



GOBERNANZA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁREA QUIRÚRGICA DE UNA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, ESE

Governance and patient safety in the surgical area of a hospital

DIANA MILEY OREJUELA BAQUERO ¹, MARÍA NELA LÓPEZ LÓPEZ ¹, MARÍA FERNANDA GONZÁLEZ ¹
¹Universidad Santiago de Cali, Colombia

KEYWORDS

Surgical area
Governance
Public policy
Patient safety
health professionals
Health System
Adverse events

ABSTRACT

Objective: To analyze the governance of the Patient Safety Policy in the health professionals of the surgical area of an ESE of the city of Cali in the year 2020. Methodology: Descriptive cross-sectional study, with a quantitative observational approach and deductive method. Results: 56.6% of the population is not aware of the patient safety policy, leading to a high risk of adverse events. Conclusions: The study population is unaware of the formal rules of the institutional patient safety policy; the mechanisms for dissemination and implementation of the policy should be improved.

PALABRAS CLAVE

Área quirúrgica
Gobernanza
Política pública
Seguridad del paciente
Profesionales en salud
Sistema de salud
Eventos adversos

RESUMEN

Objetivo: Analizar la gobernanza que se ejerce sobre la Política de Seguridad del Paciente en los profesionales de salud en el área quirúrgica de una ESE de la ciudad de Cali en el año 2020. Metodología: Estudio de tipo descriptivo de corte transversal, con enfoque cuantitativo tipo observacional, y método deductivo. Resultados: El 56,6% de la población no conoce la política seguridad de paciente y el riesgo de eventos adversos sea alto. Conclusión: La población estudiada desconoce las normas formales de la política institucional de seguridad del paciente, se deben mejorar los mecanismos de divulgación e implementación de la política.

Recibido: 14/ 06 / 2022

Aceptado: 21/ 08 / 2022

1. Introducción

En Colombia las instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto públicas como privadas, presentan dificultades y barreras que les impiden la adecuada prestación del servicio, por tal motivo, el gobierno nacional desde el año 2008 como mecanismo de gobernanza, impulsa la Política pública de Seguridad del Paciente, y de esta manera espera disminuir la ocurrencia de eventos adversos EA, y contar con instituciones seguras y competitivas, en la atención en salud a través del Sistema Obligatorio de la Calidad en Salud. La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) (2020) plantea que la seguridad del paciente es la reducción al mínimo del riesgo de producir daño innecesario o potencial relacionado con la atención en los servicios de salud.

El Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos IBEAS realizado en el 2009, el cual se realizó con la participación de seis países, incluido Colombia, encontró que la incidencia de presentarse algún evento adverso en pacientes es del 10,46 % de los cuales una tercera parte estaban relacionados con la atención. (Estrada González & González Restrepo, 2018). En cuanto a los EA presentados en Colombia, estos autores, sostienen que, el estudio evidencia una ocurrencia de estos eventos en un 13,1 %; superior al promedio de los países que forman parte de la muestra de la investigación, de los cuales, el 43,3 % ocurren en quirófano (p. 3).

En los servicios de cirugía la responsabilidad para la prevención de eventos adversos EA, recaen en todo el equipo quirúrgico y por lo tanto el compromiso del personal del área quirúrgica debe estar orientado a cumplir todos los protocolos con la finalidad de prestar un servicio seguro para el paciente quirúrgico, seguimiento y control por parte de los actores que intervienen en el proceso de gobernanza en la política institucional de seguridad del paciente. Es importante, por tanto, articular los Programas de Seguridad del Paciente a los procesos de gobernanza en salud, permitiendo de este modo, detectar de forma temprana cualquier situación de riesgo y lograr hacer una rápida intervención.

El concepto de gobernanza tiene diferentes significados y en muchos de los casos, los conceptos se confunden entre gobernabilidad y gobierno (Hufty *et al.*, 2006; Hufty, 2008; Rodríguez *et al.*, 2010). Esto posiblemente se deba al desconocimiento de buena parte de la población acerca de lo que es la gobernanza, esta implica la participación de la sociedad de manera activa y, sobre todo, es un modelo práctico más que teórico, para favorecer a la sociedad de la manera más equitativa posible al permitir la colaboración de todos los sectores en la toma de decisiones de la política implicada. (De Ortúzar, 2015).

La gobernanza del sistema de salud colombiano se encuentra debilitada por causas diversas, entre las cuales se destacan la estructura y organización del sistema de salud, un marco normativo complejo y extenso, el cual establece los diferentes actores que intervienen en la prestación de los servicios de salud, como lo son, las entidades aseguradoras o entidades promotoras de salud (EPS), y las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), las cuales, se encuentran en permanente crisis debido a la concentración de las decisiones financieras y administrativas respecto de la prestación de los servicios de salud en las EPS.

