

**PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE CAUSAS DEL NO
REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS EN LOS SERVICIOS DE IMÁGENES
DIAGNÓSTICO, DE LA SEDE CIRCUNVALAR DE IDIME S.A**

**DANIELA OCAMPO GIL
LEIDY JOHANNA TREJOS CADAVID**

**RED ILUMNO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
FUNDACION DEL AREA ANDINA
CIENCIAS DE LA SALUD
SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN I-II
PEREIRA
30 DE MARZO 2019**

**PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE CAUSAS DEL NO
REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS EN LOS SERVICIOS DE IMÁGENES
DIAGNÓSTICAS, DE LA SEDE CIRCUNVALAR DE IDIME S.A**

**DANIELA OCAMPO GIL
LEIDY JOHANNA TREJOS CADAVID**

Trabajo seminario de investigación I-II

**Carmen Luisa Betancur Pulgarín
Nini Jhohanna Becerra**

Docente asociada

**RED ILUMNO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
FUNDACION DEL AREA ANDINA
CIENCIAS DE LA SALUD
SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN I-II
PEREIRA
30 DE MARZO DE 2019**

1. PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema:

La literatura publicada en referencia a la Seguridad del Paciente muestra un problema de tal magnitud que ha llevado a algunos autores a considerarlo como la nueva epidemia del siglo XXI y exhorta a todas las instituciones de salud a trabajar en pro de la seguridad en la atención.

La organización mundial de salud (OMS) en conjunto con la organización panamericana de la salud (OPS), buscan sistemas que ayuden a identificar mejoras en la incorporación de la cultura de calidad en los servicios de salud, probando que los sistemas de notificación de incidentes (SN) son una fuente para el aprendizaje y consecuentemente para la mejora;(1) de acuerdo a lo anterior el Ministerio de la Protección Social de Colombia, desarrollo la política de seguridad del paciente en conjunto con el Sistema Obligatorio de la Garantía para la Calidad, que consistía en implementar dentro de las instituciones de salud programas de seguridad del paciente que permitan identificar las acciones inseguras dentro de los procesos asociados a la atención en salud. Sin embargo, la existencia de un sistema de notificación de Evento Adversos (EA), no garantiza que el personal de salud, lo utilice a pesar de ser una actividad de obligatorio cumplimiento. (2)

Una de las barreras existentes para el correcto funcionamiento de los SN radica en el temor que el notificante tiene a las posibles consecuencias jurídicas tanto para él mismo como para el personal implicado. Según estudios realizados en diversas IPS, se logró apreciar que el no reporte de eventos adversos está asociado no solo al miedo punitivo, sino a la omisión de dicha actividad, por considerarse poco importante o no tener el conocimiento y la adherencia a la cultura del programa de seguridad del paciente de cada institución (3). Adicionalmente la determinación de los factores de riesgos como la comunicación de los mismos hace parte integral de las gestiones que deben realizarse y de esta forma posibilitar acciones preventivas y correctivas. (4)

De otro lado en las instituciones se debe garantizar todas las herramientas necesarias en cuanto al recurso humano competente, la importancia de tener en cuenta la preparación de los profesionales de la salud para la concientización y sensibilización, con respecto a la atención de los usuarios que debe realizarse en el contexto de la ética y los valores, de este modo se pretende atender al paciente y suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social. Es de gran importancia que las Instituciones prestadores de servicios de salud, las universidades y organizaciones que forman profesionales en este campo, implementen capacitaciones en humanización y que dichas temáticas sean fundamentales en la atención y formación del personal, así se logra que las

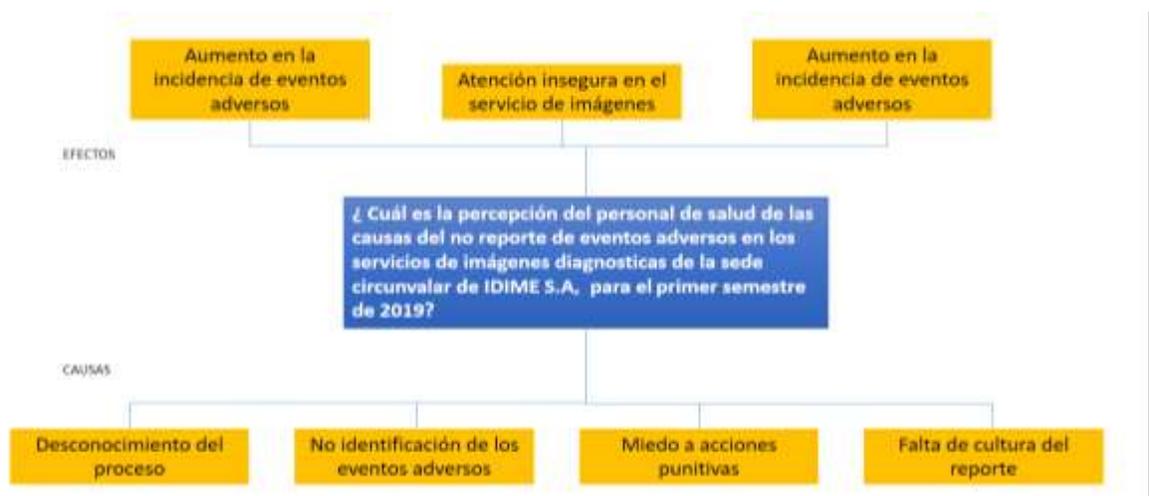
personas y usuarios de la salud sean considerados como seres humanos en un sentido global.

