prácticas seguras.
- Al observar que en la mayoría de los profesionales de salud encuestados poseen un tiempo de experiencia mayor a 20 años, lo que podría incidir favorablemente a unas buenas prácticas clínicas pero no en la adherencia de la política en general, porque el personal tiene un hábito de trabajo aprendido lo que impide estar abierto al cambio.
- Al observar las instituciones que tiene personal de salud con experiencia menor a un año o entre un año y cinco años, se adhieren fácilmente a los protocolos institucionales pero no garantizan una atención segura debido a la inexperiencia.
- Los protocolos existentes en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud son adoptados y no se ajustan a los insumos, elementos y equipos que posee cada institución.
- Con base a la observación realizada falta personal calificado en el área quirúrgica e incluso, personal líder en el servicio.
- Con base a la observación, no se contemplan los riesgos de los profesionales al momento de la atención de los pacientes.
- La lista de chequeo para la seguridad en cirugía no es llevada a cabo con el protocolo sugerido por la Organización Mundial de la Salud, porque hasta ahora se está implementando, a su vez, en las hojas de registro no contemplan al Instrumentador Quirúrgico, pese a contar con este talento humano, porque la lista es adoptada por el servicio más no adaptadas a la realidad institucional.
- Los profesionales de salud consideran que la implementación de la política demanda más trabajo del que deben realizar.

- Los profesionales de salud consideran que los convenios docencia servicio son una carga laboral adicional, que se puede convertir en un factor de riesgo que no está contemplado en la política.
- No hay estímulos laborales para los profesionales de la salud, que impacten como estrategia para la adherencia de la política de seguridad del paciente, así como para las acciones que implican la relación docencia-servicio.
- La estabilidad, el tiempo laboral y el tipo de contrato influyen en la apropiación de los procesos de calidad y de seguridad del paciente.

10. RECOMENDACIONES

AL ESTADO:

Como ente rector y gestor de políticas, debe garantizar la participación de todos los gremios y de las asociaciones que representen a los diferentes actores incluidos a los pacientes y familiares.

Garantizar la atención segura a los trabajadores de la salud al momento de la implementación de la política.

Garantizar la gestión del riesgo con la atención y prácticas seguras que involucren las dimensiones bio psicosociales y culturales del paciente, el trabajador de la salud, el perfil epidemiológico y sociocultural de las regiones e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Realizar estudios propios para que contextualicen la realidad de la cultura de la seguridad del Paciente del país.

Hacer seguimiento y garantizar las estrategias que deben desarrollar las instituciones prestadoras de servicios de salud con las instituciones educativas con las que se mantienen convenios docencia – servicio para mitigar los riesgos al momento de la atención del paciente.

Exigir a las instituciones educativas que se cumpla eficientemente el cumplimiento de estímulos a los profesionales de la salud que cumplen la labor docencia – servicio.

A LOS GERENTES DE LOS INSTITUCIONES:

Al momento de adoptar la normatividad vigente, se realice un levantamiento diagnóstico de cada servicio donde se permita la caracterización de la región donde se presta el servicio de salud, de la unidad de atención y del personal que en ella labora para poder contextualizar con mayor realidad los riesgos latentes.

Se generen estrategias más participativas donde todo el personal se encuentre involucrado en la construcción y adaptación de los protocolos, manuales y guías.

Dentro de las capacitaciones, protocolos y guías de buenas prácticas, tener en cuenta tanto el riesgo que pueden tener los profesionales de la salud como el del paciente atendido.

Crear una política de estímulos para los profesionales de la salud que incentiven la adherencia a la cultura de seguridad del paciente y las buenas prácticas clínicas, así como a aquellos profesionales que realizan la labor docencia- servicio.

Vincular personal suficiente y calificado para la atención de los pacientes como estrategia para minimizar los riesgos.

Crear estrategias que mejoren la vinculación laboral como herramienta para evitar la rotación continua de personal y así conseguir la adherencia de las políticas institucionales en materia de seguridad del paciente.

A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD:

Mantener sinergia con el personal de su área y a su vez interesarse por lo que hacen en las demás áreas para que se mejore la comunicación y el trabajo en equipo.

Reportar oportunamente los eventos o situaciones que puedan generar riesgo o peligro al momento de la atención incluyendo los que se pueden presentar cuando hay presencia de estudiantes.

Participar en la construcción de protocolos y procesos, e incluir los relacionados con los de cambio de turno y entrega de pacientes a los servicios respectivos de acuerdo a su complejidad y a la función de cada miembro del equipo.

Informar a los líderes de los procesos de calidad, tanto de la unidad o servicio como el institucional, los posibles riesgos que pueden tener al momento de la atención de los pacientes.

Con el conocimiento y adherencia de los protocolos ajustados a cada área e incluso a cada procedimiento, se pueden realizar prácticas seguras que incluyen tanto al trabajador como al paciente.