Lo que origina un desequilibrio en la atención y la cobertura de los servicios de salud, ya que los dos regímenes para la prestación del servicio existentes, el contributivo y el subsidiado, concentran las acciones en la atención de los ciudadanos afiliados, mas no, en la prevención de sus enfermedades. Para poder concretar acciones efectivas en la cobertura del servicio de salud para aquellos ciudadanos que son subsidiados en el régimen público, el gobierno nacional a dispuesto la creación de las Empresas Sociales del Estado (ESE), bajo el Decreto 1876 de 1994, Capítulo III, Artículos 15.

Bajo este contexto, poder concretar acciones efectivas que mejoren la seguridad del paciente es importante que los actores acaten, comprendan, y articulen los procesos, las acciones, las normas y reglas ya sean formales e informales, los espacios de interacción de la política de seguridad del paciente, en un marco analítico MGA, que se propone como herramienta metodológica para comprender la forma en que funciona el sistema y se relacionan los actores (Hufty, 2006 y 2010).

Por tanto, para garantizar las condiciones óptimas de seguridad del paciente, sobre todo en aquellos escenarios donde son más vulnerables como en el área quirúrgica, el presente trabajo, analiza la gobernanza que se ejerce sobre la Política de Seguridad del Paciente por parte del personal de salud del área quirúrgica de una Empresa Social del Estado, ESE, de la ciudad de Cali. Colombia, durante el año 2020.

2. Método

El presente estudio con enfoque cuantitativo y observacional, es de tipo descriptivo de corte transversal; abordó una muestra probabilística del personal el área quirúrgica que laboran en una ESE de la ciudad de Santiago de Cali (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería e instrumentadores quirúrgicos), con un tamaño muestral de 30 personas. mediante el instrumento de recolección tipo encuesta, que fue diseñada bajo variables de orden nominal, cardinal y de razón. Para dar cumplimiento a los aspectos éticos de investigación con seres humanos, el protocolo de este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la facultad de Salud de la Universidad Santiago de Cali, Colombia.

2.1. Instrumento

Se realizó una encuesta auto diligenciada al personal del hospital que está involucrado directamente con la Política de Seguridad del Paciente en el área quirúrgica. Se realizó una validación de los instrumentos por cuatro expertos que evaluaron la encuesta y las preguntas del cuestionario mediante una rejilla de evaluación, con una fiabilidad del Alfa de Cron Bach del 97,5%.

2.2. Procedimiento

Para la recolección de la información se solicitó autorización de parte del director de la ESE, ubicado en la Ciudad de Cali, Colombia en un sector con la mayor cantidad de población vulnerable de la ciudad. El hospital cuenta con una construcción adecuada y ofrece servicios especializados a todas a la población del sur occidente colombiano.

Una vez verificada la existencia del programa de Seguridad del paciente en la ESE, se procedió a identificar las personas responsables del área quirúrgica, Se calculó una muestra probabilística aleatorio-simple, basada el principio de equiprobabilidad, es decir, aquella en los que todos los individuos tienen la misma probabilidad de ser elegidos, garantizando la representatividad; posteriormente se concertó una cita, se les explicó la investigación y se les invitó a participar en el estudio.

Las encuestas se realizaron de manera individual en el lugar de trabajo de los actores, garantizando condiciones de privacidad y anonimato, fueron realizadas en su totalidad por las investigadoras de este estudio. La duración promedio fue de 30 minutos por encuesta, previo consentimiento informado.

Para el análisis de la gobernanza se utilizó el Marco Analítico de Gobernanza (Hufty, 2011), que propone elementos como actores, normas sociales, el proceso o espacios de decisión, que sirvieron de guía para el ordenamiento y el análisis de la información. La información recogida se analizó mediante el programa estadístico SPSS 2021.

De acuerdo con este marco, se realizó la caracterización de los actores, su formación académica, su rol dentro del área quirúrgica y años de experiencia. Conocimiento y nivel de influencia en la política de seguridad del paciente. Aplicación de las normas, decisión sobre recursos de la política, capacitación, prevención y comunicación de los procesos de la política por parte del comité de seguridad del paciente. Acceso al formato de reporte de eventos adversos. Espacios para análisis y planes de mejoramiento de los eventos adversos.

3. Resultados

Los resultados fueron elaborados por objetivos.

3.1 Aspectos sociolaborales de los actores del área quirúrgica de la ESE.

El personal del área quirúrgica en su mayoría son profesionales de la salud, en un 56.7%, seguido de auxiliares de enfermería y farmacia con un 43.3%. El 36.7% de los participantes tienen edad superior a 54 años, el 46.6% es un personal joven entre los 21 a 33 años y el 16.6% es una población adulta entre 34 y 54 años. La mayoría de los participantes son varones con un 53,3%, y mujeres con un 46,7%.

Con relación a la experiencia laboral en el área quirúrgica, el 36.7% del personal tiene menos de 1 año de experiencia en el cargo, seguido del 16.5% que cuenta con 1 a 5 años de experiencia, es decir, más de la mitad de los actores (53.2%) tienen 5 años de experiencia o menos en su cargo. Estas cifras contrastan con dos grupos con bastante experiencia laboral. el 13.3% que tiene de 6 a 10 años de experiencia laboral y el 33.3% tiene de 11 años a 15 años y más de experiencia.

