

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DE PACIENTE
EN LOS FUNCIONARIOS DE UNA IPS DOMICILIARIA CON COBERTURA EN
EL VALLE DEL CAUCA EN EL AÑO 2019

YAZMIN YULIETH MENESES VARGAS
GRETTE LYZETH PLATA DOMINGUEZ

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD SALUD
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD
SANTIAGO DE CALI
2020

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DE PACIENTE
EN LOS FUNCIONARIOS DE UNA IPS DOMICILIARIA CON COBERTURA EN
EL VALLE DEL CAUCA EN EL AÑO 2019

YAZMIN YULIETH MENESES VARGAS
GRETTELY LYZETH PLATA DOMINGUEZ

Director
Ivanoba Pardo Herrera
Esp. Salud Ocupacional. Magister y Dr. Salud Pública

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD SALUD
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD
SANTIAGO DE CALI
2020

CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCION	4
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
2. JUSTIFICACION	10
3. OBJETIVOS	13
3.1 OBJETIVO GENERAL	13
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
4. MARCO DE REFERENCIA	14
4.1 MARCO TEÓRICO	14
4.1.1 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS	20
4.2 MARCO CONCEPTUAL	22
4.3 MARCO CONTEXTUAL	24
4.4 MARCO ÉTICO	25
4.4.1 NORMATIVIDAD INTERNACIONAL	25
4.4.2 DECLARACIÓN DE HELSINKI	27
4.4.3 NORMATIVIDAD NACIONAL	30
5. METODOLOGÍA	36
5.1 TIPO DE ESTUDIO	36

5.2	POBLACIÓN	36
5.3	CRITERIOS DE OPERATIVIDAD	36
5.3.1	CRITERIOS INCLUSIÓN	36
5.3.2	CRITERIO EXCLUSIÓN	36
5.4	MUESTRA	37
5.5	RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	37
5.5.1	PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	38
5.5.2	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	38
5.6	INSTRUMENTO	38
6.	RESULTADOS	41
7.	DISCUSIÓN	61
8.	CONCLUSIONES	67
9.	RECOMENDACIONES	68
10.	BIBLIOGRAFÍA	69
11.	ANEXOS	75
11.1	ANEXO I: INSTRUMENTO	75
11.2	CONSENTIMIENTO INFORMADO	78

INTRODUCCION

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

Algunos países han desarrollado estrategias para intervenir sobre este problema, proponiendo planes y medidas legislativas en la materia. Se han asumido también los retos en investigación y desarrollo de sistemas de información que permitan detectar y analizar los errores, facilitando la adquisición y difusión del conocimiento indispensables para controlar los efectos adversos evitables en la práctica de la atención sanitaria y así contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

En el 2008, el ministerio de la protección social expidió los “lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente (1). Donde les asigna su implementación a las instituciones de salud a través de la alta gerencia, dando a conocer y demostrando el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia, indispensable para un entorno seguro y una cultura de seguridad. Los beneficiados con esta búsqueda serán los pacientes que atendemos en cada una de las instituciones donde trabajamos, ya que se podrá adoptar el enfoque de estas políticas en las mismas instituciones (2).

Con el fin de que el personal de las instituciones de salud mejore sus conocimientos e implementen estrategias que fomenten la seguridad en todos los servicios para mitigar las infecciones, complicaciones y por qué no la muerte se requiere determinar el nivel de conocimiento de la política de seguridad de paciente en los funcionarios que trabajan en los servicios de salud para así implementar estrategias que fortalezcan debilidades en el saber y saber hacer. Este estudio es de tipo descriptivo; la metodología fue a partir de un cuestionario semi estructurado aplicado al personal de salud de la institución; con el fin de ajustar, elaborar o implementar procedimientos, instrumentos, planes, actividades y recursos que, dentro de las normas éticas, técnicas científicas y del servicio, minimicen los riesgos, incidentes y eventos adversos, contribuyendo a la creación de un ambiente de

trabajo seguro para el paciente, su familia, el equipo asistencial y administrativo, y el entorno (2).

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante resaltar que la seguridad del paciente fue creada como estrategia de organización al entorno, aprovechando las oportunidades que permitan detectar fallas activas y condiciones latentes que deben ser direccionadas hacia iniciativas de seguridad del paciente.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS en su 57ª asamblea mundial de la salud, celebrada en el 2004, acordó crear la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo así como promover esfuerzos mundiales dirigidos a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estados Miembros de la OMS, con el lema “ante todo no hacer daño”; para ello definió cinco dominios de acción: “a) servicios limpios son servicios seguros, que se orienta al estudio y control de las infecciones adquiridas en el hospital; b) pacientes por la seguridad de los pacientes, que estimula la movilización y apropiación de la seguridad por los mismos pacientes; c) taxonomía de la seguridad del paciente, relacionado con la estandarización de los conceptos empleados; d) investigación, y e) informando y aprendiendo, que apunta al aprovechamiento de las lecciones aprendidas. Hizo especial énfasis en fomentar la investigación como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención en salud”(3).

Por lo tanto, la orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura requiere que la información sobre seguridad del paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento, para estimular a los diferentes actores en el desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto. Colombia, por ser estado miembro de la Alianza Mundial se adhirió a las diferentes estrategias definidas para la seguridad del paciente en las prácticas clínicas y con ello mejorar sustancialmente la calidad de la atención en salud en todas las instituciones prestadoras de servicios en salud, con el fin de minimizar estos eventos (4).

A partir del año 2000, con la publicación del libro “Errar es Humano”, del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América, se dimensionó el impacto de los errores en los procesos de atención en salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “en los países en vía de desarrollo, el 77% de los eventos adversos corresponden a casos de medicamentos adulterados y de baja calidad, el mal estado de la infraestructura y de los equipos médicos, el escaso control de las infecciones y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente, entre otros, conducen a una mayor probabilidad de ocurrencia de eventos adversos evitables” (5).

En el año 2008 se llevó a cabo en 5 países de América Latina el Estudio IBEAS de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica: “se estudiaron un total de 58 hospitales y 11,555 expedientes, y se obtuvo un promedio general de 10.5% de pacientes con EA relacionado con la asistencia sanitaria”. Los EA mayormente identificados estaban relacionados con la infección nosocomial o con algún procedimiento. En Chile, en un hospital público, la tasa de incidencia de EA fue de un 8.3%, el mayor porcentaje de los cuales correspondió a infecciones intrahospitalarias, y el 25% fue considerado como grave (6).

Un informe *To err is human: Building a safer health system*, publicado por el Instituto de Medicina (IOM) norteamericano, estimó que hasta 98,000 pacientes fallecían cada año en los hospitales de Estados Unidos debido a errores médicos prevenibles, que hasta un 17% de los ingresos hospitalarios eran por EA y que, de los pacientes dados de alta, hasta un 40% había presentado un *cuasierror* (errores que finalmente no llegan al paciente, pero que lo podrían haber hecho) (7).

Otro estudio realizado en España en varias instituciones de salud, determinó “la incidencia de EA en los hospitales de 9,3% pacientes con EAs la mayoría de ellos relacionados directamente con la asistencia hospitalaria. Describió que el 22,2% de los eventos la causa fue el reingreso, el 37,4% de los EAs estaban relacionados con la medicación, 25,0% con problemas técnicos durante un procedimiento, y 25,3% fueron infecciones nosocomiales. Al definir los EAs evitables el 42,8% de los EAs se consideraron evitables. El 45% se consideraron leves, el 39% moderados y el 16% graves”. (8).

A nivel nacional, en Colombia, desde el 2004, el Ministerio de la Protección Social tomó la decisión de impulsar el tema de los eventos adversos trazadores, como se le llamó en ese momento; se hicieron reuniones de consenso en diferentes partes del país y se promovieron los procesos de vigilancia de estos eventos en algunas instituciones. En ese mismo año, con la colaboración de ICONTEC, ente acreditador en salud, se estableció como prerrequisito necesario para aplicar a la acreditación en salud, que la institución demostrara que desarrollaba procesos de vigilancia de los mencionados eventos. Dos años más tarde, en 2006, la evaluación del proceso mostró avances tangibles que llevaron a tomar la decisión de extender a todo el país la estrategia; lo cual se hizo mediante la expedición de la Resolución

0256 de 2016 con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. (1).

En el 2008 con la Política de Seguridad del Paciente se pretende garantizar e implementar procedimientos, instrumentos, planes, actividades y recursos que, dentro de las normas éticas, técnicas científicas y del servicio, minimicen los riesgos, incidentes y eventos adversos, para contribuir a la creación de un ambiente seguro para el paciente, su familia, el equipo asistencial y administrativo, y el entorno, fue expedida en junio de 2008 es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (2).

A nivel del Valle del Cauca, se encuentran instituciones reconocidas por el compromiso en el programa de seguridad del paciente; El cual busca que, durante la permanencia del paciente, la prioridad sea la seguridad. En cada momento el equipo humano se ocupa de mejorar continuamente la calidad de la atención, como producto de la cultura de seguridad, minimizando las fallas e incrementando los beneficios para el paciente y su familia. Para cumplir con cada una de las prácticas seguras, es necesario contar con el apoyo del paciente, su familiar o acompañante, de manera integral como un solo equipo de salud, incrementando la seguridad de la atención (9).

Por lo anterior un evento adverso es “el daño, lesión o muerte causados por el tratamiento de una enfermedad o estado del paciente por los profesionales de salud, y que no obedece a la propia enfermedad o estados subyacentes» o aquel que «hace referencia al resultado clínico que es adverso al esperado y debido a error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo” (10).

La aparición de estos eventos es ocasionada por el mal estado de las infraestructuras, de los equipos, la calidad de los medicamentos y la irregularidad en el suministro, las deficiencias en la eliminación de desechos y en el control de las infecciones, la deficiente actuación del personal por falta de motivación o conocimientos o número insuficientes y por la falta grave de recursos para cubrir los costos de funcionamiento esenciales (11).

Es importante generar mecanismos de control que permitan prevenir errores. Pensar en la seguridad de los pacientes, entendida como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud. Tal seguridad es un principio

fundamental en el cuidado del individuo y un elemento crítico en los procesos de gestión de calidad, Por lo que es necesario desarrollar una cultura de seguridad que por una parte acepte los riesgos inherentes a la asistencia sanitaria y por otra, hable abiertamente de incidentes o errores.

Todo esto ocasiona problemas de “diagnósticos o de evaluación, errores en el procedimiento/tratamiento/intervención, no realización cuando estaba indicado, procedimiento incompleto o inadecuado o no disponible, procedimiento en paciente erróneo, parte/lado/lugar del cuerpo erróneo, retraso en el diagnóstico, no empleo de pruebas adecuadas, conducta no adecuada para el resultado de las pruebas complementarias, sin contar estancias hospitalarias y muerte de los pacientes” (12).

Por consiguiente se crea una estrategia de Seguridad del Paciente que desarrolla en Colombia, que es el conjunto de acciones y estrategias que está impulsando el Ministerio de Salud y de la Protección Social para ser implementadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud; “las cuales pretenden ofrecer herramientas prácticas para hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la Atención en salud” (1). Busca prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

En la actualidad, la seguridad del paciente es uno de los aspectos más importantes que requieren revisión y desarrollo, para establecerlo como un valor necesario en la atención en salud. Se hizo necesario determinar desde la formación el conocimiento que tiene el personal sobre la seguridad del paciente desde su concepto, y la percepción y la cultura que tienen en cuanto al reporte de eventos adversos y por lo tanto se realiza la siguiente pregunta:

1.1 Formulación del Problema

¿Cuál es el nivel de conocimiento de la política de seguridad de paciente en los funcionarios de una IPS domiciliaria con cobertura en el Valle del Cauca en el año 2019?

2. JUSTIFICACION

La seguridad de los pacientes es definida como “el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias”.

La seguridad del paciente es un componente sustancial de la calidad y de su visión cuatrilógica, constituida por un aspecto técnico, de satisfacción del usuario, eficiencia y seguridad, su fin es disminuir el error asistencial, evitable en la mitad de los acontecimientos, a través de limitar los factores predisponentes del evento no deseado y las cuestiones corregibles mediante el conocimiento del paciente y la continuidad de la atención médica. Ello implica la inclusión de humanización, calidad asistencial, procesos, gestión clínica, integralidad e integración de la atención y funcionamiento en red (13).

En los servicios de salud, la calidad se ha convertido en una ventaja competitiva para las organizaciones tanto hospitalaria y ambulatoria. La sociedad exige cada vez más la excelencia en los servicios que son prestados, lo que hace que sea esencial la creación y adecuación de los procesos organizacionales y el desarrollo de una cultura organizacional y de seguridad a los pacientes (14).

El abordaje de una política específica de calidad asistencial a nivel del Sistema Nacional de Salud Español (SNS) ha sido considerado como una prioridad como lo muestra que el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) en colaboración con las comunidades autónomas haya situado a la seguridad del paciente como uno de los elementos clave en la mejora de la calidad. “La estrategia de seguridad del paciente en desarrollo desde el año 2005, e incluida en el plan de calidad para el SNS en el año 2006, promueve acciones orientadas a mejorar la cultura de seguridad entre profesionales y pacientes, mejorar el conocimiento sobre los eventos adversos y promover la implementación de prácticas seguras en los centros asistenciales”. El aspecto fundamental de esta estrategia es que se viene

desarrollando a través de alianzas con diversas organizaciones a nivel nacional e internacional para hacer de la seguridad el centro de las políticas sanitarias.

A nivel nacional destacan la declaración por la seguridad suscrita por sociedades científicas del ámbito sanitario español y el compromiso de los pacientes por la seguridad del paciente suscrito por las asociaciones de pacientes. A nivel internacional, el MSPSI está presente en los grupos de trabajo internacionales que sobre seguridad de pacientes se han constituido en la OCDE, Comisión Europea (EUNetPAS, Patient Safety and Quality of Care Working Group) y OMS (estudio IBEAS, programa Bacteriemia Zero, campaña de higiene de manos, desarrollo de la taxonomía y sistema de clasificación de eventos adversos, o programa de pacientes por la seguridad, entre otros) (15).

La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo, incluidos la lucha contra las infecciones, el uso inocuo de medicamentos, la seguridad del equipo, las prácticas clínicas seguras y un entorno de cuidados sano. Abarca casi todas las disciplinas y los actores de la atención sanitaria y, por tanto, requiere un enfoque general y multifacético para identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales para la seguridad del paciente en cada servicio, y para encontrar soluciones generales a largo plazo para el conjunto del sistema (16).