A LOS PACIENTES:

Exigir al estado y a las Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud, la publicación de los posibles riesgos a los que se encuentran expuestos al momento de la atención.

Al momento de la socialización y firma del consentimiento informado, se encuentre presente un familiar del paciente, a su vez que se haga con tiempo y no al momento inmediato de entrar al quirófano, con el objeto de que el paciente y su familia sea consciente de los riesgos reales.

Dentro de las buenas prácticas clínicas es importante que el paciente conozca el personal de salud que lo atenderá con la debida antelación, pues esto mejorará la adherencia a los tratamientos y minimizará los riesgos.

Crear estrategias de información ilustrada y suficiente para que el paciente tenga claro cuál sería el tratamiento que se le va a llevar a cabo, así como la importancia

de realizarse tratamientos previos y/o brindar los exámenes diagnósticos necesarios para el éxito de un procedimiento seguro.

A LAS INSTITUCIONES FORMADORAS:

Capacitar a los estudiantes y docentes en la normatividad vigente aplicada al quehacer profesional.

Planear conjuntamente con las Instituciones de salud con las que mantienen convenios docencia-servicio, las capacitaciones relacionadas con las buenas prácticas clínicas y los estímulos para el personal que apoya a la docencia.

Garantizar la supervisión de los estudiantes para que ellos no estén solos al momento de realizar las prácticas clínicas.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

-
- ¹ García-Barberos M. Alianza mundial para la seguridad del paciente. [Sitio en internet]. URL disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo14.pdf> Consulta: 14 de mayo de 2013.
- ² Kerguelen C. Calidad en Salud. Beta Impresiones Ltda.: Bogotá; 2003.p.10
- ³ Howard L. Validating the competing values model as a representation of organizational cultures. *Int J Organ Anal* 1998;6:231-250
- ⁴ Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324 (6): 370-376
- ⁵ Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Hamilton JD. Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1996; 164 (12): 754.
- ⁶ Aranaz Andrés, J. M., et al. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. *Calidad Asistencial* 2009.
- ⁷ Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. *To err is Human: Building a Safer health System* Editors; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. National Academy Press. Washington. United States of América. 2000.
- ⁸ Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. Julio de 2008. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos_para_Implementaci%C3%B3n_de_Pol%C3%ADtica_de_Seguridad_del_Paciente.pdf. Consultado el 09 de octubre de 2014.
- ⁹ Gaitán-Duarte H, Eslava-Schmalbach J, Rodríguez-Malagón N, Forero-Supelano V, Santofimio-Sierra D, et al. Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia, 2006. *Rev. Salud Pública* 2008; 10 (2): 215-226.
- ¹⁰ Decreto 1011 del 3 de abril de 2006. Diario oficial N°46230. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de salud del Sistema General de Seguridad Social.
- ¹¹ Ley 23 del 18 de Febrero de 1981. Diario Oficial N° 35711. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica.
- ¹² Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Disponible en URL: <http://www.who.int/patientsafety/es/>. Consultado el 10 de octubre de 2014.
- ¹³ Arias J., Aller M., Arias I., Lorente I. *Generalidades Médico Quirúrgicas*. Tébar: Madrid; 2001.p.264

¹⁴Calidad en Salud en Colombia. Los Principios. Disponible en URL: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>. Consultado junio 10 del 2013.

¹⁵ Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Disponible en URL: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf. Consulta: 11 de mayo de 2013.

¹⁶ Valentin A, et al. Patient safety in intensive care: results from the multinational Sentinel Events Evaluation (SEE) study. *Intensive Care Med.* 2006,32(10): 1591-1598.

¹⁷Douglas Mary. Los riesgos a los que se enfrenta un técnico de prevención de riesgos. *Revista Empresa y Humanismo*, Vol. IV, Nº 2/01: 267-290

¹⁸Fried, Charles. *An Anatomy of Values, Problems of Personal and Social Choice*, Harvard University Press. Londres 1970.

¹⁹Bourdieu P. *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. México: Taurus; 2002.

²⁰ Bourdieu P, Wacquant L. *Una invitación a la sociología reflexiva*. 1a ed. Buenos Aires: Siglo XXI; 2005.

²¹ Bourdieu P. *El sentido práctico*. Madrid: Taurus; 1991.

²²Bauman Z. *La sociedad sitiada*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2007.

²³Reason J. Human error: Models and management. *BMJ* 2000; 320: 768-770.

²⁴Sally Taylor-Adams y Charles Vincent. *System Analysis of clinical incidents: the London protocol*. Traducción con modificaciones del documento (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

²⁵ Organización panamericana de la salud OPS, Oficina de Información Pública. *Seguridad de los pacientes, un problema de salud pública mundial*. Washington D.C., 2004. Disponible en URL: <http://www.paho.org>. Consultada el 6 de septiembre de 2013.

²⁶ WHO. World Human Organization. *Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. Informe Técnico Definitivo enero de 2009. WHO 2009. Disponible en URL: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf. Consultado el 28 de septiembre de 2014.