3.2 Influencia en la política de seguridad del paciente en el área quirúrgica en la ESE.

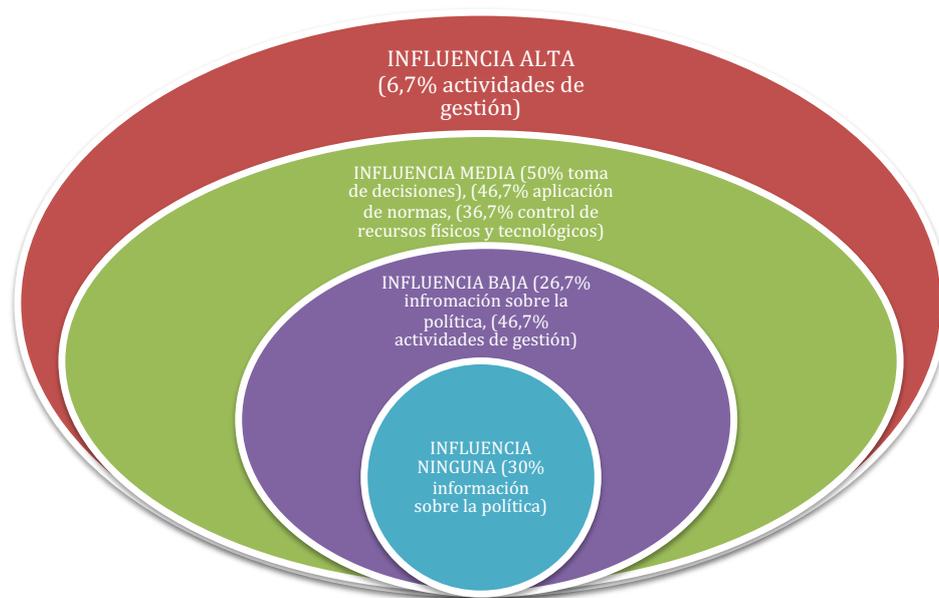
Frente a la influencia en la política de seguridad del paciente, los niveles de influencia alta y media corresponde a los profesionales (médicos especialistas, médicos, enfermeras e instrumentadoras quirúrgicas) hay alta influencia en aspectos relacionados con la toma de decisiones (57%) y en menor medida en algunas actividades de gestión (6.7%) y en la aplicación de normas formales un 26.7%.

La mayoría del personal de salud tiene influencia media en la aplicación de normas formales de la política con un 46.7%, y un número importante del personal (8) tiene una alta influencia con un 26.7%. Solo el 23,3% responde con baja o ninguna influencia sobre la aplicación de las normas.

Con relación al liderazgo de la política, el 6.7% con alta influencia, corresponden a las personas que lideran la política en el área quirúrgica. La influencia media es del 36.7%. Se resalta que el 46.7 % exprese una baja influencia en las actividades cuando todos deben liderar la política de Seguridad del paciente en el área de cirugía.

Frente al control de los recursos físicos y tecnológicos para la política seguridad del paciente, se puede observar que el 6.7% tiene alta influencia, el 36.7% tiene influencia media en el control de los recursos físicos y tecnológicos para la política seguridad del paciente, no obstante, el 56.7 % tienen entre baja influencia y ninguna, la mayoría del personal de salud se involucra con las sugerencias para la implementación de acciones de la política.

Figura 1. Influencia en la política de seguridad del paciente en el área quirúrgica en la ESE



Fuente: elaboración propia

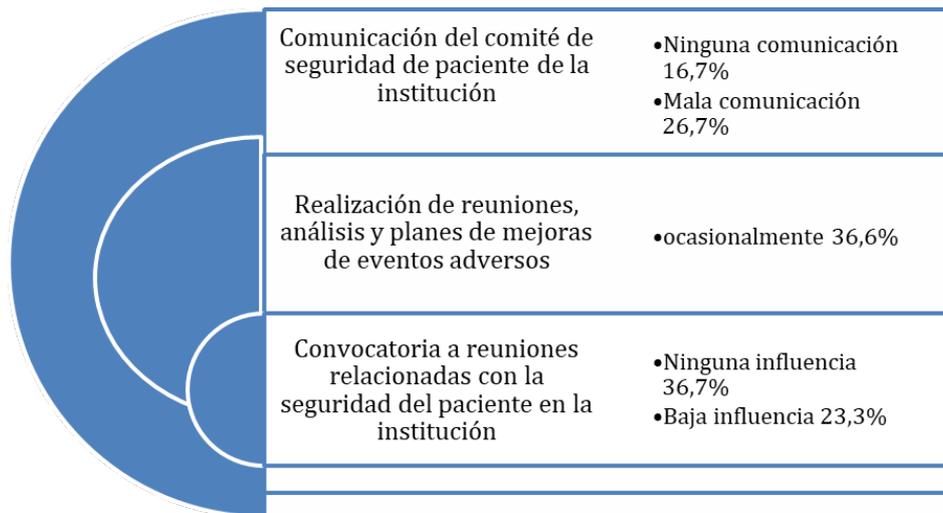
3.3 .Los Espacios de interacción.