El sistema de salud requiere que todos los responsables en la atención de la población se involucren con las acciones destinadas a mejorar la calidad del servicio en los diversos ámbitos. La calidad tiene un valor tan importante como la salud; es por ello que el personal de enfermería, como miembro del equipo de salud, debe desarrollar una cultura de calidad e incorporarse a los programas con una actitud proactiva.

La calidad en la atención de enfermería es un concepto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar su continuidad.

A nivel internacional, existe una corriente de crear nuevas estrategias que permitan garantizar la seguridad del paciente, así que como que se pueda

evidenciar la calidad de atención que se brindan y facilitar así, la creación de indicadores de evaluación (17).

Con la realización de este proyecto se pretende garantizar un amplio conocimiento de la política de seguridad de paciente en los funcionarios como requisitos esenciales para evitar la ocurrencia eventos adversos e incidentes asociados a la asistencia sanitaria.

Este estudio tuvo en cuenta la participación de la institución involucrando los gestores responsables de aquellas iniciativas encaminadas a la creación e implementación de una atención segura y de calidad a los pacientes. Lo cual permitirá realizar diferentes procesos de cambio en pro de la mejoría continua para el logro de la excelencia en la atención de salud en la institución.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Determinar nivel de conocimiento de la política de seguridad de paciente en los funcionarios de una IPS domiciliaria con cobertura en el Valle del Cauca en el año 2019

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar socio demográficamente la población de estudio
- Describir la percepción de conocimiento de la política de seguridad de paciente en los funcionarios de una IPS domiciliaria con cobertura en el Valle del Cauca en el año 2019.
- Determinar el nivel de conocimiento de la política de seguridad de paciente en los funcionarios de una IPS domiciliaria con cobertura en el Valle del Cauca en el año 2019.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 Marco Teórico

En atención a la temática de investigación expuesta, a continuación, se abordarán los conceptos de seguridad del paciente, cultura y clima de seguridad, error y evento adverso. La última parte del marco teórico resume una serie de estudios en los que se ha empleado el sistema de medición de la cultura de seguridad del paciente en diferentes países.

Colombia impulsa la Política de Seguridad del Paciente, en el año 2008, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es “prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente” (18).

Sus principios son “enfocados a la atención centrada en el usuario, cultura de seguridad, integración con el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, multi causalidad, validez, alianza con el paciente y su familia y el profesional de la salud” (18).

Las atenciones en salud siempre buscan beneficiar a los pacientes, y la obligación de no dañar está presente desde el Juramento Hipocrático como primaria (19). Sin embargo, producto de una combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas, dichas atenciones conllevan la probabilidad de eventos adversos que pueden o no dañar al paciente. Estos generan un aumento de reclamaciones y/o acciones judiciales, así como además un mayor costo global del cuidado médico.

Por esto, aparece el concepto de seguridad del paciente como un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (18), es un importante asunto en las organizaciones dedicadas al cuidado de la salud a nivel mundial.

El compromiso de seguridad desde la administración es evidenciado por una política escrita, con metas de seguridad, objetivos, iniciativas, estrategias, necesidades, prácticas ejemplares de seguridad, monitoreo regular y adecuada asignación de recursos, la presencia de los anteriores factores es importante para que exista una cultura positiva de seguridad y para el éxito de un programa de seguridad del paciente.

El concepto de cultura de seguridad apareció por primera vez en un reporte del desastre de la planta nuclear Chernobyl en la antigua Unión Soviética, el cual fue preparado por el Grupo Consejero Internacional para la Seguridad Nuclear en el año 1988. El concepto ha ganado desde entonces importancia a nivel mundial en varias industrias de alto riesgo, tales como plantas nucleares y de industria aeronáutica (20). Feng en el año 2008, la define como: “las percepciones compartidas entre directivos y el personal en lo concerniente a la importancia de la seguridad”, sin embargo, el concepto que más se usa establece la ‘cultura de seguridad’ como el producto individual o grupal de valores, actitudes, percepciones competencias y patrones de conducta que determinan la dedicación, el estilo y el compromiso de la administración segura de la organización de salud (21).

Definir el concepto de clima organizacional, implica tratar un grupo de componentes y determinantes que, en su conjunto, ofrecen una visión global de la organización. Los componentes y determinantes que se consideran con frecuencia son: “Ambiente físico, características estructurales, ambiente social, características personales, comportamiento organizacional, la totalidad de estos componentes y determinantes configuran el clima de una organización, que es el producto de la percepción de estos por sus miembros”. El clima organizacional, por tanto, es el resultado de la interacción entre las características de las personas y de las organizaciones (22).

En consecuencia, a una baja percepción en la seguridad del paciente y cultura de seguridad, ocasiona un elevado riesgo de ocurrencia de eventos adversos y con riesgo de daño o injuria a los usuarios.

Se entiende como evento adverso el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles, se clasifican de acuerdo a la seriedad dada por el desenlace y a la intensidad de la manifestación clínica, por tanto, su análisis debe orientarse con base en el resultado final del evento, que puede ser: fallecimiento; amenaza a la

vida, hospitalización del paciente o prolongación de la misma; e incapacidad, invalidez persistente o significativa (23).

Para estudios clínicos un evento adverso consiste en “cualquier situación médica desfavorable que ocurre en un sujeto, sea esperada o no esperada”. También puede ser la aparición de un nuevo síntoma o el empeoramiento de una enfermedad, causado por su estudio o sin estar relacionado con él. El término ‘adverso’ aparece en 163 documentos de leyes, de investigación clínica, regulaciones y guías de práctica clínica y son objeto de gran interés para la protección de sujetos humanos en el perfil de seguridad (24).

Son diversas las causas que han generado este nuevo escenario, unas son propias del desarrollo actual de la medicina y su forma de ejercicio, y otras atribuibles al entorno legal y judicial. Entre las primeras destacan: el cambio en el enfoque de la relación profesional-paciente-enfermedad, el deterioro de las relaciones interpersonales entre el profesional de salud y el paciente o sus familiares, el exitismo de la medicina, la excesiva profesionalización y especialización actual, y obviamente, las expectativas de compensación económica por parte de pacientes o familiares insatisfechos con los resultados de la atención de salud, largas jornadas de trabajo del personal de salud pueden ocasionar efectos adversos en el cuidado del paciente. Se encontró que los errores e incidentes ocurren más frecuentemente cuando el personal de salud trabaja doce horas o más, porque más de las tres cuartas partes de los turnos programados de doce horas superan ese límite de tiempo (25).

Pero el entorno legal y judicial contribuye en gran medida a la situación actual, caracterizado por un ambiente de mayor demanda de las personas, un marco legal permisivo a toda clase de acciones judiciales y la ausencia de una discusión y búsqueda de solución legal y judicial sería a esta problemática. Los pacientes por su parte están más conscientes de sus derechos y de su posibilidad de reclamar, exigir y/o accionar judicialmente, con o sin fundamento, favorecidos por un entorno político y comunicacional que promueve y alienta la difusión de estos casos (25).

La ocurrencia de dichos eventos es percibida no sólo como una infracción a la permanente obligación de cuidado y seguridad en la atención de salud, sino que también como la negación misma de la calidad (riesgo de calidad), detonando en nuestros días un aumento en las reclamaciones y la judicialización de la relación paciente-médico-establecimiento. El costo económico directo de todo lo anterior,

sumado al de las primas de seguros, mayores costos de tratamiento, condonación total o parcial del valor de los servicios, práctica de la medicina defensiva entre otros efectos, es creciente, y probablemente se incrementará en los próximos años (26).

Los factores humanos refieren una relación con el agente causante del evento adverso; quien en su accionar puede actuar con imprudencia (actuar sin adoptar las precauciones que la prudencia aconseja); negligencia (omisión o descuido) o impericia (ausencia de práctica, experiencia, conocimientos o habilidad). Entre las causas subyacentes de cada una de las conductas referidas pueden existir problemas de conocimiento, formación, comunicación, estrés, razonamiento lógico, etc. Entre los factores organizacionales se cuentan definición de políticas, de gestión, falta de controles o supervisión, etc.; y finalmente entre los factores técnicos se cuentan aquellos relacionados con falta o deficiencias en el equipamiento, insumos, etc. (27).

Es por ello que una aproximación basada en la calidad en la atención de salud, nos obliga a ampliar un concepto, dentro del cual asignamos relevancia no sólo a aquellos "eventos" que hayan causado un daño al paciente, sino que incluso a aquellos en que, no habiéndose generado un daño concreto, constituyen un evento potencialmente riesgoso cuya repetición puede causar un daño.

La seguridad, es la minimización de eventos adversos, a la vez un principio orientador fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de calidad de la institución de salud. Su manejo requiere de una labor compleja debida que afecta a todo el sistema, en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo. Ello exige un esfuerzo institucional proactivo, cuyo objetivo sea la diferenciación de la entidad que asume dichos objetivos de seguridad como una cuestión primordial.

Es posible identificar a través del modelo queso suizo la ocurrencia de un evento adverso, en el cual, para que se produzca un daño, es necesario que se alineen las diferentes fallas en los diferentes procesos, a semejanza de los orificios de un queso, por lo tanto, cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce. Igualmente se produce una falla en uno de los procesos está puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó (18).

La política de Seguridad del paciente incluye la identificación y análisis de los eventos adversos y los incidentes, para identificar sus causas y las acciones para intervenirlos. De manera que a partir del análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención.

La gestión de riesgos ha sido definida como: “un conjunto de acciones, que, aunque no garanticen la ausencia de eventos adversos, tratan de agotar sus posibilidades de ocurrencia, dentro de costos sostenibles”. Con ello se procura prevenir aquellos riesgos que son prevenibles, y para aquellos que no lo son, tomar las medidas necesarias ya sea de: transferencia, mediante la adopción de consentimientos informados; aseguramiento, a través de las pólizas de seguro de responsabilidad civil, o auto seguro; y/o la mejora del manejo jurídico del caso individual (28). Los objetivos de un programa de gestión de riesgos son: “mejorar la calidad de la atención de los pacientes, haciéndola cada vez más segura; la disminución de los costos de las atenciones a través de la reducción de los eventos adversos; y como consecuencia de lo anterior, prevenir las eventuales reclamaciones y acciones legales contra los profesionales de la salud y/o el establecimiento” (19).

La primera y más importante etapa de un programa de gestión de riesgos es conocer los eventos adversos que ocurren dentro de la institución, los eventos adversos son el reflejo del perfil de morbilidad de los pacientes que allí se atienden, del grado de complejidad de la institución, y de las características de los profesionales que allí se desempeñan.

La resolución 0256 del 2016 establece como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad, la vigilancia de eventos adversos, a través de los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. Esta estrategia es más efectiva si se combina con un sistema de reporte de lo encontrado. Sin embargo, “los sistemas de reporte que se implementen deberán tener como finalidad el aprendizaje para generar barreras de seguridad, es esencial proteger la intimidad y la confidencialidad del proceso” (18).

El reporte puede capturar los errores, los daños y lesiones involuntarias, los incidentes, los funcionamientos defectuosos de los equipos, los fracasos de los procesos, que, si no se detienen en un informe individual, sino que se proyectan a todo un sistema, se logrará estandarizar, comunicar, analizar, mejorar y en la respuesta se diseminarán las lecciones aprendidas de eventos informados.

El análisis de los eventos ocurridos se realiza con el protocolo de Londres que, de acuerdo con este modelo, las decisiones que se toman en los niveles directivo y gerencial de la organización se transmiten hacia abajo, a través de los canales departamentales, y finalmente afectan los sitios de trabajo, creando las condiciones que pueden condicionar conductas inseguras de diversa índole. Las barreras se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas. “Estas pueden ser de tipo físico, como las barandas; natural, como la distancia; acción humana, como las listas de verificación; tecnológico, como los códigos de barras; y control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión” (29).

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. Estos son “condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga; conocimiento, pericia o experiencia inadecuados; supervisión o instrucción insuficientes; entorno estresante; cambios rápidos al interior de la organización; sistemas de comunicación deficientes; mala o equivocada planeación o programación de turnos; mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones”. Todos estos factores son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente (29).

Figura 1. Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos



Fuente: (1) (29).

“El conocimiento de los eventos adversos y de los factores que contribuyen a su aparición, junto con la aplicación del mejor conocimiento disponible sobre la seguridad y la virtud de la perseverancia, son el fundamento de la seguridad del paciente”. Los mejores centros no son los que carecen de problemas, son los que los detectan y hacen algo para solucionarlos. Los mejores hospitales están dispuestos a evaluar su práctica, porque están preocupados por la mejora continua (30).

4.1.1 Datos epidemiológicos

El Departamento de Salud del Reino Unido, en su informe del año 2000, estimó que se producen eventos adversos en cerca del 10% de las hospitalizaciones, es decir, alrededor de 850.000 por año (31).

Un estudio efectuado en Australia concluyó que los eventos adversos tuvieron lugar en un 16,6% de las admisiones, provocando una incapacidad permanente en

un 13,7% de los casos y la muerte en un 4,9% de los casos, estimando que un 51% de los eventos adversos era prevenible (32).

Según la estadística de muertes por errores médicos, en el año 2013 en Estados Unidos, las comunes son: enfermedades del corazón (614.348), cáncer (591.699), errores médicos (251.454), enfermedades crónicas respiratorias (147.101) y accidentes (136.053) (33).

Eventos adversos relacionados con los medicamentos: “Las investigaciones indican que en los servicios de atención de casos agudos entre un 7% y un 10% de los pacientes experimenta algún evento adverso relacionado con los medicamentos. De ellos, aproximadamente un 28% a un 56% son prevenibles. En algunos países las hospitalizaciones debidas a reacciones medicamentosas adversas pueden ascender a más de un 10% del total de las hospitalizaciones. Se necesita más investigación en los países en desarrollo, donde, según se sospecha, las tasas de eventos adversos relacionados con los medicamentos son aún mayores que en el mundo desarrollado” (34).