²⁷ OMS. *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. Informe técnico definitivo. Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. 2009.

²⁸ Unión Europea. *Declaración de Luxemburgo*. Portal de la Unión Europea. 2005, 3 p. Disponible en URL:

http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/free/Luxembourg_Declaration_June2005_final.pdf. Consultada el 1 de noviembre de 2013.

²⁹ OMS. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente. La Cirugía Segura Salva Vidas. Segundo reto por la seguridad del paciente. Suiza. 2008.

³⁰Ruiz P. Gestión Clínica en Cirugía. Aran.: Madrid; 2005.

³¹Restrepo J. Foro Permanente sobre la Calidad de la Atención de la Salud. Academia Nacional de Medicina de Colombia: Bogotá; 2002.

³²Ministerio de la Protección Social de Colombia. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Bogotá: Buenos y Creativos; 2008. Disponible en URL: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/LINEAMIENTOS%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE.pdf>. Consultada el 19 de mayo de 2013.

³³ Ministerio de Protección Social, Dirección de Calidad de Servicios; República de Colombia. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. 2008.

³⁴ Ministerio de Protección Social, Dirección de Calidad de Servicios Unidad Sectorial de normalización; República de Colombia. Guía Técnica: Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Bogotá. El Ministerio, Versión: 001, Marzo /09.

³⁵Jiménez WG. El derecho a la salud una búsqueda inacabada para la Sociedad Colombiana. Revista EAN 67. Septiembre- diciembre 2009. Pág.: 107-122.

³⁶ CONPES 3446 30 de octubre de 2006. Lineamientos para una Política Nacional de calidad. Bogotá. República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Consejo Nacional de Política Económica y Social.

³⁷Decreto 2389 del 15 de Octubre de 2002. Diario Oficial N°44967. Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención de Salud del sistema General de Seguridad Social en Salud.

³⁸Resolución 001043 del 3 de abril de 2006. Diario Oficial N°46271. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

³⁹Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Disponible en URL: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf. Consultada el 14 de octubre de 2014.

⁴⁰ Resolución 1445 del 08 de mayo de 2008. Diario Oficial N°46271. Por la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones.

⁴¹ Ministerio de la protección social. Estudio IBEAS y la política de seguridad de paciente en Colombia. Disponible desde URL: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/Library/Documents/DocNewsNo14913DocumentNo4633.pdf>. Consultada el 6 de septiembre de 2013.

⁴²Gribbin Jhon. Así de simple. El caos, la complejidad y la aparición de la vida. Editorial Crítica. Barcelona. 2004.

⁴³Holland, Jhon H. El orden oculto. De cómo la adaptación crea la complejidad. Editorial. S.L. Fondo de Cultura Económica de España. 2004.

⁴⁴Capra Fritjot. La trama de la vida. Una nueva perspectiva de los seres vivos. Editorial Anagrama. Barcelona. 1998.

⁴⁵ Duncan J Watts. Seis grados de separación. La ciencia de las redes en la era del acceso. Editorial Paidós. 2006.

⁴⁶ Dawkins, Richard. El gen egoísta. Barcelona: Salvat Editores. 2000.

⁴⁷Aunger Robert. El meme eléctrico, Barcelona, Paidós. 2004.

⁴⁸Serje, Margarita 2002 "Cultura" en: Serje, Margarita; Suaza, María Cristina; Pineda Camacho, Roberto (eds) Palabras para desarmar: Una mirada crítica al vocabulario del reconocimiento cultural en Colombia. Bogotá: Ministerio de Cultura/ICANH, 2002, p. 119-130.

⁴⁹ Centro de Investigaciones Epidemiológicas. Cultura del error y de la seguridad de los pacientes. Disponible desde URL: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/cultura.asp>. (Consultada el 19 de Septiembre de 2014)

⁵⁰ Smircich, L. (1983). Concepts of Culture and Organizational Culture Analysis. Administrative Science Quarterly 28: 339-358.

⁵¹ Rilko-Bauer, B. and Farmer. Managed Care or Manager inequality? A Call for critiques of Market Based Medicine. Medical Anthropology Quaterly 16(4):476-502.

⁵²Mc Dowell I. Cap. 2. The theoretical and technical foundations of health measurement. En: Mc Dowell I. Measuringhealth a guide to rating scales and questionnaires. 3rd ed. Oxford ; New York : Oxford University Press; 2006. p. 10-46.

⁵³Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente. La Cirugía Salva Vidas Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación. (1ª Edición). 2008

⁵⁴Douglas m. Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú. Madrid: siglo XXI; 93.

⁵⁵Fernández O. El estructuralismo constructivista. Curso de teoría sociológica francesa. Universidad de Costa Rica, 2006.

⁵⁶Perdomo, Martínez. Agentes y campos sociales en la seguridad del paciente de tres hospitales de Bogotá. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 9 (19): 150-178, julio-diciembre de 2010.