Los espacios formales de interacción del área quirúrgica están señalados en la resolución No. 017 del 18 de febrero de 2019, “por la cual se actualiza y adopta la política institucional de seguridad del paciente de la ESE.”. El Hospital cuenta con un programa de Seguridad del paciente y con un Comité de Seguridad del paciente coordinado por el área de enfermería y este se identifica como un espacio formal. El personal del área quirúrgica, no manifestó contar con espacios informales, seguramente dadas las características del área quirúrgica donde la exigencia técnica implica el seguimiento de la normatividad, además de turnos y rotaciones y tiempo definido por las cirugías.

La resolución menciona los elementos estratégicos institucionales para la mejora de la seguridad del paciente, la cual está representada por la participación de todas las áreas en la implementación a través de conferencias, seminarios, talleres y/o charlas informales en espacios de interacción. Además, se implementan rondas de seguridad con una periodicidad establecida por la Gerencia y la implementación de las cápsulas de seguridad que son reuniones en la que los grupos asistenciales acompañados del coordinador del programa de seguridad del paciente, revisan un tema relacionado con la seguridad de paciente.

Frente a la comunicación de los procesos de seguridad del paciente por parte del Comité, se encontró: La comunicación de los procesos de seguridad del paciente particular por el comité de seguridad, un 43.4% considera que la comunicación es deficiente, el 36% que es positivo y el 20% es un proceso de comunicación regular.

La prevención y disminución de los eventos adversos es la actividad más importante de la política de seguridad del paciente en el área quirúrgica, según la normatividad el comité de seguridad de paciente debe realizar jornadas de retroalimentación para efectos de calidad y de brindar información para implementar acciones de mejora; encontrándose que la frecuencia de reuniones es ocasional.

Figura 2. Los Espacios de interacción.

Fuente: elaboración propia

3.4. Las interacciones de los actores del área quirúrgica con la política de seguridad del paciente en la ESE y el reporte de eventos adversos.

La garantía del cumplimiento de las normas formales e informales están ilustrados en la resolución No 017 del 18 de febrero de 2019, “por la cual se actualiza y adopta la política institucional de seguridad del paciente de la E.S.E.”, se adopta la política de seguridad de paciente para brindar una atención segura con calidad a los diferentes usuarios, bajo procesos seguros y controlados para prevenir eventos adversos, en pro de generar una cultura de seguridad del paciente, implementando gestión del riesgo, prácticas seguras y construyendo una alianza con los diferentes actores institucionales, paciente y su familia. Sin embargo, el conocimiento de la política seguridad de paciente en la ESE, es bajo en un 33,3%, y alto un 26.7%.

Respecto a los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas de la política en la institución, se puede observar que la mayoría del personal de salud responde ninguna influencia sobre mecanismos de transparencia y rendición de cuentas de la política en la institución en un 46.7%, seguido de influencia media con un 23.3%.

En relación a si, el personal asistencial de salud del área quirúrgica conoce los espacios o los medios que ha dispuesto la institución para reportar la ocurrencia de eventos adversos, encontrando que en un 26,7%, el personal de salud responde que no conoce nada, con el mismo porcentaje responden que conocen poco. Sin embargo, en un 16,7% consideran que si conocen los espacios para realizar los reportes de ocurrencia de eventos adversos.

Finalmente, la divulgación de manera formal al profesional del área quirúrgica, sobre la implementación de un plan de mejora, se encontró que en un 43,3% del personal de salud responde que están en desacuerdo siendo el valor más alto, seguido del 16,7% de estar ni de acuerdo ni en desacuerdo.

4. Discusión

La posibilidad del gobierno para cohesionar los diferentes actores del sistema de salud para el desarrollo de políticas públicas y programas en materia de Salud Pública resulta débil (Chávez, 2014) de manera general. Los factores sociolaborales pueden beneficiar o establecer el progreso de una institución (Romero, 2017). Pudiendo beneficiar o impedir el progreso de un escenario peligroso en el panorama laboral (Tuesta, 2017), de manera más precisa, los años de experiencia laboral si influyen en una mayor cultura de la seguridad del paciente y una mínima experiencia en el trabajo, aumenta el temor de que un incidente o un error cometido durante el desarrollo del servicio según Vilcapaza (2021).

Respecto a la experiencia laboral de la población objeto de estudio encontramos que el 36.7% tiene menos de un año en el cargo y no conoce a fondo la política institucional de seguridad del paciente, los procesos y protocolos requeridos para cumplir con uno de los objetivos de calidad de la institución en cuanto a la sostenibilidad y seguridad del paciente. De igual forma podemos evidenciar que el 46.6% del personal está entre los 21 a 33 años y el 36.7% de la población tiene edad superior a los 54 años, que el, 53.3% Hombres y el 46.7% mujeres. Ambos aspectos pueden incidir en el conocimiento y desempeño a frente a la política institucional de seguridad del paciente.