Tabla 1. Normatividad

Normativa	Descripción
PROMOCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	“Las IPS, los médicos y todo el recurso humano, deben ser tan hábiles en las prácticas de mejoramiento de la calidad, como lo son en la planificación de la atención y en su puesta en práctica. El modelo de competencias para cada grupo debe basarse explícitamente en los valores de la organización y destacar las habilidades clínicas y técnicas requeridas, así como, los conocimientos y expectativas sobre la conducta relacionadas con el trabajo en equipo, el liderazgo, la diversidad, el respeto, la atención centrada en la familia, la confidencialidad, la calidad, el mejoramiento continuo de la gestión de procesos, y la ética”. (20)
LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL	“Procura establecer una cultura de seguridad del paciente, cultura justa, con disminución de incidentes y eventos adversos, crear o fomentar un entorno seguro de la atención, estrategias organizacionales para su operación: unidad funcional, equipo de trabajo, componente del

PACIENTE NOV 2008	sistema de calidad, programa o plan, definición de responsable, mecanismos de difusión, capacitación, entrenamiento”. (41)
SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA ATENCIÓN SEGURA	Sistema Único de Acreditación en salud introdujo, como requisito de entrada a las instituciones que quisieran acreditarse, la exigencia de tener “un sistema de reporte de eventos adversos, lo cual llevo voluntariamente a las instituciones a diseñar, implementar y mejorar continuamente un programa de seguridad del paciente”. Posteriormente el componente de Habilitación de nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definió como requisito mínimo a cumplir por parte de los prestadores de servicios de salud la implementación de programas de seguridad del paciente, así como de diez buenas prácticas para la seguridad del paciente definidas como prioritarias (7).
Ley 1751 de 2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones (45).

Fuente: este estudio.

4.2 Marco Conceptual

- **Seguridad del paciente:** es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso (35).
- **Atención en salud:** servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- **Falla de la atención en salud:** una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto para verificar la ejecución de la falla de acción.
- **Fallas activas o acciones inseguras:** son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud.

- **Fallas latentes:** son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por el Personal administrativo.
- **Evento adverso:** Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:
- **Evento adverso prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **Evento adverso no prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- **Factores contributivos:** son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa) (29).
- **Indicio De Atención Insegura:** un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso
- **Incidente:** Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño.
- **Complicación:** Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.
- **Barrera de seguridad:** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.
- **Sistema de gestión del evento adverso:** Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.
- **Acciones de reducción de riesgo:** Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar lo a probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas y reactivas (18).

4.3 Marco Contextual

Institución prestadora de servicios de salud domiciliario, ofrece servicios de alta calidad a los pacientes en cumplimiento al modelo de atención, ofreciendo seguridad, confianza y facilidad de acceso.

Ofrece servicios en el Valle del Cauca, con cubrimiento en: Santiago de Cali, Jamundí, Yumbo, Palmira, Buga, Candelaria, Florida, Pradera, San Antonio de los Caballeros, Tuluá y Villa Gorgona.

En el Departamento del Cauca, cuentan con cobertura en Popayán, Puerto Tejada, Santander de Quilichao, Miranda, Caloto para la prestación de servicios de atención domiciliaria para paciente crónico y agudo.

Misión: Ser una entidad especializada en la prestación de servicios de cuidado de salud en casa, que aporta a mejorar la calidad de vida de la población colombiana mediante la prestación de servicios de salud integrales, seguros y oportunos, brindados por equipos humanos multidisciplinarios con excelente calidad técnica y con calidez en las relaciones humanas, para contribuir a mejorar las condiciones de bienestar de los pacientes y sus familias.

Visión: Ser en el próximo trienio, el prestador de servicios de cuidado de salud en casa con mayor reconocimiento en el suroccidente colombiano por la excelencia en programas de servicio de intervención de la atención de riesgos de salud, a través de la cual contribuye a mejorar los resultados en salud de sus pacientes, cuidadores y sus familias, superando las expectativas de atención satisfactoria, segura y con equidad, garantizando el acceso, continuidad y sostenibilidad para los diferentes participantes.

Servicios ofertados:

- Servicio de médico en casa
- Cuidador domiciliario
- Terapias de apoyo
- Toma de muestras y administración de medicamentos
- Atención integral paciente con Traqueostomía

- Atención integral paciente agudo con extensión hospitalaria
- Atención integral paciente crónico y rehabilitación
- Atención integral de heridas

Personal profesional: médico general, enfermera, auxiliares de enfermería, terapia ocupacional, terapia física, fonoaudiología, psicología, nutrición y un líder del programa por médico familiar (36).

4.4 Marco Ético

El presente trabajo tiene como referentes a nivel mundial, principios bioéticos y la Declaración de Helsinki; a nivel nacional la Resolución 8430 de 1993.

4.4.1 Normatividad Internacional

4.4.1.1 Principios Bioéticos

Según Sanchez, Marrero, Becerra, Herrera, & Alvarado (2003) los principios Bioéticos son la beneficencia, no mal eficiencia, autonomía y justicia; como se describen a continuación (37):

Beneficencia: En la bioética tradicional, la beneficencia como uno de los principios que sustenta la práctica médica se entiende como una relación unilateral del médico hacia el paciente, visto esto de una manera individual. El médico como centro de esta relación decide *el bien* y el paciente lo recibe, aun cuando puede participar de alguna manera.

La atención primaria de salud impone algunos cambios en estas relaciones, *el bien* deja de entenderse individualmente para pasar a ser *el bien* colectivo, ya sea de la familia, la comunidad o la sociedad en su conjunto. Esto significa que las acciones que se realizan no se hacen con el único objetivo de solucionar un problema de salud a un individuo concreto, sino a un colectivo; además, *el bien* no es decidido solo por el médico, sino por el equipo de salud unido a la participación de las diferentes organizaciones sociales que componen la comunidad.

Otro elemento distintivo del modo de manifestarse el principio de la beneficencia en la atención primaria de salud está en la propia concepción de ella, dirigida fundamentalmente a la prevención y a la promoción de salud. El bien no está en curar o en restablecer la salud, sino en prevenir y en educar, lo que está ligado a la modificación de estilos y modos de vida, de patrones culturales que no contribuyen al mantenimiento de la salud colectiva.

El principio de beneficencia en la atención primaria no es otra cosa que un servicio de calidad, dirigido a garantizar la salud de la sociedad en el sentido más amplio de este concepto, para lo que se precisa de un personal preparado, competente, actualizado, con una formación humanística basada en los principios éticos y conocedor de las peculiaridades de la población que atiende.

No-maleficencia: La concepción de este principio, en su sentido más general, no establece diferencias esenciales entre la atención primaria y la atención secundaria, solo que tanto *el bien* como *el mal* no deben verse como conceptos universales o como abstracciones vacías, pues se concretan en la actividad práctica de los hombres. Al variar las condiciones de esta actividad varía el contenido de los conceptos, vale la pena reiterar que en la atención primaria *el mal tampoco* puede ser visto de una manera individual.

El equipo de salud en el trabajo social debe no solo preocuparse de hacer *el bien*, sino cuidarse de no hacer daño a una persona o a un colectivo, entendiendo a este como un conjunto de relaciones sociales.

Autonomía: El entendimiento del principio de la autonomía en la atención primaria de salud debe partir de algunos preceptos básicos, el primero y más importante, es que la atención primaria está dirigida a grupos humanos. Estos grupos humanos, ya sea la familia o la comunidad, tienen tradiciones, costumbres, formas de vida, religiones, cánones de vida, modos de percibir el mundo, en fin, toda una cultura propia, distintiva, que se ha ido formado y reproduciendo a lo largo de generaciones. El segundo precepto consiste en que la función del equipo de salud en la atención primaria de salud está dirigida esencialmente a la prevención y a la promoción de salud a escala social.

Justicia: El principio de justicia, en el sentido más general, está relacionado con la concepción de la salud como un derecho humano fundamental que debe ser garantizado por la sociedad o por el Estado.

4.4.2 Declaración De Helsinki

Según Asociación medica mundial (2017) (38):

La Asociación Médica Mundial promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada solamente por personas científicamente calificadas, bajo la supervisión de una persona médica con competencia clínica. La responsabilidad por el ser humano siempre debe recaer sobre una persona con calificaciones médicas, nunca sobre el individuo sujeto a investigación, aunque éste haya otorgado su consentimiento.

En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir: “informaciones adecuadas acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento”. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.

Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.

Así mismo Asociación medica mundial (2017) (38), señala lo siguiente:

Artículo 3 Dignidad humana y derechos humanos

1. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.

2. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.

Artículo 5 Autonomía y responsabilidad individual

Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.

Artículo 6 Consentimiento

1. Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.

2. La investigación científica sólo se debería llevar a cabo previo consentimiento libre, expreso e informado de la persona interesada. La información debería ser adecuada, facilitarse de forma comprensible e incluir las modalidades para la revocación del consentimiento. La persona interesada podrá revocar su consentimiento en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno. Las excepciones a este principio deberían hacerse únicamente de conformidad con las normas éticas y jurídicas aprobadas por los Estados, de forma compatible con los principios y disposiciones enunciados en la presente Declaración, en particular en el Artículo 27, y con el derecho internacional relativo a los derechos humanos.

Artículo 9 Privacidad y confidencialidad

La privacidad de las personas interesadas y la confidencialidad de la información que les atañe deberían respetarse. En la mayor medida posible, esa

información no debería utilizarse o revelarse para fines distintos de los que determinaron su acopio o para los que se obtuvo el consentimiento, de conformidad con el derecho internacional, en particular el relativo a los derechos humanos.

Artículo 14 Responsabilidad social y salud

1. La promoción de la salud y el desarrollo social para sus pueblos es un cometido esencial de los gobiernos, que comparten todos los sectores de la sociedad.

2. Teniendo en cuenta que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, los progresos de la ciencia y la tecnología deberían fomentar:

a) El acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de las mujeres y los niños, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano;

b) El acceso a una alimentación y un agua adecuadas;

c) a mejora de las condiciones de vida y del medio ambiente;

d) La supresión de la marginación y exclusión de personas por cualquier motivo; y

e) La reducción de la pobreza y el analfabetismo.

Artículo 19 Comités de ética

Se deberían crear, promover y apoyar, al nivel que corresponda, comités de ética independientes, pluridisciplinarios y pluralistas con miras a:

a) evaluar los problemas éticos, jurídicos, científicos y sociales pertinentes suscitados por los proyectos de investigación relativos a los seres humanos;

b) prestar asesoramiento sobre problemas éticos en contextos clínicos;

c) evaluar los adelantos de la ciencia y la tecnología, formular recomendaciones y contribuir a la preparación de orientaciones sobre las cuestiones que entren en el ámbito de la presente Declaración;

d) fomentar el debate, la educación y la sensibilización del público sobre la bioética, así como su participación al respecto.

4.4.3 Normatividad Nacional

RESOLUCION N° 008430 DE 1993 - POR LA CUAL SE ESTABLECEN LAS NORMAS CIENTÍFICAS, TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD.

Según (2), entre los aspectos más sobresalientes de esta ley están (39):

ARTICULO 6. La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

a) Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.

b) Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.

c) Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.

d) Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.

e) Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.

f) Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

g) Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación.

ARTICULO 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTICULO 9. Se considera como riesgo de la investigación la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

ARTICULO 10. El grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación.

ARTICULO 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías: a. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta b.

ARTICULO 15. El Consentimiento Informado deberá presentar la siguiente, información, la cual será explicada, en forma completa y clara al sujeto de investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla.

a) La justificación y los objetivos de la investigación.

- b) Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales.
- c) Las molestias o los riesgos esperados.
- d) Los beneficios que puedan obtenerse.
- e) Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- f) La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- k) En caso de que existan gastos adicionales, éstos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación o de la institución responsable de la misma.

LEY 911 DE 2004, 6 DE OCTUBRE DE 2004

Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario por respondiente y se dictan otras disposiciones.

En esta ley El Congreso de Colombia (2004) señala lo siguiente (40):

Declaración De Principios Y Valores Éticos.

ARTÍCULO 1o. El respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distingos de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería.

ARTÍCULO 2o. Además de los principios que se enuncian en la Ley 266 de 1996, capítulo I, artículo 2o, los principios éticos de Beneficencia, No- Maleficencia, Autonomía, Justicia, Veracidad, Solidaridad, Lealtad y Fidelidad, orientarán la responsabilidad deontológica - profesional de la enfermería en Colombia.

De igual forma El Congreso de Colombia (2004) establece las condiciones para el ejercicio de la enfermería (40):

ARTÍCULO 5. Entiéndase por condiciones para el ejercicio de la enfermería, los requisitos básicos indispensables de personal, infraestructura física, dotación, procedimientos técnico-administrativos, registros para el sistema de información, transporte, comunicaciones, auditoría de servicios y medidas de seguridad, que le permitan al profesional de enfermería actuar con autonomía profesional, calidad e independencia y sin los cuales no podrá dar garantía del acto de cuidado de enfermería.

ARTÍCULO 6. El profesional de enfermería deberá informar y solicitar el consentimiento a la persona, a la familia, o a los grupos comunitarios, previa realización de las intervenciones de cuidado de enfermería, con el objeto de que conozcan su conveniencia y posibles efectos no deseados, a fin de que puedan manifestar su aceptación o su oposición a ellas. De igual manera, deberá proceder cuando ellos sean sujetos de prácticas de docencia o de investigación de enfermería.

ARTÍCULO 7. El profesional de enfermería solamente podrá responder por el cuidado directo de enfermería o por la administración del cuidado de enfermería, cuando la relación del número de personas asignadas para que sean cuidadas por el profesional de enfermería, con la participación de personal auxiliar, tenga en cuenta la complejidad de la situación de salud de las personas, y sea tal, que disminuya posibles riesgos, permita cumplir con los estándares de calidad y la oportunidad del cuidado.

ARTÍCULO 8. El profesional de enfermería, con base en el análisis de las circunstancias de tiempo, modo y lugar, podrá delegar actividades de cuidado de enfermería al auxiliar de enfermería cuando, de acuerdo con su juicio, no ponga en riesgo la integridad física o mental de la persona o grupo de personas que cuida y siempre y cuando pueda ejercer supervisión sobre las actividades delegadas.

ARTÍCULO 9. Es deber del profesional de enfermería respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte. Asimismo, respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica.

La violación de este artículo constituye falta grave.

PARÁGRAFO: En los casos en que la ley o las normas de las instituciones permitan procedimientos que vulneren el respeto a la vida, la dignidad y derechos de los seres humanos, el profesional de enfermería podrá hacer uso de la objeción de conciencia, sin que por esto se le pueda menoscabar sus derechos o imponérsele sanciones.

ARTÍCULO 10. El profesional de enfermería, dentro de las prácticas de cuidado, debe abogar por que se respeten los derechos de los seres humanos, especialmente de quienes pertenecen a grupos vulnerables y estén limitados en el ejercicio de su autonomía.

ARTÍCULO 14. La actitud del profesional de enfermería con el sujeto de cuidado será de apoyo, prudencia y adecuada comunicación e información. Adoptará una conducta respetuosa y tolerante frente a las creencias, valores culturales y convicciones religiosas de los sujetos de cuidado.

ARTÍCULO 15. El profesional de enfermería no hará a los usuarios o familiares pronósticos o evaluaciones con respecto a los diagnósticos, procedimientos, intervenciones y tratamientos prescritos por otros profesionales. La violación de este artículo puede constituirse en falta grave.

ARTÍCULO 23. El profesional de enfermería cumplirá las responsabilidades deontológicas profesionales inherentes al cargo que desempeñe en las instituciones prestadoras de salud en donde preste sus servicios, siempre y cuando estas no impongan es sus estatutos obligaciones que violen cualquiera de las disposiciones deontológicas consagradas en la presente ley.

ARTÍCULO 24. Es deber del profesional de enfermería conocer la entidad en donde preste sus servicios, sus derechos y deberes, para trabajar con lealtad y contribuir al fortalecimiento de la calidad del cuidado de enfermería, de la imagen profesional e institucional.

ARTÍCULO 25. La presentación por parte del profesional de enfermería, de documentos alterados o falsificados, así como la utilización de recursos irregulares para acreditar estudios de postgrado, constituye falta grave contra la ética

profesional, sin perjuicio de las sanciones administrativas, laborales, civiles o penales a que haya lugar.

ARTÍCULO 26. El profesional de enfermería participará con los demás profesionales de la salud en la creación de espacios para la reflexión ética sobre las situaciones cotidianas de la práctica y los problemas que inciden en las relaciones, en el ejercicio profesional en las instituciones de salud, de educación y en las organizaciones empresariales y gremiales.

ARTÍCULO 27. El profesional de enfermería debe denunciar y abstenerse de participar en propaganda, promoción, venta y utilización de productos, cuando conoce los daños que producen o tiene dudas sobre los efectos que puedan causar a los seres humanos y al ambiente.

ARTÍCULO 28. El profesional de enfermería tiene el derecho a ser ubicado en el área de trabajo correspondiente con su preparación académica y experiencia.

PARÁGRAFO: En caso de que al profesional de enfermería se le asignen actividades o tareas diferentes de las propias de su competencia, podrá negarse a desempeñarlas cuando con ellas se afecte su dignidad, el tiempo dedicado al cuidado de enfermería o su desarrollo profesional. Al profesional de enfermería, por esta razón, no se le podrá menoscabar sus derechos o imponérsele sanciones.

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo De Estudio

La presente investigación perteneció a un tipo de estudio descriptivo de corte transversal con un diseño cuantitativo.

5.2 Población

Para el desarrollo de esta investigación se contó con la participación de 59 funcionarios de servicios de salud de una IPS domiciliaria con cobertura en el Valle del Cauca.

5.3 Criterios De Operatividad

5.3.1 Criterios inclusión

- Funcionarios contratados directamente por la IPS.
- Experiencia mínima de 2 años en la labor.
- Participación voluntaria

5.3.2 Criterio exclusión

- Funcionarios con procesos disciplinarios.
- Funcionarios que no se contactaron por alguna causa
- Funcionarios que no desean participar

5.4 Muestra

La población tomada para el análisis de tipo cuantitativo fue una muestra no probabilística, porque se tomaron a 59 funcionarios de la IPS domiciliaria con cobertura en el Valle del Cauca.

Tabla 2. Variables

Nombre	Tipo de variable	Valor de la variable
Género	Cualitativa	Femenino__ Masculino__
Edad	Cuantitativa	años
Sabe si la IPS cuenta con protocolo de la política de seguridad de paciente	Cualitativa	No__ Si__
La IPS cuenta con reporte en línea de evento adverso relacionado con seguridad del paciente	Cualitativa	No__ Si__
Preguntas del tema de la 1 a la 12		A__ B__ C__ D__

Fuente: Este estudio

5.5 Recolección de información

La recolección primaria se realizó a partir de un cuestionario donde se solicita información demográfica, laboral y preguntas de conocimiento. Se entregó un consentimiento informado para la autorización de participación voluntaria,

resaltando la confidencialidad de la participación. Ver Anexo I (Formato Cuestionario y Consentimiento informado).

La recolección de información secundaria se realizó desde revisión de la literatura permitiendo registrar y resumir los datos más relevantes de fuentes bibliográficas revisadas.

5.5.1 Procedimiento para recolección de la información

En primera instancia se realizó la revisión de fuentes bibliográficas en bases de datos indexadas con el fin de obtener información actualizada en relación con la investigación e identificar las categorías de interés. Se solicitó aval institucional para la realización del proyecto, seguido se elaboró el formato del cuestionario que respondiera a los objetivos del estudio, posteriormente se evaluaron por expertos para la validación de este. Se solicitó aval al comité de ética de la facultad de salud de la universidad. Se diseñó y aplicó consentimiento informado a los participantes, el cual fue firmado por cada uno, luego se aplicó el cuestionario.

5.5.2 Procesamiento y análisis de la información

Se empleó la base de datos de Microsoft Excel donde se tabuló y filtraron los resultados del formato del cuestionario aplicado para posteriormente realizar el análisis respectivo en concordancia con las variables planteadas y el objetivo general de la investigación.

5.6 Instrumento

Para el presente trabajo se utilizó un instrumento: Una encuesta que consta de 16 preguntas, desarrollada a partir del marco teórico, se realizó a hombres y mujeres de la IPS domiciliaria determinar nivel de conocimiento de la política de seguridad de paciente a los 59 funcionarios.

Este instrumento cuenta con los siguientes ítems:

1. Descripción demográfica: pregunta 1 y 2
2. Fundamentos teóricos de seguridad del paciente: pregunta 5-6-7-8-9-10-12 y 16
3. Percepción de la política de seguridad del paciente: pregunta 3-4-11-12-13-14 y 15.

5.8 Consideraciones éticas

De acuerdo con los principios establecidos en las normas constitucionales y legales sobre la protección de datos personales (Ley Estatutaria 1266 de 2008 - Habeas data) (41). Los principios operacionales (apartado no. 11) de la Declaración de Helsinki de 1964 y la Resolución 008430 de octubre 4 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, este proyecto se consideró como *investigación sin riesgo* (artículo 11) se considera algún grado de riesgo por la confidencialidad de los datos, la participación directa e identificación de las personas que contribuirán en la investigación.

Desde los 4 principios básicos de Bioética tenemos que dentro de la *Autonomía* las personas que cumplan con los criterios de inclusión participarán de manera voluntaria y en el momento que lo deseen pueden retirarse antes y durante el proceso del desarrollo de la investigación.

Desde el principio de la *Beneficencia*, se buscó aportar de manera positiva a la sociedad en pro del mejoramiento de la Seguridad y Salud en el Trabajo para las personas que desempeñan trabajos en altura.

Como medida de respeto, se reservan los nombres de las personas involucradas en la investigación. En lo concerniente al principio de *No-maleficencia* no implica daño alguno de manera física que pueda producir dolor, sufrimiento o la muerte a las personas que participaran del proceso de investigación, ya que solo se aplicará un cuestionario donde se realizarán una serie de preguntas relacionadas con el tema de la investigación.

Por último, en el principio de la *Justicia* no se verá implicada discriminación alguna, se respetará los derechos de las partes involucradas y serán tratadas con el mismo respeto y consideración.

6. RESULTADOS

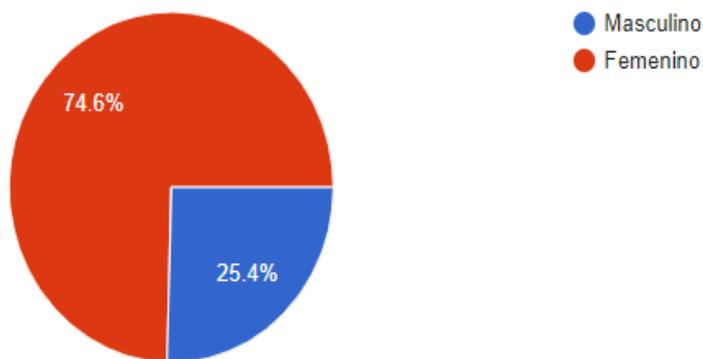
A continuación, se muestran las gráficas y análisis respectivos a la encuesta que se aplicó a los 59 funcionarios de la IPS DOMICILIARIA.

1. Se realiza descripción demografía en el cual se observa los siguiente:

Tabla 1. Género

MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
25,40%	74,60%	100%
44	15	59

Gráfico 1. Distribución según Género



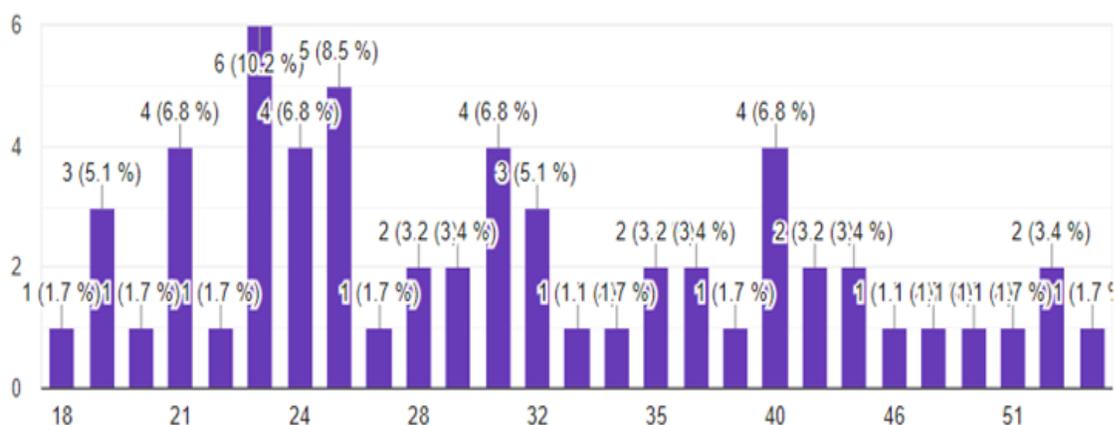
Fuente: encuesta realizada al personal de IPS domiciliaria.

Análisis: De acuerdo con la gráfica anterior se observa que el 74.6% de las IPS son género femenino y el 25.4% masculino. Teniendo en cuenta la respuesta, de los 59 funcionarios que realizaron el instrumento 44 son masculinos y solo 15 son femeninas.

Tabla 2. Distribución según Edad

EDAD	TOTAL	%
18 A 20 AÑOS	5	8,50%
21 A 23 AÑOS	11	18,70%
24 A 27 AÑOS	10	17%
28 A 31 AÑOS	8	13,40%
32 A 34 AÑOS	5	7,90%
35 A 39 AÑOS	5	8,30%
40 A 45 AÑOS	8	13,40%
46 A 50 AÑOS	3	3,30%
51 A 65 AÑOS	4	6,40%

Gráfico 2. Distribución según Edad



Fuente: encuesta realizada al personal de IPS domiciliaria.

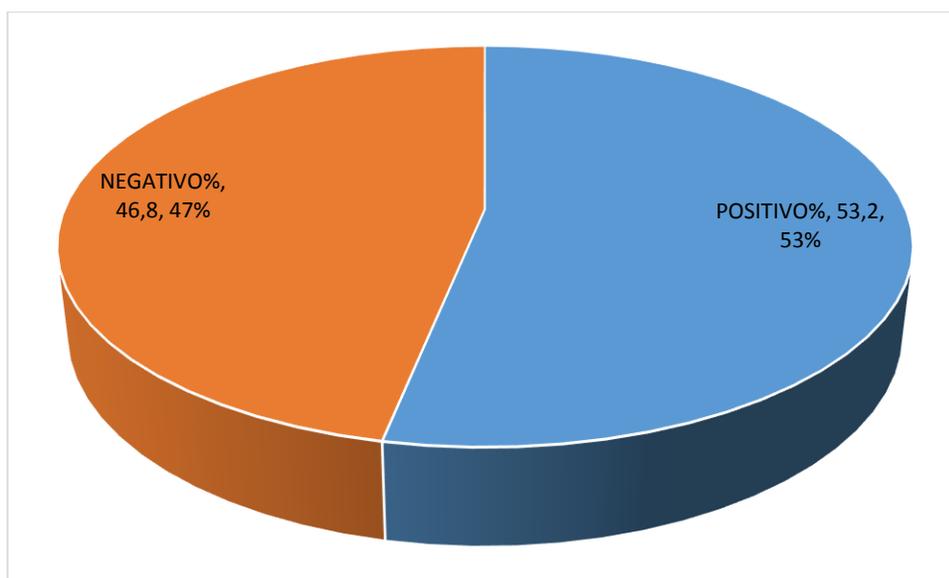
Análisis: De acuerdo a la gráfica anterior se observa que los funcionarios se encuentran entre el rango de edad de 18 a 20 años con un 8.5%, de 21 a 23 años con un 18.70%, de 24 a 27 años con un 17%, de 28 a 31 años con un 13.40%, de 32 a 34 años con un 7,9%, 35 a 39 años con un 8.3%, 40 a 45 años con un 13.40%, de 46 a 50 años con un 3.30% y 51 a 64 con un 6.4%.

2. Percepción de la seguridad del paciente por parte de los funcionarios obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 3. Percepción de los funcionarios de la IPS domiciliaria

Positiva	Negativa	TOTAL
53.2%	46.8%	100%
32	27	59

Grafica 3. Percepción de los funcionarios de la IPS domiciliaria



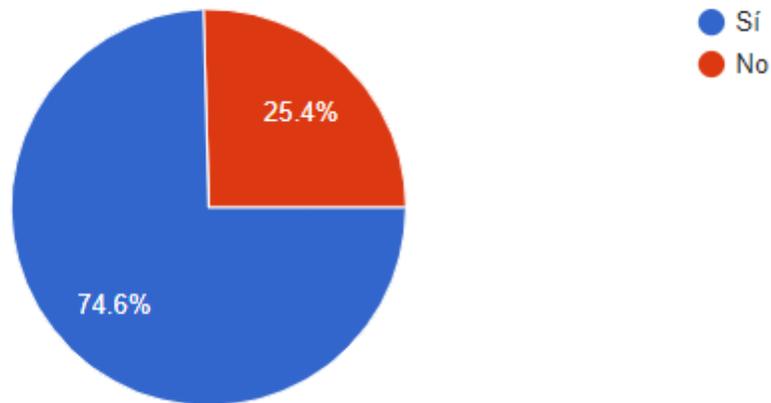
Fuente: encuesta realizada al personal de IPS domiciliaria.