Por otra parte, al referirnos a la influencia de la Política de Seguridad del Paciente en la ESE de la ciudad de Cali, podemos encontrar que la mayoría de la población desconoce el concepto de gobernanza, solamente un 13,3% dice conocer parcialmente el concepto, lo que dificulta en alguna medida la correcta implementación de la política de seguridad del paciente en la ESE, ya que refleja que sólo los actores con nivel de influencia alto son facilitadores de la gobernanza, en este sentido, los resultados del personal del área quirúrgica, son similares al estudio sobre salud mental en México de Diaz-Castro *et al.* (2017), respecto de la aplicación de las normas formales de la política y el nivel de influencia de los actores.

El área quirúrgica no reporta espacios informales, aspecto que es destacable puesto que los espacios informales en el área quirúrgica se tornan riesgosos debido a que el personal se rigen por normas científicas, basadas en la evidencia como lo es la política institucional y su normativa internacional, nacional y local, que debe adaptarse y avanzar en el proceso de implementación de rondas de seguridad de forma periódica, en virtud de lo contemplado en la política institucional y del espíritu de las Empresas Sociales del Estado las cuales por su naturaleza deben acreditar sus procesos y propender por la prevención y disminución de eventos adversos en el servicio. Según la política institucional de la ESE (resolución N° 017-2019 del 18 de febrero de 2019), las rondas de seguridad son mecanismo a través del cual, el nivel directivo del hospital, realiza rondas en la cuales únicamente se revisan y discuten temas de seguridad, involucrando los diferentes actores inherentes a la política pública.

En cuanto a las dinámicas de los actores para garantizar la Política de Seguridad del Paciente institucional se evidencia que no hay una correcta difusión de la misma, ya que el 33,3% de la muestra está no conoce la política institucional del seguridad del paciente, de igual forma ocurre con la participación de los actores en el programa institucional de seguridad del paciente, ya que solamente el 26,7% de la población, manifiesta participar activamente de la política institucional del seguridad del paciente. A diferencia de lo que ocurre en el estudio realizado por Minoletti, A *et al.* (2018) de Salud Mental en Chile, donde se presta los servicios de salud con alta calidad, a diferencia de nuestro objeto de investigación, donde el 60% de la población considera que el programa institucional de seguridad del paciente no presta adecuadamente los servicios de salud de forma accesible y equitativa con calidad para la atención en salud.

En relación a la identificación de espacios de interacción de los actores del área quirúrgica en la política de seguridad del paciente, se encontró en este estudio que, el Hospital cuenta con un programa de Seguridad del paciente y con un Comité de Seguridad del paciente coordinado por el área de enfermería y este se identifica como un espacio formal; sin embargo; frente a la comunicación de los procesos de seguridad del paciente por parte del Comité, se encontró que un porcentaje considerable de la población abordada (43,4%), considera que la comunicación es deficiente y que ocasionalmente se hacen reuniones para el análisis y planes de mejora, tal como lo menciona Taylor (2015), esto responde al sistema de información complejo que se maneja en esta área, que se suma a los cambios de personal que son recurrentes en esta área.

Así las cosas, la interacción de los actores del área quirúrgica en la política de seguridad del paciente se constituye entonces en una herramienta de cultura en salud que contribuye a la toma de decisiones y el ajuste de estrategias que impacten la atención ofertada de forma positiva (Burbano *et al.*, 2018).

La cultura de seguridad de acuerdo a la Agency for Healthcare Research and Quality-AHQR, se define como el resultado de los valores individuales y de grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de una organización hacia la salud, y el manejo de la seguridad, la cual se caracteriza por una comunicación fundada en la confianza mutua, producto de las percepciones compartidas acerca de la importancia de la seguridad, y por la confianza depositada en la eficacia de las medidas preventivas implementadas para evitar los eventos adversos (Castañeda-Hidalgo, 2013). Adicionalmente, la implementación de una política de cultura de la seguridad y un espacio en beneficio de la misma debe apoyarse en mediciones que faciliten conocer su grado de desarrollo y evaluar los cambios a lo largo del tiempo (Gómez - Arias & Arias-Botero, 2017). Su desarrollo y mejora inciden directamente en una atención más segura (Wang *et al.*, 2014).

En la institución prestadora de salud ESE, el área quirúrgica, es un área que se encuentra en mejoramiento continuo, para ello se acuden a herramientas como: conferencias, seminarios, talleres y/o charlas informales, además, se implementan rondas de seguridad con una periodicidad establecida por la Gerencia y la implementación de las cápsulas de seguridad que son reuniones en la que los grupos asistenciales acompañados del coordinador del programa de seguridad del paciente, revisan un tema relacionado con la seguridad de paciente, de igual forma se requiere un equipo de apoyo en esta gestión, así como lo menciona Gutiérrez *et al.* (2019), el direccionamiento y apoyo a cargo de un equipo directivo es un factor clave para implementar condiciones de trabajo seguras tanto para el personal como para el paciente.