Análisis: De acuerdo con la gráfica anterior se observa que el 53.2% de los funcionarios manifiestan tener una percepción positiva de la política de seguridad del paciente y el 46.8% una percepción negativa.

Tabla 4. A la pregunta ¿Sabe si la IPS cuenta con protocolo de la política de seguridad del paciente?

SI	NO	TOTAL
74,60%	25,40%	100%
44	15	59

Gráfico 4. A la pregunta ¿Sabe si la IPS cuenta con protocolo de la política de seguridad del paciente?



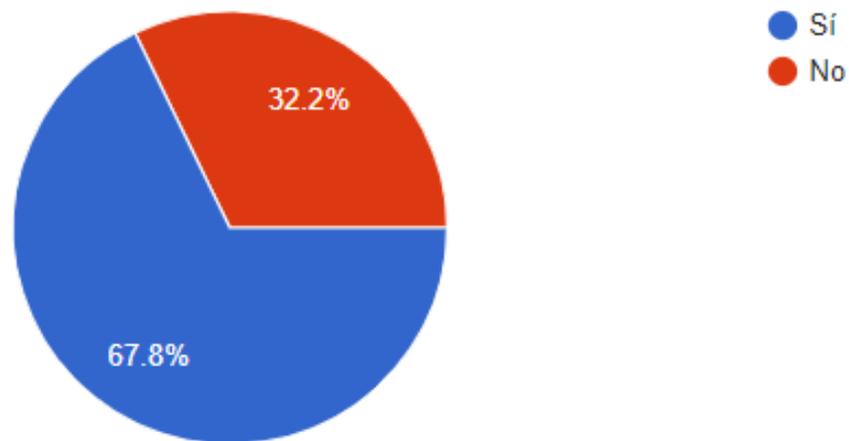
Fuente: encuesta realizada al personal de IPS domiciliaria.

Análisis: De acuerdo con la gráfica anterior se observa que el 74.6% de los funcionarios conocen que la institución cuenta con un protocolo de la política de seguridad del paciente y el 25.4% desconocen si en la IPS cuenta con este protocolo. Teniendo en cuenta la respuesta, 44 de los 59 funcionarios que realizaron el instrumento saben que la IPS cuenta con dicho protocolo.

Tabla 5. A la pregunta ¿La IPS cuenta con reporte en línea de evento adverso relacionado con seguridad del paciente?

SI	NO	TOTAL
67,8%	32,20%	100%
40	19	59

Grafico 5. A la pregunta ¿La IPS cuenta con reporte en línea de evento adverso relacionado con seguridad del paciente?



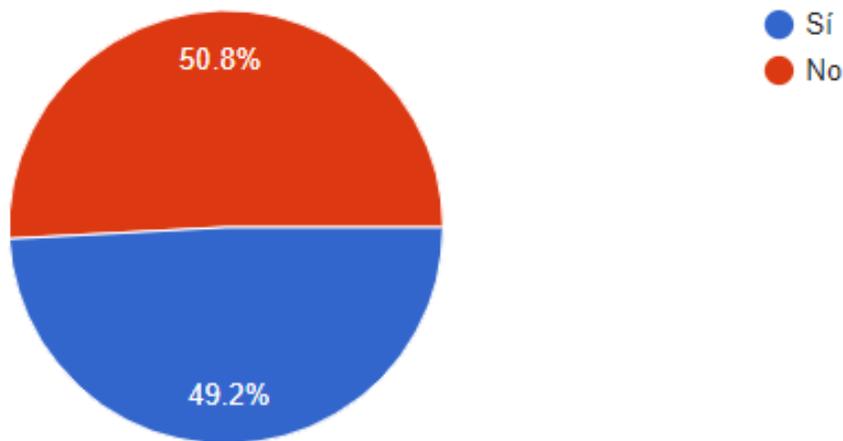
Fuente: encuesta realizada al personal de IPS domiciliaria.

Análisis: De acuerdo con la gráfica anterior se observa que el 67.8% de los funcionarios conoce que se cuentan con un reporte en línea de evento adverso relacionado con seguridad del paciente y el 32.2% desconocen si se cuenta con este reporte. Teniendo en cuenta la respuesta, 40 de los 59 funcionarios que realizaron el instrumento han realizado reporte a la institución.

Tabla 6. A la pregunta ¿Conoce usted la existencia de algún formato de diligenciamiento para el reporte de evento adverso y/o incidente al interior de la IPS?

SI	NO	TOTAL
49,20%	50,80%	100%
29	30	59

Gráfico 6. A la pregunta ¿Conoce usted la existencia de algún formato de diligenciamiento para el reporte de evento adverso y/o incidente al interior de la IPS?



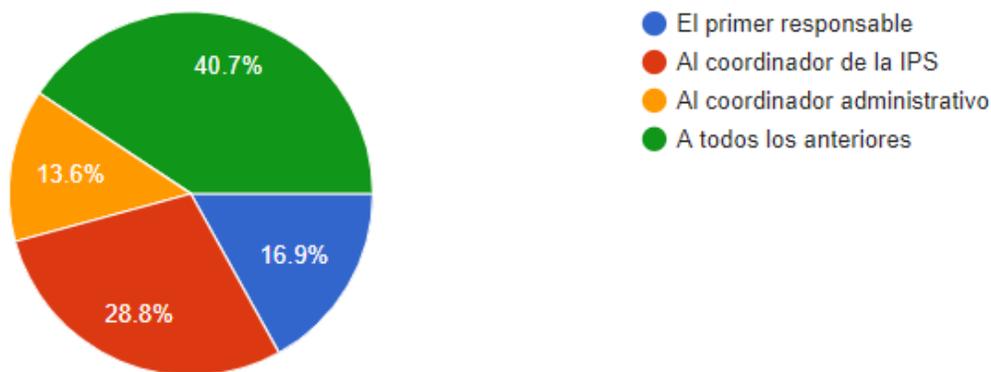
Fuente: encuesta realizada al personal de IPS domiciliaria.

Análisis: De acuerdo con la gráfica anterior se observa que el 49.2% conoce la existencia de algún formato de diligenciamiento para el reporte de evento adverso y/o incidente y el 50% no conoce de la existencia del formato para el reporte. Teniendo en cuenta la respuesta, 29 de los 59 funcionarios que realizaron el instrumento conocen el instrumento de la institución.

Tabla 7. A la pregunta ¿A quién se debe de reportar el evento adverso o incidente ocurra en la Institución?

REPORTE DE EVENTO ADVERSO	TOTAL RESPUESTAS	%
OPCION (A)	10	16,90%
OPCION (B)	17	28,80%
OPCION (C)	8	13,60%
OPCION (D)	24	40,70%

Gráfico 7. A la pregunta ¿A quién se debe de reportar el evento adverso o incidente ocurra en la Institución?



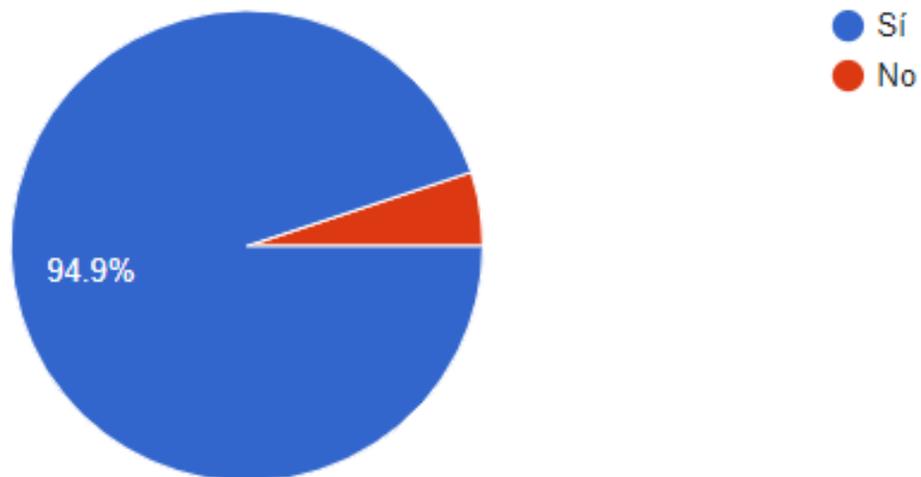
Fuente: encuesta realizada al personal de IPS domiciliaria.

Análisis: De acuerdo con la gráfica anterior se observa que el 16.9% de los funcionarios responden a la pregunta A, el 28.8% contestan la opción B, el 13.6% contestan la opción C y en el 40.7 % responde la opción D, la cual los funcionarios conocen a quien se debe de notificar en el caso que ocurra un evento adverso o incidente. Teniendo en cuenta la respuesta, 24 de los 59 funcionarios que realizaron el instrumento contestaron adecuadamente la pregunta.

Tabla 8. A la pregunta ¿Cree usted que es importante promover la cultura de seguridad del paciente?

SI	NO	TOTAL
94,90%	5,10%	100%
56	3	59

Gráfico 8. A la pregunta ¿Cree usted que es importante promover la cultura de seguridad del paciente?



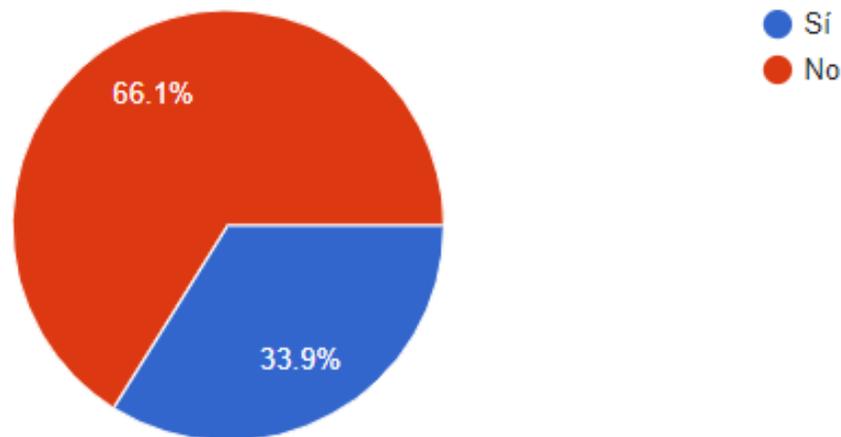
Fuente: encuesta realizada al personal de IPS domiciliaria.

Análisis: De acuerdo con la gráfica anterior se observa que el 94.9% conoce la importancia de promover la cultura de seguridad del paciente y el 5.1% de los funcionarios no conocen la importancia de la cultura de seguridad del paciente. Teniendo en cuenta la respuesta, 56 de los 59 funcionarios que realizaron el instrumento conocen la importancia de promover la cultura.

Tabla 9. A la pregunta ¿Ha reportado usted algún incidente o evento adverso que se haya presentado en la institución?

SI	NO	TOTAL
33,90%	66,10%	100%
20	39	59

Gráfico 9. A la pregunta ¿Ha reportado usted algún incidente o evento adverso que se haya presentado en la institución?



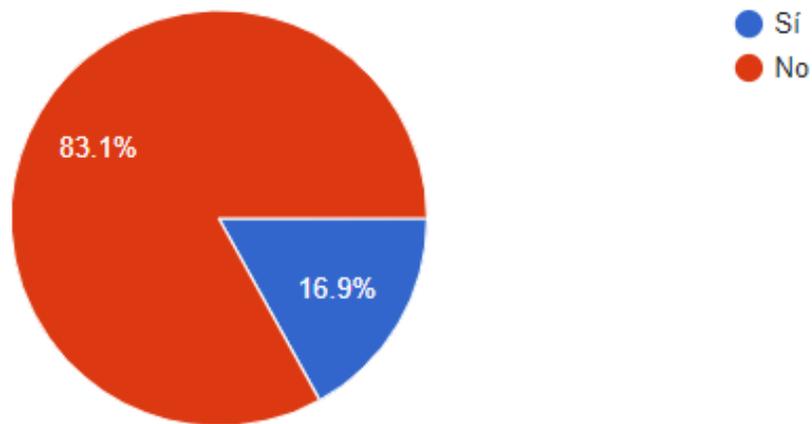
Fuente: encuesta realizada al personal de IPS domiciliaria.

Análisis: De acuerdo con la gráfica anterior se observa que el 33,9% ha reportado usted algún incidente o evento adverso que se haya presentado en la institución y el 66.1% de los funcionarios no han reportado algún incidente o evento adverso. Teniendo en cuenta la respuesta, 20 de los 59 funcionarios que realizaron el instrumento han realizado reporte a la institución.

Tabla 10. A la pregunta ¿Cree usted que al reportar un incidente o evento adverso este se vuelva punitivo en su cargo?

SI	NO	TOTAL
16,90%	83,10%	100%
10	49	59

Gráfico 10. A la pregunta ¿Cree usted que al reportar un incidente o evento adverso este se vuelva punitivo en su cargo?



Fuente: encuesta realizada al personal de IPS domiciliaria.

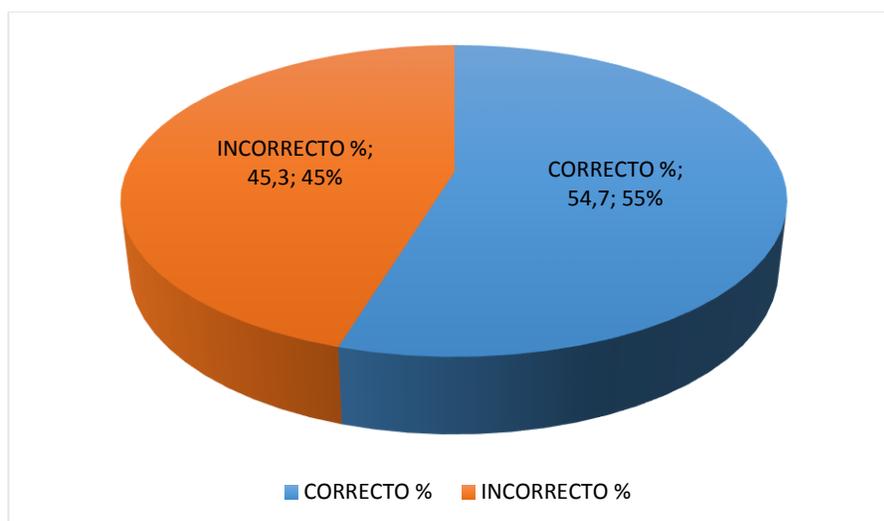
Análisis: De acuerdo con la gráfica anterior se observa que el 16.9% de los funcionarios que al reportar un incidente o evento adverso este se vuelva punitivo y el 83.1%, de los funcionarios no cree que sea punitivo el reportar. Teniendo en cuenta la respuesta, 49 de los 59 funcionarios que realizaron el instrumento podrían reportar un evento adverso.

3. Fundamentación teórica de seguridad del paciente obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 11. Conocimiento de los funcionarios de la IPS domiciliaria

CORRECTO	INCORRECTO	TOTAL
54.7%	45.3%	100%
35	26	59

Grafica 11. Conocimiento de los funcionarios de la IPS domiciliaria



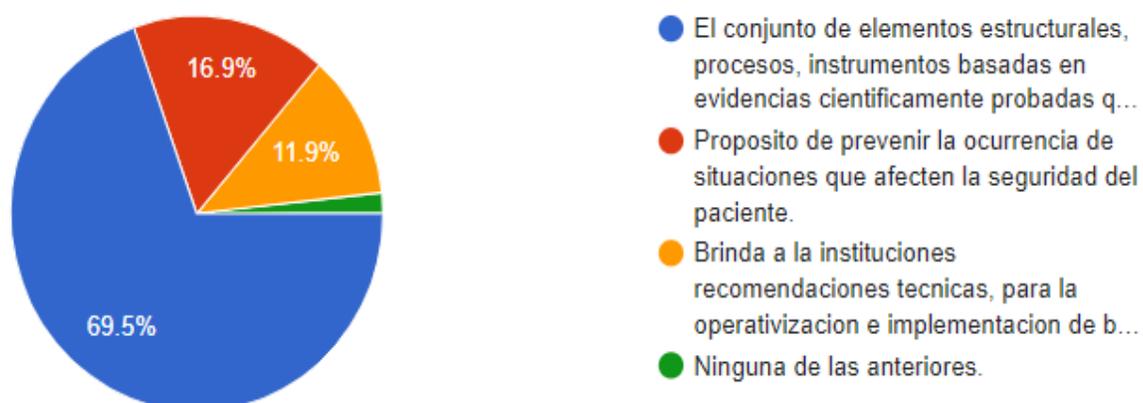
Fuente: encuesta realizada al personal de IPS domiciliaria.

Análisis: De acuerdo con la gráfica anterior se observa que el 54.7% de los funcionarios contestaron adecuadamente a las preguntas realizadas de conocimiento y el 45.3% no contestaron adecuadamente.

Tabla 12. A la pregunta ¿Qué es seguridad del paciente?

SEGURIDAD DEL PACIENTE	TOTAL RESPUESTAS	%
OPCION (A)	41	69,50%
OPCION (B)	10	16,90%
OPCION (C)	7	11,90%
OPCION (D)	1	1,70%

Gráfico 12. A la pregunta ¿Qué es seguridad del paciente?



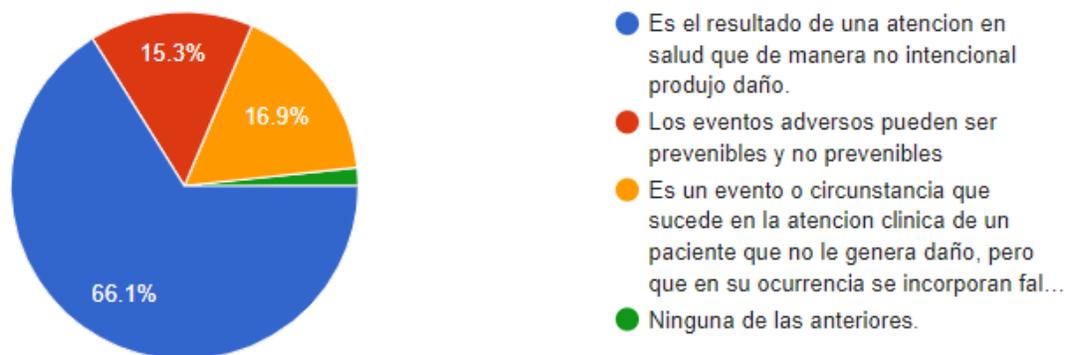
Fuente: encuesta realizada al personal de IPS domiciliaria.

Análisis: De acuerdo con la gráfica anterior se observa que el 69.5% de los funcionarios responden a la pregunta A, los cuales conocen el concepto de seguridad del paciente, el 16.9% contestan la opción B, el 11.9% contestan la opción C y en el 1.7% responde la opción D. Teniendo en cuenta la respuesta, 41 de los 59 funcionarios que realizaron el instrumento contestaron adecuadamente la pregunta.

Tabla 13. A la pregunta ¿Qué es un evento adverso?

EVENTO ADVERSO	TOTAL, RESPUESTAS	%
OPCION (A)	39	66,10%
OPCION (B)	9	15,30%
OPCION (C)	10	16,90%
OPCION (D)	1	1,70%

Gráfico 13. A la pregunta ¿Qué es un evento adverso?



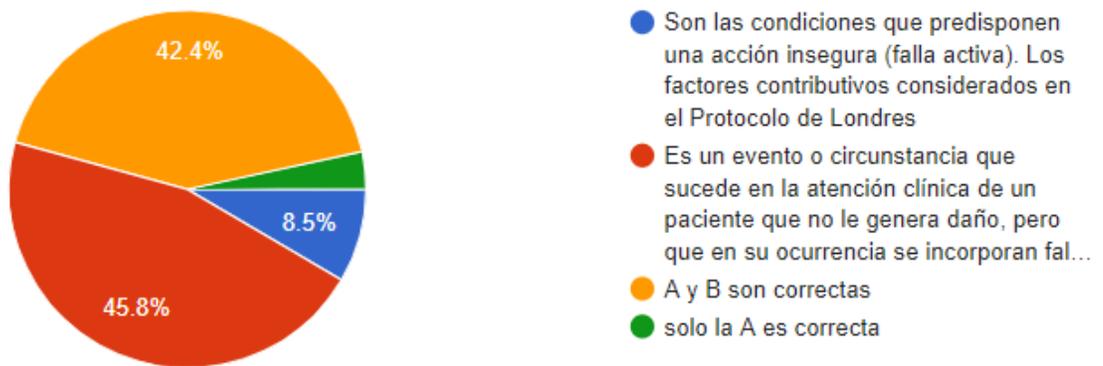
Fuente: encuesta realizada al personal de IPS domiciliaria.

Análisis: De acuerdo con la gráfica anterior se observa que el 66.1% de los funcionarios responden a la pregunta A, los cuales conocen el concepto de evento adverso, el 15.3% contestan la opción B, el 16.9% contestan la opción C y en el 1.7% responde la opción D. Teniendo en cuenta la respuesta, 39 de los 59 funcionarios que realizaron el instrumento contestaron adecuadamente la pregunta.

Tabla 14. A la pregunta ¿Qué es un incidente?

INCIDENTES	TOTAL RESPUESTAS	%
OPCION (A)	5	8,50%
OPCION (B)	27	45,80%
OPCION (C)	25	42,40%
OPCION (D)	2	3,40%

Gráfico 14. A la pregunta ¿Qué es un incidente?



Fuente: encuesta realizada al personal de IPS domiciliaria.

Análisis: De acuerdo con la gráfica anterior se observa que el 8.5% de los funcionarios responden a la pregunta A, el 45.8% contestan la opción B los cuales conocen el concepto de incidente, el 42.4 % contestan la opción C y en el 3.4% responde la opción D. Teniendo en cuenta la respuesta, 27 de los 59 funcionarios que realizaron el instrumento contestaron adecuadamente la pregunta.

Tabla 15. A la pregunta ¿Qué es un evento adverso prevenible?

EVENTO ADVERSO PREVENIBLE	TOTAL RESPUESTAS	%
OPCION (A)	7	11,90%
OPCION (B)	18	30,50%
OPCION (C)	26	44,10%
OPCION (D)	8	13,60%

Gráfico 15. A la pregunta ¿Qué es un evento adverso prevenible?



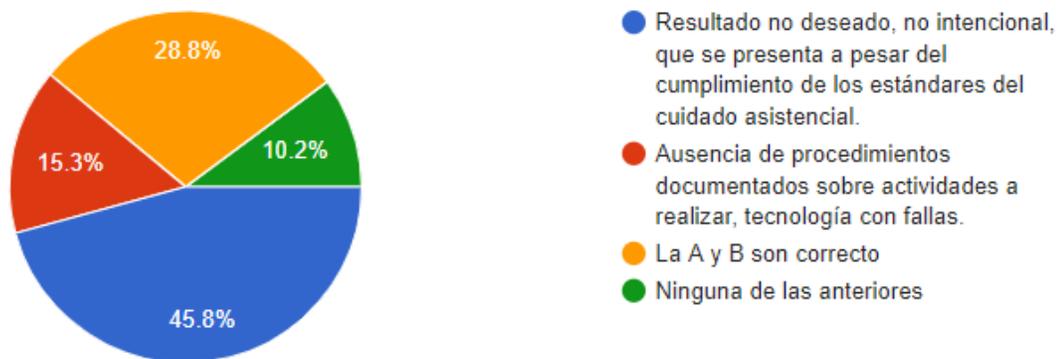
Fuente: encuesta realizada al personal de IPS domiciliaria.

Análisis: De acuerdo con la gráfica anterior se observa que el 11.9% de los funcionarios responden a la pregunta A, el 30.5% contestan la opción B, el 44.10 % contestan la opción C la cual los funcionarios conocen el concepto de evento adverso prevenible y en el 13.6% responde la opción D. Teniendo en cuenta la respuesta, 26 de los 59 funcionarios que realizaron el instrumento contestaron adecuadamente la pregunta.

Tabla 16. A la pregunta ¿Qué es un evento adverso no prevenible?

EVEN TO ADVERSO NO PREVENIBLE	TOTAL RESPUESTAS	%
OPCION (A)	27	45,80%
OPCION (B)	9	15,30%
OPCION (C)	17	28,80%
OPCION (D)	6	10,20%

Gráfico 16. A la pregunta ¿Qué es un evento adverso no prevenible?



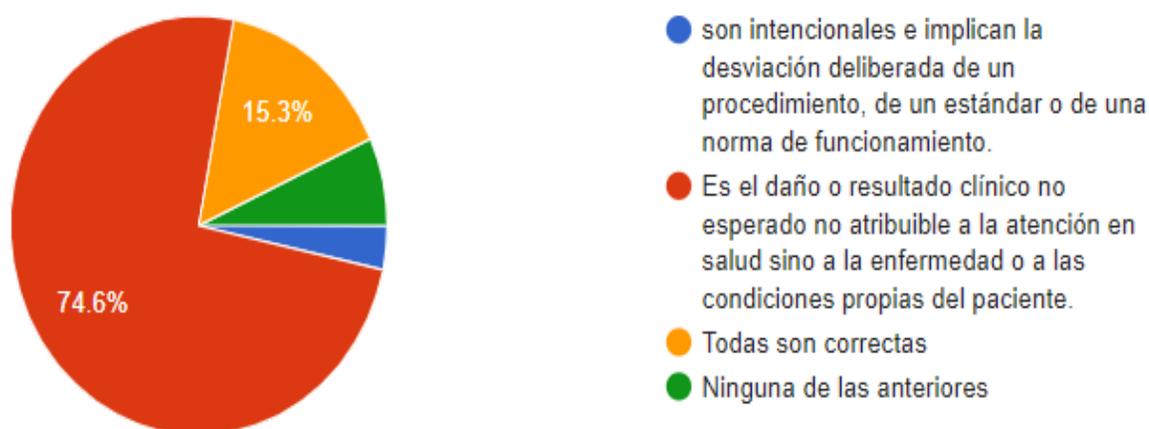
Fuente: encuesta realizada al personal de IPS domiciliaria.

Análisis: De acuerdo con la gráfica anterior se observa que el 45,8% de los funcionarios responden a la pregunta A, la cual los funcionarios conocen el concepto de evento adverso no prevenible, el 15,3% contestan la opción B, el 28,8% contestan la opción C y en el 10,20% responde la opción D. Teniendo en cuenta la respuesta, 27 de los 59 funcionarios que realizaron el instrumento contestaron adecuadamente la pregunta.

Tabla 17. A la pregunta ¿Qué es una complicación?

COMPLICACION	TOTAL RESPUESTAS	%
OPCION (A)	2	3,40%
OPCION (B)	44	74,60%
OPCION (C)	9	15,30%
OPCION (D)	4	6,80%

Gráfico 17. A la pregunta ¿Qué es una complicación?



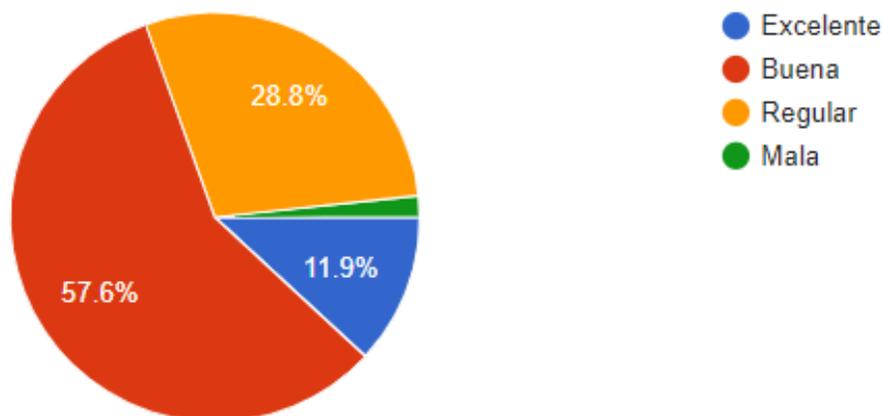
Fuente: encuesta realizada al personal de IPS domiciliaria.

Análisis: De acuerdo con la gráfica anterior se observa que el 3.40% de los funcionarios responden a la pregunta A, el 74.6% contestan la opción B, los cuales los funcionarios conocen el concepto de complicación, el 15.3% contestan la opción C y en el 6.8 % responde la opción D. Teniendo en cuenta la respuesta, 44 de los 59 funcionarios que realizaron el instrumento contestaron adecuadamente la pregunta.

Tabla 18. A la pregunta ¿Piensa usted que, con respecto a la definición de seguridad del paciente, la atención del paciente en la IPS es?

IPS ATENCION SP	TOTAL RESPUESTAS	%
EXCELENTE	7	11,90%
BUENA	34	57,60%
REGULAR	17	28,80%
MALA	1	1,70%

Gráfico 18. A la pregunta ¿Piensa usted que, con respecto a la definición de seguridad del paciente, la atención del paciente en la IPS es?