Por otra parte, se encontró que el programa institucional de seguridad del paciente trabaja sobre unos principios que garantizan el correcto funcionamiento y el cumplimiento de la política pública de seguridad del paciente de acuerdo a la Resolución 017-2019 artículo tercero (18 de febrero de 2019) donde establece que es fundamental la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivo, no obstante la población manifestó que la realidad en el servicio es

muy diferente, puesto que el programa de seguridad del paciente no garantiza el cumplimiento de las normas, encontrando que el 46,7% del personal responde estar ni de acuerdo ni en desacuerdo en el cumplimiento de los principios.

Frente a los eventos adversos cabe resaltar que la población manifiesta no conocer los espacios para reportar eventos adversos, ni recibe retroalimentación sobre el análisis y planes de mejora. Es contrario lo que difiere en la política institucional de acuerdo a la Resolución N° 017-2019 (18 de febrero de 2019).

Finalmente, Se observa una fortaleza de parte del comité de seguridad del paciente en su esfuerzo para prevenir la ocurrencia de eventos adversos donde el personal del área quirúrgica se encuentra de acuerdo con un 33.3% con la prevención de algún daño no intencional que se pueda producir en el paciente quirúrgico derivada de la atención en salud. Lo que nos afirma la Resolución N° 017-2019 del 18 de febrero de 2019 en su artículo ocho numeral ocho donde se reúnen mensualmente con la finalidad de realizar análisis de los eventos adversos con el fin de evitar repetición de eventos adversos.

5. Conclusiones

En el análisis de la gobernanza de la política de seguridad del paciente presente en el área quirúrgica de la ESE en la ciudad de Cali, se encontró que existen una política institucional de seguridad del paciente adaptadas a los procesos del hospital por medio de la resolución N° 017-2019 del 18 de febrero de 2019 del Departamento del Valle como Empresa Social del Estado por la cual se actualiza y adopta la política institucional de seguridad del paciente de la E.S.E. la cual se ejecuta por medio de facilitadores los cuales participan en mayor o menor medida en el cumplimiento de los protocolos para garantizar la seguridad del paciente y brindar servicios de salud de calidad, también los mismo facilitadores realizan sugerencias al programa institucional de seguridad de paciente del hospital. No obstante, se evidencian falencias en la implementación de la lista de verificación, la capacitación de los nuevos colaboradores del área quirúrgica, el seguimiento y control a la implementación de la política institucional de seguridad del paciente en el servicio de cirugía. En el análisis se encontró que los actores del proceso en la política de seguridad del paciente están dispuestos a colaborar, plantear soluciones y hacer sugerencias, sin embargo, para que estos esfuerzos no se hagan en vano desde la parte directiva de la institución debe impulsarse acciones para fortalecer la cultura institucional de la seguridad del paciente en el área quirúrgica.

Se encontró que el 36.7 % son profesionales y técnicos profesionales que tienen pocos años en el cargo se visualiza la preocupación de los profesionales y su ánimo de cualificación en los temas relacionados con el cuidado del paciente.

Los datos encontrados frente a la población objeto de estudio muestra que 1/3 parte de los participantes tienen edad superior a 54 años, la misma proporción de los participantes de edades entre 21 a 26 años. En cuanto al género participaron en una proporción similar entre hombres y mujeres, la mayoría de los participantes fueron médicos, auxiliares de enfermería y en menor proporción profesionales en instrumentación quirúrgica.

Los que más influyen en la toma de decisiones son los profesionales e igualmente en la aplicación de las normas y las acciones encaminadas a la gestión de la política en menor medida en el control de los recursos físicos y tecnológicos equivalente al 26.7 % de la población objeto de estudio no reconoce los medios dentro del área quirúrgica para el reporte de eventos adversos.

En la influencia sobre la información hay un porcentaje del 6.7% de la población objeto de estudio con alta influencia, pero personas que no tiene ninguna influencia presentan dificultades en diferentes aspectos comunicación, información y capacitación. La política existe, pero no se da a conocer, no se comunica este problema resta gobernanza al área quirúrgica.

Vale la pena aclarar que parece que el gremio no tiene muchos años de experiencia cuando más de la mitad de los participantes tiene menos de 5 años de experiencia.

Este estudio puede concluir que tan solo el 25% de la población objeto de estudio tiene el conocimiento de gobernanza, lo que deja claro que se debe trabajar en este aspecto, dado que es un porcentaje muy bajo, esto obedece a que gran porcentaje son personal nuevo.

El 33.3% de la población considera que no hay técnicas de acción colectiva que organizan la interacción entre actores, la dinámica de los procesos y las reglas de juego con las que una sociedad toma e implementa sus decisiones, y determina conductas.

El 56,6% de la población objeto de estudio manifiesta no conocer la política seguridad de paciente lo que conlleva a que el riesgo de eventos adversos sea alto.

En cuanto a las normas formales de la política un 56.7% responden que generan una influencia media sobre esta temática, pero cabe aclarar que todos los actores deben tener una influencia alta al referirse en el área quirúrgica para propiciar una adecuada gobernanza.

Según los datos encontrados la población objeto de estudio presenta debilidades en el conocimiento sobre las normas formales de la política institucional de seguridad del paciente y hay que realizar trabajos de intervención donde se generen estrategias de capacitación al personal y mejorar los mecanismos de comunicación y divulgación.