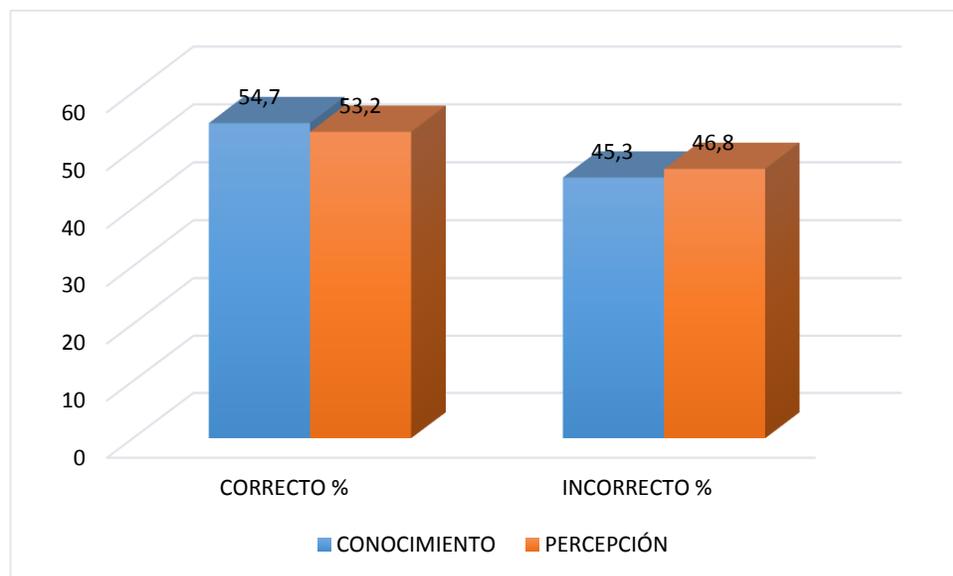
Fuente: encuesta realizada al personal de IPS domiciliaria.

Análisis: De acuerdo con la gráfica anterior se observa que el 11,9% de los funcionarios consideran que la atención del paciente es excelente, el 57,6% considera que la atención del paciente es buena, el 28,8%, refieren que la atención del paciente es regular y el 1,7% considera que es mala la atención del paciente. Teniendo en cuenta la respuesta, 34 de los 59 funcionarios que realizaron el instrumento definen que la atención del paciente se enfoca en seguridad del paciente.

Tabla 19. Comparación de resultados de conocimiento y percepción de los funcionarios de la IPS domiciliaria.

	CORRECTO y POSITIVO	INCORRECTO Y NEGATIVO	TOTAL
CONOCIMIENTO	54.7%	45.3%	100%
PERCEPCIÓN	53,2%	46.8%	100%

Grafica 19. Comparación de resultados de conocimiento y percepción de los funcionarios de la IPS domiciliaria.



Fuente: encuesta realizada al personal de IPS domiciliaria.

Análisis: De acuerdo con la gráfica anterior se observa que los funcionarios respondieron correctamente a la respuesta de conocimiento 54.7% y percepción el 53.2%, el 45.3% respondieron incorrectamente en cuanto a conocimiento y el 46.8% y de percepción.

7. DISCUSIÓN

La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias, por lo tanto se propone a través de la cultura de seguridad crear un ambiente, en el cual, se despliegue acciones de seguridad del paciente en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad.

Como consecuencia de no presentar una adecuada seguridad del paciente según la OMS “estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados.”
(3)

Colombia actualmente cuenta con una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOGC, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente”; así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente.

Para contribuir al conocimiento de la situación de la política de seguridad del paciente, se realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar nivel de conocimiento de la política de seguridad de paciente en los funcionarios de una IPS domiciliaria con cobertura en el Valle del Cauca en el año 2019, el cual fue realizado a 59 funcionarios de la institución y se le realizó una encuesta de conocimiento sobre seguridad del paciente, concluyendo lo siguiente:

El sexo que predominó fue el femenino con 74.6% indica que la mayor población laboral de la institución corresponde a ese género, y el rango de edad 21 A 23 AÑOS con un 18,70%, lo cual no coincide con el estudio Conocimiento de Seguridad del Paciente que tiene el personal de salud de la Consulta Externa del Hospital Militar Escuela Alejandro Dávila Bolaños se encontró que el sexo que predominó fue el

femenino con 38 (60.32%) y en el rango de 40 a 59 horas laborables se encontró un 85.71 por ciento.

En los resultados obtenidos por la encuesta se observa que el 74.5% del personal conoce el protocolo de la institución, y solo el 69.5% de los funcionarios conocen el concepto de seguridad del paciente, el cual se compara con un estudio realizado en una E.S.E. Hospital el Tambo que cuentan con un programa de Seguridad del Paciente, los funcionarios contestaron en un 25% que no existe y el 22% no sabe, lo cual es preocupante porque según establecido por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, en el cual la política de seguridad del paciente es parte integral y es transversal a todos sus componentes, todos los funcionarios de la IPS deberían de conocer este protocolo y a la vez fortalecer una cultura, esto genera que los sistemas de prestación de servicios de salud sean complejos y de alto riesgo, siendo a la vez complejo, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados conocimientos.(4)

El concepto de seguridad del paciente ha sido clave de la calidad asistencial, y ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para las gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

En la notificación del evento adverso se puede observar que solo 67.8% de los funcionarios conoce sobre el reporte en línea de evento adverso relacionado con seguridad del paciente, el 49.2% conocen el reporte en línea sobre los incidentes, el 49.2% conoce la existencia de algún formato de diligenciamiento para el reporte de evento adverso y/o incidente y el 50% no conoce de la existencia del formato para el reporte, lo cual coincide con un estudio realizado en la E.S.E. Hospital el Tambo que un 29% afirma que en la E.S.E si cuenta con documentación de Reporte de Eventos Adversos, también coincide con un estudio de “Seguridad del Paciente en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Estado actual de la Cultura de Seguridad del personal de Enfermería”, que da como resultado en cuanto a la notificación que, en el último año, más de la mitad de los encuestados (62%) refiere no haber notificado ningún evento, La resolución 256 de 2006, establece disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud los cuales deben de ser reportados en el registro Tipo 5-Registro de detalle de Eventos Adversos: tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización, tasa de caída

de pacientes en el servicio de urgencias, tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa, tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización, proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias, tasa de úlceras por presión, también La Organización Mundial de la salud establece la información mínima que debe contener una notificación de eventos adversos, la notificación debe comprender dos secciones: una estructurada y una de libre redacción.

La información mínima en la sección estructurada es la siguiente: edad y sexo, hora del incidente, lugar de ocurrencia del incidente, agentes involucrados (causa sospechada, factores contribuyentes y factores de mitigación), tipo de incidente, consecuencias del incidente/resultado final, acciones tomadas y rol del notificante. (4).

El 33,9% de los funcionarios ha reportado algún incidente o evento adverso que se haya presentado en la institución y el 66.1% no han reportado algún incidente o evento adverso, se realiza comparación según estudio el personal que labora en la E.S.E. Hospital el Tambo no reporta los eventos adversos y el 22% afirma que si reporta, sin embargo de esto no se encuentra evidencia en los registros de reporte, además se realizó comparación con en el estudio “Seguridad del Paciente en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Estado actual de la Cultura de Seguridad del personal de Enfermería” el 31% de los profesionales han notificado un solo error y siendo una minoría (cerca del 7%) los que reflejan haberlo hecho 3 o 4 veces, el cual ocasiona brechas las cuales no permiten realizar un claro análisis causal y dentro del cual se puedan identificar los factores que están bajo el control de la institución.

En la percepción se observa que el 53.2% de los funcionarios manifiestan tener una percepción positiva de la política de seguridad del paciente y el 46.8% una percepción negativa, la cual no coincide con el estudio realizado en “Seguridad del Paciente en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Estado actual de la Cultura de Seguridad del personal de Enfermería” se observa cuatro ítems, los dos últimos formulados de manera negativa con respecto al total de la dimensión se observa que no se exceden los límites establecidos (75% de respuestas positivas o 50% de respuestas negativas), , por todo esto, se concluye que implementar una cultura positiva de seguridad del paciente previene

la aparición de eventos adversos e incidentes, permite aprender de los errores, busca la causa raíz y modifica los procedimientos con el fin de evitar la reaparición de los errores, la evaluación de la seguridad del paciente se lleva a cabo a partir de la aplicación de encuestas las cuales tienen varios beneficios, con el fin de establecer estrategias y capacitaciones a todo el personal de la institución. (6)

En cuanto a los conceptos de seguridad del paciente se obtienen los siguientes resultados: el 69.5% de los funcionarios responden a la pregunta A la cual es la respuesta correcta, el 16.9% contestan la opción B, el 11.9% contestan la opción C y en el 1.7% responde la opción D.

Evento adverso: el 66.1% de los funcionarios responden a la pregunta A, los cuales conocen el concepto de evento adverso, el 15.3% contestan la opción B, el 16.9% contestan la opción C y en el 1.7% responde la opción D.

Incidente: el 8.5% de los funcionarios responden a la pregunta A, el 45.8% contestan la opción B los cuales conocen el concepto de incidente, el 42.4 % contestan la opción C y en el 3.4% responde la opción D.

Evento adverso prevenible: el 11.9% de los funcionarios responden a la pregunta A, el 30.5% contestan la opción B, el 44.10 % contestan la opción C la cual los funcionarios conocen el concepto de evento adverso prevenible y en el 13.6% responde la opción D.

Evento adverso no prevenible: el 45,8% de los funcionarios responden a la pregunta A, la cual los funcionarios conocen el concepto de evento adverso no prevenible, el 15,3% contestan la opción B, el 28,8% contestan la opción C y en el 10,20% responde la opción D.

Complicación: el 3.40% de los funcionarios responden a la pregunta A, el 74.6% contestan la opción B, los cuales los funcionarios conocen el concepto de complicación, el 15.3% contestan la opción C y en el 6.8 % responde la opción D.

Se realiza comparación con un estudio, en La distribución porcentual, el 15% responde correctamente y el 27% del personal no sabe la definición de eventos adversos en la E.S.E. Hospital el Tambo y el segundo de acuerdo a la distribución porcentual de la calificación de conocimientos sobre eventos adversos en los

trabajadores que laboran en la E.S.E. Hospital el Tambo, se tiene que el 5% responde que es una acción insegura, el 3% condiciones del paciente, el 2% sobrecarga de trabajo y el 38% consideran todas como causas que provocan Eventos Adversos. La evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido, por esa razón, es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad. En el análisis del incidente o del evento adverso sucedido es necesario considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento. (5).

Cada falencia en la atención de salud genera riesgos asistenciales que incluyen cualquier situación no deseable o factor que contribuye a que se produzca, que está muy relacionado con la atención recibida y que puede tener consecuencias negativas como, casi-errores, accidentes, incidentes, eventos adversos que suelen estar relacionados a la práctica clínica, y procesos administrativos, en algunas ocasiones producen complicaciones que se generan como un suceso adverso que muestra una situación no esperada en términos de la práctica clínica, cuya causalidad podría estar cuestionada en el manejo operacional o calidad del servicio, el cual requiere reportarse a los administradores y ser analizado, con el fin de realizar una intervención. (6)

El 94,9% de los funcionarios de la IPS domiciliaria, reconocen que es importante la cultura de seguridad del paciente, lo cual coincide de acuerdo a la distribución porcentual de la calificación de conocimientos sobre eventos adversos en los trabajadores que laboran en la E.S.E. Hospital el Tambo, presenta que el 100% del personal encuestado opina que es importante implementar una cultura institucional de reporte de Eventos Adversos y con el estudio de: "Encuesta del Hospital de la cultura de seguridad del paciente en China sobre cultura de seguridad del paciente varió de 45% a 88%, la tasa de respuesta positiva media fue de 65%. La tasa de respuesta positiva más baja de dimensión era Staffing (45%).

La cultura de seguridad del paciente requiere de la colaboración interdisciplinaria y del compromiso de todas las profesiones y departamentos. Esta colaboración es probable que ocurra cuando la organización mantiene un modelo de liderazgo interdisciplinario, en el que enfermeras, médicos y administradores tienen un papel

igual y complementario como líderes de las principales iniciativas y programas clínicos. Este modelo de liderazgo crea un clima en el que todos los recursos humanos de la institución se ven unos a otros como clientes internos, y además respetan los puntos de vista de los miembros de otros departamentos y disciplinas como contribuciones únicas.

8. CONCLUSIONES

De acuerdo a toda la temática tratada en el desarrollo del presente estudio se puede llegar a las siguientes conclusiones:

Es evidente que la seguridad del paciente es uno de los pilares más fundamentales en todas las instituciones la cual nos ayuda a prevenir las ocurrencias de situaciones que afecten la seguridad del paciente, a reducir y eliminar todos los eventos adversos. En Colombia se han creado protocolos que han asumido también los retos en investigación y desarrollo de sistemas de información que permitan detectar y analizar los errores, en la práctica de la atención sanitaria y así contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

En el valle del cauca, no se establece con precisión como aplican los protocolos en sus procesos institucionales, hay déficit en el empoderamiento del tema, el personal multidisciplinario no se encuentra capacitado en el tema. Hay instituciones que tienen adoptado algunos componentes, pero no son claros al momento de definirlos u en su defecto aplicarlos.

Se necesita fortalecimiento por parte de las instituciones para poner en marcha con más fuerza los protocolos de seguridad el paciente, el personal debe de estar capacitado constantemente para reducir y evitar la ocurrencia de eventos adversos en todos los ámbitos.

Teniendo en cuenta que los conocimientos que tenga el equipo multidisciplinario sin discriminar género, edad, o la percepción del tema, todo el enfoque de seguridad del paciente debe de estar ligado en la relación profesional-paciente-enfermedad, la cual es obligación mejorar la calidad de la atención de los pacientes, haciéndola cada vez más segura y poder lograr evitar un incidente, evento adverso o una complicación en la atención.

9. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda realizar capacitaciones y evaluaciones periódicas al personal de la salud en cuanto a Seguridad del Paciente y Eventos Adversos.
2. El personal de salud debe de fomentar la educación a los cuidadores sobre eventos que se pueden presentar después de la atención domiciliaria, aunque no se realizó encuesta a cerca de los cuidadores ellos son importantes para la mitigación de los eventos adversos, ya que esto conlleva a crear una brecha en el indicador y según los hallazgos encontrados permitirá evaluar cómo se comportan y como se adhieren los planes de mejora en la IPS DOMICILAIRIA.
3. Se deben promover diferentes estrategias y actividades internas para abordar el tema de la seguridad del paciente, estas incluyen diseño de políticas, implementación de rondas de seguridad, estrategias de reporte y análisis de eventos adversos e intervenciones en riesgos específicos.
4. Dar continuidad con proyectos de investigación que contribuyan al mejoramiento de las instituciones de salud, del paciente y de la sociedad; con el fin de que el estudiante desarrolle habilidades de búsqueda, redacción, análisis según las políticas vigente del país.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud y protección social. Protocolo de Londres. [Online].; s.f. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO DE LONDRES INCIDENTES%20CLINICOS.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO%20DE%20LONDRES%20INCIDENTES%20CLINICOS.pdf).
2. Ministerio de Salud. RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993. [Online].; 1993. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.
3. SAUD OMDL. La Investigación en Seguridad del Paciente Mayor conocimiento para una atención más segura. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. 2018 FEBRERO; 3(3).
4. OMS OMDLS. Minimal Information Model for Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems OMS , editor. Geneva, Switzerland.: World Health Organization 2016; 2016.
5. Ministerio de la Protección Social. La seguridad del paciente y una atención segura. Paquetes instruccionales, buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. [Online].; s.f.. Available from: <http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/La%20Seguridad%20del%20Paciente%20y%20la%20Atencion%20Segura.pdf>.
6. Social MdP. PROMOCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Bogota ; 2003.
7. Prado M, Rizo A, Diaz P, Hoyos A. Seguridad del paciente un compromiso institucional para una atención más segura. [Online].; 2015. Available from: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/761/Maria%20Consuelo%20Prado%20Cuellar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
8. Organización Mundial de la Salud. La Asamblea Mundial de la Salud da un nuevo impulso a la promoción de la salud pública mundial. [Online].; 2004. Available from: ho.int/mediacentre/news/releases/2004/wha4/es/.
9. Garcia Barbero M. LA ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, Barcelona, España. [Online].; 2004. Available from: http://www.codeinep.org/alianza_seguridad_paciente.pdf.

10. ENCOLOMBIA. Seguridad del paciente: implementación de una cultura. Fundación Santa Fe de Bogotá. Oficina de Atención Confiable. Bogotá, Colombia. [Online].; 2009. Available from: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/EnfermeriaVol1042007/Editorial.h>.
11. Ramírez Martínez ME, Gónzales Pedraza A. Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. [Online].; 2017. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706317300210>.
12. L. Kohn JCMS. Donalson To err is human: Building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine National Academy Press, Washington. [Online].; 2000.
13. De Vries EN RM. Smorenburg SM. The incidence and nature of in-hospital adverse events: A systematic review. Qual Saf Health Care;17:216---23. [Online].; 2008.
14. Centro Médico Imbanaco. Programa de seguridad del paciente. [Online].; 2018. Available from: <https://www.imbanaco.com/especialidades-y-centro-medico/seguridad-del-paciente/programa-seguridad-del-paciente/>.
15. Villarreal Cantillo E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud Uninorte. Barranquilla. 112-119. [Online].; 2007. Available from: http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/docs/articulos/articulo_07.pdf.
16. Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. Directrices de seguridad para el desecho de farmacéuticos. [Online].; 1999. Available from: https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=752:directrices-de-seguridad-para-el-desecho-de-preparaciones-farmaceuticas-no-deseadas-durante-y-despue&Itemid=0&lang=es.
17. CONAMED- OPS. Organismo de difusión del centro colaborador en materia de calidad y seguridad del paciente. [Online].; 2015. Available from: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf.
18. Díaz CA, Braem v, Giuliani A, Restelli E. Seguridad del paciente, un problema vigente y actual. MEDWAVE. 2014;14(3)e5941 doi: 10.5867/medwave.2014.03.5941. [Online].; 2014. Available from: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Comentario/5941>.

19. Domínguez I, Rodríguez B, Navarro J. Organizational Culture for health organizational systems. Rev. Med. Electrón. v.31 n.6 Matanzas nov.-dic. [Online].; 2009. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242009000600012.
20. J.M. Aranaza CM. Seguridad del paciente y calidad asistencial. [Online].; 2011. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-seguridad-del-paciente-calidad-asistencial-S1134282X11001606>.
21. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. [Online].; 2001. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>.
22. Agustín León C. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Rev Cubana Enfermer v.22 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. [Online].; 2006. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000300007.
23. Ministerio de la Salud. LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. [Online].; 2008. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%C3%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>.
24. Chomali M. Gestión de Riesgos en la atención de salud: hacia una cultura de la calidad basada en la seguridad. [Online].; 2003. Available from: http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/med_14_1/gestionderiesgosatencionsalud.pdf.
25. Internacional Nuclear Information System. Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations] study group on human factors. Third report: organising for safety. [Online].; s.f. Available from: https://inis.iaea.org/search/search.aspx?orig_q=RN:29011023.
26. White Lime Org. La cultura del prevención. [Online].; 2011. Available from: http://white.lim.ilo.org/spanish/260ameri/oitreg/activid/proyectos/actrav/proyectos/proyecto_sos/act_regionales/uruguay_jul2011/culturadelaprevention_ret.pdf.

27. Ministerio de Salud. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. Guía técnica: Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. [Online].; s.f. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>.
28. López V, Puentes M, Ramírez AL. MEDICIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE PRIMER NIVEL EN EL MUNICIPIO DE VILLETA. Universidad de Rosario. Bogotá. [Online].; 2016. Available from: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12137/Medici%C3%B3n%20de%20la%20cultura%20de%20seguridad%20del%20paciente%20en%20un%20Hospital%20p%C3%ABlico%20de%20Primer%20Nivel%20del%20municipio%20de%20Villeta.pdf?sequence=1>.
29. Steel K, Gertman PM, Crescenzi C. Latrogenic illness on a general medical service at a university hospital, New England Journal of Medicine; 304: 638-642. [Online].; 1981.
30. Hayward R, Timothy PH. Estimating Hospital Deaths Due to Medical Errors, Journal of American Medical Association; 286: 415-420. [Online].; 2001.
31. McNutt R, Abrams R, Aron D. Patient Safety Efforts Should Focus on Medical Errors. Journal of American Medical Association; 287: 1997-2001. [Online].; 2002.
32. Martínez L, Ruiz F, Ortega JM. Manual de Gestión de Riesgos Sanitarios, Edit. Díaz de Santos, Madrid, pág.8. [Online].; 2001.
33. Ministerio de la Protección Social. Boletín número 2: Seguridad del Paciente. Observatorio de calidad de la atención en salud. [Online].; 2010. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Bolet%C3%ADn%202%20Observatorio%20de%20Calidad%20en%20Salud.pdf>.
34. Department of Health and Social Care. Department of Health and Social Care. [Online].; 2019. Available from: <https://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health-and-social-care>.
35. Wilson R, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT. The Quality in Australia Health Care study. Medical Journal of Australia; 163: 458-471. [Online].; 1995.

36. Makary M, Michael D. Error médico: la tercera causa principal de muerte en los EE. UU. [Online].; 2016. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>.
37. Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente: La investigación en seguridad del paciente, mayor conocimiento para una atención más segura. [Online].; 2008. Available from: https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf?ua=1.
38. Cuidarte en casa. pagina de inicio. [Online].; 2019. Available from: <http://cuidarteencasa.com/>.
39. Sanchez Z, Marrero J, Becerra O, Herrera D, Alvarado JC. Los principios bioéticos en la atención primaria de salud. Apuntes para una reflexión. Rev Cubana Med Gen Integr v.19 n.5 Ciudad de La Habana sep.-oct. [Online].; 2003. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000500012.
40. Asociación medica mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Online].; 2017. Available from: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
41. El Congreso de Colombia. LEY 911 DE 2004. [Online].; 2004. Available from: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105034_archivo_pdf.pdf.
42. El Congreso de la República. LEY ESTATUTARIA 1266 DE 2008. [Online].; 2008. Available from: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1266_2008.html.
43. Salazar J, Guerrero J, Barbara Y, Cañedo R. Climate and organizational culture: two essential components in the working productivity. [Online].; 2009. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009001000004.
44. Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. [Online].; 2007. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>.

45. Normativo G. Funcion Publica. [Online].; 2016 [cited 2019 09 20. Available from: [MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL](#).
46. CONGRESO DE LA REPUBLICA. VLEX COLOMBIA. [Online].; 2015 [cited 2019 9 20. Available from: <https://diario-oficial.vlex.com.co/vid/ley-estatutaria-1751-2015-557604374>.
47. CALDERÓN JMS. SECRETARIA DEL SENADO. [Online].; 2004 [cited 2019 09 20. Available from: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1733_2014.html.

11. ANEXOS

11.1 Anexo I: Instrumento

El siguiente cuestionario va dirigido a los funcionarios de una IPS domiciliaria con cobertura en el valle del cauca en el año 2019, con el fin de validar el nivel de conocimiento de la política de seguridad de paciente; Este se divide

Nivel sociodemográfico

1. Género: Masculino _____ femenino _____
2. Edad: _____
3. Sabe si la IPS cuenta con protocolo de la política de seguridad de paciente:
No___ Si___
4. La IPS cuenta con reporte en línea de evento adverso relacionado con seguridad del paciente:
No___ Si___

Conteste marcando con una (X) sobre las respuestas que piense que sea la correcta.

5. ¿Qué es seguridad del paciente?
 - a) el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud.
 - b) propósito es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente.
 - c) Brinda a las instituciones recomendaciones técnicas, para la operativización e implementación de buenas prácticas en sus procesos asistenciales.
 - d) Ninguna de las anteriores
6. ¿Qué es un evento adverso?

- a) Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.
- b) Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles
- c) Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.
- d) Ninguna de las anteriores

7. ¿Qué es un incidente?

- a) Son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa). Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres
- b) Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención
- c) A y B son correctas
- d) solo la A es correcta

8. ¿Qué es un evento adverso prevenible?

- a) Es un resultado no deseado, no intencional.
- b) Se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- c) A y B son correctas
- d) Ninguna de las anteriores

9. ¿Qué es un evento adverso no prevenible?

- a) Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- b) ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.
- c) La A y B son correcto
- d) Ninguna de las anteriores

10. ¿Qué es una complicación?

- a) son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.
- b) Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

- c) Todas son correctas
- d) Ninguna de las anteriores

11. Conoce usted la existencia de algún formato de diligenciamiento para el reporte de evento adverso y/o incidente al interior de la IPS?

- a) No
- b) Si

12. ¿A quién se debe de reportar el evento adverso o incidente ocurra en la Institución?

- a) El primer responsable
- b) Al coordinador de la IPS
- c) Al coordinador administrativo
- d) A todos los anteriores

13. ¿Cree usted que es importante promover la cultura de seguridad del paciente?

- a) No
- b) Si

14. ¿Ha reportado usted algún incidente o evento adverso que se haya presentado en la institución?

- a) No
- b) Si

15. ¿Cree usted que al reportar un incidente o evento adverso este se vuelva punitivo en su cargo?

- a) No
- b) Si

16. Piensa usted que, con respecto a la definición de seguridad del paciente, la atención del paciente en la IPS es:

- a) Excelente
- b) Buena
- c) Regular
- d) Mala

11.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI FACULTAD DE SALUDPROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD ACEPTACION COMITÉ FECHA: _____ SESIÓN _____ CÓDIGO JURADO _____

Yo _____ mayor de edad, identificado con CC. N° _____ acepto libre y voluntariamente a participar del trabajo de investigación titulado: "Nivel de conocimiento de la política de seguridad de paciente en los funcionarios de una ips domiciliaria con cobertura en el valle del cauca en el año 2019, Que Permitan Estandarizar La seguridad del paciente en Colombia", realizado por las estudiantes del programa Especialización En Auditoria en salud: Yazmin Yulieth Meneses Vargas cc: 1.113.529.074 cel:3187677127 correo:yazminmeneses@hotmail.com; Gretty Lyzeth Plata Domínguez cc 1.114.829.842 cel.: 3216907928 correo e; y enbugacerrito@gmail.com Dirigido por la docente Ivanoba Pardo Herrera cc _____ cel.: 3173672497 correo ivanoba.pardo00@usc.edu.co.

Las estudiantes y docente que realizarán el estudio me han explicado claramente que el objetivo del estudio es: verificar el Nivel de conocimiento de la política de seguridad de paciente en los funcionarios de una ips domiciliaria con cobertura en el valle del cauca en el año 2019, y sobre los pasos para cada el cumplimiento de cada objetivo y como debo de participar:

• En primera instancia se realizará la revisión de fuentes bibliográficas en bases de datos indexadas con el fin de obtener información actualizada en relación a la investigación e identificar las categorías de interés. Seguido se elaborará el formato del cuestionario que responderá a los objetivos del estudio para posteriormente seleccionar la población objeto de fuente de la Información que cumpla con los criterios de inclusión y exclusión de la investigación

Además, se brindará la información respectiva a la población seleccionada, se hará el registro y firma del consentimiento informado que expresa su participación voluntaria, para dar continuidad con la aplicación del cuestionario. Posteriormente, aplicación del cuestionario a los expertos para finalmente analizar los resultados.

• me explicaron también que puedo retirarme del estudio cuando crea conveniente, o ser retirado sin repercusión alguna. A su vez sé que no utilizarán mi nombre, sino que se utilizarán códigos o número de identificación y los resultados obtenidos los sabrán los investigadores y yo, (derechos del participante...) para mejor la atención en el paciente. Los resultados obtenidos serán única y exclusivamente para este fin investigativo.

• Sé que el beneficio de este trabajo es: para conocer la adherencia de la política de seguridad del paciente en el personal de salud para: brindar una atención de buena calidad (aplicabilidad), en ningún momento habrá remuneración económica.

• Se me ha informado que no me ocasionarán riesgos físicos, morales, mentales, emocionales y sociales, ni ahora ni a futuro.

A su vez, me comentaron que utilizarán todas las normas de bioseguridad pertinentes; seré tratado con equidad-igualdad y respeto y se me responderá a cualquier duda que se me presentó en cualquier momento de la investigación.

Al firmar este documento reconozco que he leído y entendido el documento y el trabajo que realizaran.

Comprendiendo estas explicaciones, doy mi consentimiento para la realización de: _____ y firmo a continuación:

NOMBRE PARTICIPANTE _____

FIRMA _____

C.C: _____

FIRMA DE EL-LOS _____

TESTIGO(S) _____

(ESCRIBIR DEBAJO DE LA FIRMA LA RELACIÓN CON EL PARTICIPANTE)

FIRMA DE LOS INVESTIGADORES Y DIRECTOR DEL TRABAJO.: _____