6. Agradecimientos

En primer lugar, agradecemos a nuestra Universidad Santiago de Cali por ser un agente de cambio en nuestra comunidad y formación, a nuestra directora de trabajo de grado María Fernanda González por su continuo acompañamiento a lo largo de este proceso investigativo y a nuestros docentes por los conocimientos compartidos a lo largo de toda la carrera. A nuestras familias por su constante apoyo incondicional.

Referencias

- Aguilar, L. F. (2005). *Gobernanza y Justicia. El concepto de Gobernanza*. <https://bit.ly/3owJlWC>
- Aguilar, S. (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco*, 11(1-2), 333-338. <https://www.redalyc.org/pdf/487/48711206.pdf>
- Archila, C. M. (2008). *La Seguridad Del Paciente En La Prestación De Servicio De Salud* (Tesis de especialización). Universidad Industrial de Santander, Escuela de Medicina, Departamento de Salud Pública.
- Arellano, D. (2004). ¿Uno o varios tipos de gobernanza? Más allá de la gobernanza como moda: la prueba del tránsito organizacional. *Cuadernos de Gobierno y Administración Pública*, 1(2), 117-137. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4998735>
- Bazzani, R. (2010). Gobernanza y salud: Aportes para la innovación en sistemas de salud. *Revista de Salud Pública*, 12, 1-7. <https://www.scielo.org/pdf/rsap/2010.v12suppl1/1-7/es>
- Burbano, A., Romero Rangel, A., Romero, L., & Ramos, M. (2018). *Medición de la percepción de cultura de seguridad del paciente en una ips de primer nivel en Bogotá, Colombia*. Pontificia universidad javeriana. Bogotá D.C. <https://bit.ly/3zfvRTU>
- Calderón, A. (2017). *Aproximación a las políticas de gobernanza de la seguridad: Estudio retrospectivo de la formulación de la política pública de seguridad ciudadana en Bogotá durante las administraciones 1995-2007*. (Tesis de maestría). Universidad de los Andes de Bogotá, D.C.
- Castañeda-Hidalgo Hortensia, G. H. (2013). *Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería*. *Cienc. Enferm. [internet]*, 19(2), 77-88. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0717-95532013000200008
- Chávez, B. O. (2014). *La gobernanza en el sistema de salud colombiano (Tesis de maestría)*. Universidad de Antioquia.
- Clark, G. (2007). *La ciudad del futuro*. British Comuncilla.
- Costa-Alcaraz A.M., C.-R. F.-A. (2013). La gobernanza compartida y la razonabilidad como aportaciones éticas a la política sanitaria. *Rev. Esp. Salud Pública*, 87, 137-147.
- De la Rosa, S. y. (2017). Aportes de gobernanza para estudiar las políticas en sistemas de salud. *Horizonte sanitario*, 16(3), 221-227. <https://bit.ly/3oBh69c>
- De Ortúzar, M. (2015). ¿Equidad y "Gobernanza en Salud" ...? Pensar lo propio. *Perspectivas Bioéticas*, 37-38, 54-75. <http://ojsbioetica.flasco.org.ar/index.php/pb/article/view/119>
- Díaz-Castro, L. Arredondo, A. Pelcastre-Villafuerte, B.E. & Hufty, M. (2017). Gobernanza y salud mental: aportes para su abordaje en materia de políticas públicas. *Revista de Saúde Pública*, 51, 4. <https://www.scielo.org/article/rsp/2017.v51/4/es/>
- Estrada González, C. &. (2018). Sucesos adversos relacionados con el acto quirúrgico en una institución de salud de tercer nivel. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(3).
- Flores, W. (2010). Los principios éticos y los enfoques asociados a la investigación de la gobernanza en los sistemas de salud: implicaciones conceptuales y metodológicas. *Revista de Salud Pública*, 12, 28-38.
- García, J. (2015). *La gobernanza en la administración pública-análisis a las políticas de participación y gobernanza implementadas en Bogotá* (Tesis de licenciatura). Universidad de los Andes, Bogotá, D.C. <https://bit.ly/3zCb8Ln>
- Gómez, O. A. (2011). Cultura de Seguridad del Paciente por Personal de Enfermería Bogotá, Colombia. *Ciencia y Enfermería*, 17(3), 97-111.
- Gómez-Arias, R. D., & Arias-Botero, J. H. (2017). *La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición*. *CES Medicina*, 31(2), 179-190. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=261152682008>
- González, J. (2015). *Reglas formales e informales. El caso del primer cónsul mexicano en La Habana 1838-1846. Jornadas sobre técnicas de interpretación de fuentes en las Ciencias Sociales*. <https://bit.ly/3BkB3sv>
- Guedes, J. L. (2015). La gobernanza en la práctica profesional del enfermero en el ámbito hospitalario: estudio de métodos mixtos. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 23(6), 1024-1032. <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-1169201500>
- Gutiérrez-Cía, I., de Cos, P. M., Juan, A. Y., Obón-Azuara, B., Alonso-Ovies, Á., Martín-Delgado, M. C., ... & Aibar-Remón, C. (2010). Percepción de la cultura de seguridad en los servicios de medicina intensiva españoles. *Medicina Clínica*, 135, 37-44. <https://bit.ly/3oCCRW0>
- Hernandez- Sampieri. (2014). *Metodología de la investigación*. <https://bit.ly/3Q01oA9>
- Hospital Isaías Duarte Cancino. (2020). *Procesos misionales*. <https://bit.ly/3zEFnRS>
- Hufty, M. (2008). Una propuesta para concretizar el concepto de gobernanza: El Marco Analítico de la Gobernanza. *Gobernabilidad y gobernanza en los territorios de América Latina*. La Paz: IFEA-IRD. <https://bit.ly/3cGBE77>
- Hufty, M. (2010). Gobernanza en salud pública: hacia un marco analítico. *Revista de Salud pública*, 12, 39-61. <https://www.scielo.org/article/rsap/2010.v12suppl1/39-61/pt/>
- Hufty, M. 2011. Investigating policy processes: The Governance Analytical Framework (GAF). <https://www.researchgate.net/publication/216756471>

- Hufty, M. B. (2006). Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, S35-S45. <https://www.scielo.org/article/csp/2006.v22suppl0/S35-S45/pt/>
- Koopmans, J. (1993). *Modern governance: new government-society interactions*. Sage.
- Lasso, R. (2017). *Interacción entre actores del sistema de salud para el desarrollo de la política de seguridad del paciente en una Empresa Social del Estado del departamento del Cauca 2013*. (Tesis de maestría), Universidad del Valle, Santiago de Cali.
- Magalhaes-Ribeiro, A. (2018). *Enfoque multidimensional de la seguridad del paciente en las instituciones de salud del sector público en la región del Algarve – Portugal* (Tesis doctoral). Universidad de Murcia. Escuela Internacional de Doctorado.
- Mera, M. T. (2019). Gobernanza de enfermería en el programa de seguridad del paciente en una empresa social del Estado Colombiano. *Revista Venezolana de Gerencia*, 24(2), 628-643.
- Minoletti A, Sepúlveda R, Gómez M, Toro O, Irrarázabal M, Fíaz R, et al. (2018) Análisis de la gobernanza en la implementación del modelo comunitario de salud mental en Chile. *Rev Panam Salud Pública*, 42: e131. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.131>
- Natera, A. (2004). *La noción de gobernanza como gestión pública reticular. Documentos de Trabajo "Política y Gestión"*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1399522>
- Ordóñez, J. (2010). *Promoción de la cultura de seguridad del Paciente. Paquetes instrucciones. Buenas prácticas para la atención en salud. Ministerio de la protección social*. República de Colombia.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. https://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf
- Otzen, T. y. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol.*, 35(1), 227-232.
- Prats, J. (2001). Gobernabilidad democrática para el desarrollo humano. *Marco conceptual y analítico. Revista Instituciones y desarrollo*, 10(1), 103-148.
- Rodó, M. (2017). La Gobernanza Enfermera y su impacto en la calidad en la organización sociosanitaria en Catalunya. *Enfermería Global*, 16(48), 384-407. <https://bit.ly/3bfqNqU>
- Rodríguez, C. L. (2010). Gobernanza y salud: significado y aplicaciones en América Latina. *Revista de Salud Pública*, 12, 151-159. <https://bit.ly/3PQyBOq>
- Rojas, M. (2017). *Gobernanza en Salud. Estudio de caso: un análisis del sistema de protección social en salud en Colombia*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C.
- Romero, B. (2017). *Factores asociados al clima organizacional en el Centro de Salud Los Licenciados*. Ayacucho.
- Salazar, V. (2018). La gobernanza corporativa en las empresas familiares ecuatorianas. *Revista Espacios*, 39(47), 18-21.
- Salud, O. M. (2019). *Acción mundial en pro de la seguridad del paciente*. <https://www.who.int/patientsafety/es/>
- Taylor Adams S, V. C. (2015). *Systems analysis of clinical incidents. The London protocol*. UK; Clinical Safety Research Unit, Imperial College London.
- Thorpt-Hurtado, C., Mera, M, & González, M. F. (2018). Gobernanza de enfermería en el programa de seguridad del paciente en una empresa social del estado del Suroccidente Colombiano. *Revista Venezolana de Gerencia*, 2, 628-643.
- Tuesta, P. (2017). *Factores sociolaborales relacionados al Síndrome de Burnout en trabajadores portuarios del Callao en el periodo febrero de 2017* (Tesis de grado). Universidad Privada San Juan Bautista. <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1267>
- Vilcalpaza, V. (2021). *Factores sociolaborales y cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Carlos Monge Medrano-Juliaca* (Tesis de maestría). Universidad César Vallejo. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/87711>
- Wang, X., Liu, K., You, L. M., Xiang, J. G., Hu, H. G., Zhang, L. F., Zheng, J., & Zhu, X. W. (2014). The relationship between patient safety culture and adverse events: a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 51(8), 1114–1122. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.007>