Esta investigación tiene como fin, identificar cuál es la percepción del personal de enfermería acerca de las causas por las que los profesionales de salud, no realizan los debidos reportes de los eventos adversos derivados del proceso de atención; con el propósito de implementar un plan de mejora que conlleve a la cultura reactiva del reporte, que permita dejar de pensar solo cuando hay lesión, y genere una alerta de los errores que están ocurriendo y que no afectan al paciente; por lo que se debe tener una organización proactiva con grandes barreras y mejoramientos continuos, en donde se pueda contemplar 4 estándares como son humanización, seguridad, gestión del riesgo, y gestión de la tecnología logrando un lineamiento estratégico aterrizado en un programa de seguridad institucional, trabajando de forma sinérgica concibiendo un impacto en los resultados.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la percepción del personal de salud de las causas del no reporte de eventos adversos en los servicios de imágenes diagnosticas de la sede circunvalar de IDIME S.A, para el primer semestre de 2019?

ÁRBOL DEL PROBLEMA:



2. JUSTIFICACIÓN

La OMS lanza “Alianza Mundial para la seguridad del paciente” buscando estandarizar en los sistemas de salud, prácticas seguras para la atención que brinden mayor seguridad y menos errores. La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente se estableció a fin de promover esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estados Miembros de la OMS. En Colombia, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en salud (Resolución 2003 de 2014), es el instrumento que contiene las condiciones de habilitación para que los servicios de salud ofertados y prestados en el país cumplan con los requisitos mínimos para brindar seguridad a los usuarios en el proceso de atención (5).

El sistema único de habilitación busca controlar el riesgo asociado a la prestación de servicios de salud y a las condiciones en que estos se ofrecen, mediante el cumplimiento obligatorio de requisitos y condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial, financiera y de capacidad técnico administrativa para dar seguridad a los usuarios. Los programas de Seguridad del paciente tienen como objetivo 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 en el país.

Lo anterior, se logra con el conocimiento y el mantener de una cultura de seguridad del paciente justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad entre el personal de salud (6). Las instituciones de salud realizan actividades encaminadas a brindar seguridad en la atención a los pacientes teniendo en cuenta las barreras de seguridad de cada servicio para minimizar el riesgo en la atención y brindar mayor seguridad a todos los usuarios que solicitan de los servicios de salud. Como se ha mencionado anteriormente, la seguridad del paciente es un componente esencial para la prestación de servicios, de allí nace la necesidad de indagar acerca de la percepción del personal de salud de las causas por las cuales no se reportan debidamente los eventos adversos presentados en las instituciones de salud, además de realizar un trabajo de excelente calidad, haciendo partícipes a todos los involucrados en los procesos de la institución y divulgar la necesidad y la importancia del reporte de incidentes y eventos adversos para poder crear la cultura de seguridad corporativa (7).

Se considera de vital importancia la concientización y capacitación de todo el personal administrativo y asistencial de la importancia del reporte del evento adverso, la permanente vigilancia para captarlos y realizar las estrategias para evitar

que se vuelvan a cometer ya que, mediante una herramienta adecuada, práctica y fácil de analizar se logrará garantizar la seguridad del paciente.

En el año 2010 se lleva a cabo en Latinoamérica el estudio IBEAS que evidenció el problema de la seguridad en la atención a una escala más local, en este participaron un total de 58 Hospitales de diferentes países (Costa Rica, México, Perú, Colombia y Argentina), con una revisión de 11.379 historias clínicas de pacientes, de ellos 2.405 en Colombia. Se contó con la cooperación de 12 hospitales del país, y reveló una prevalencia de eventos adversos del 13.1% en Colombia. La información obtenida, plantea una reflexión en torno a la búsqueda de la calidad en la prestación de servicios sanitarios, y la necesidad de mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente, por medio de la aproximación, trascendencia e impacto de los eventos adversos, identificar áreas y problemas prioritarios de la atención segura, incrementar la masa de profesionales involucrados en la SP e incorporar en la agenda de todos los países, objetivos y actividades encaminados a la mejora de la seguridad en la atención del paciente. (8)

En Colombia en un estudio realizado en una IPS de primer nivel de atención, se demostró que los eventos adversos no reportados muestra que el mayor número de casos no reportados en el servicio de laboratorio clínico, ocurrió durante el año 2010, (19 casos); Para el área de radiología e imágenes diagnósticas la mayor distribución porcentual de eventos adversos no reportados se presentó por a retrasos en los resultados con el 22.7%, mientras el 18.2% se presentó debido a errores en la identificación del paciente. El 45% de las causas de no reporte de eventos adversos en el servicio de imágenes diagnósticas corresponde a omisión, el 41% no se reportaron por que no fueron considerados importantes y el 14% de los eventos adversos identificados no fueron reportados por miedo a las implicaciones del reporte. (9)

En octubre de 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en respuesta a la resolución 55.18 de la Asamblea Mundial de la Salud, año 2002, en la que se instaba a la OMS y a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la SP, creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMSP) con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de SP en todo el mundo. Cada año, la AMSP organiza programas que tratan aspectos sistémicos y técnicos para mejorar la SP en todo el mundo. Un elemento fundamental es la formulación de Retos Mundiales; destinados a impulsar el compromiso y la acción internacional en aspectos relacionados con la SP que supongan un área de riesgo importante para todos los Estados Miembros de la OMS.

Los dos retos mundiales, principales, en los que actualmente trabaja la organización son: Una atención limpia es una atención más segura, primer reto, lanzado en el año 2005 y cuyo objetivo era alcanzar un reconocimiento universal sobre el control

de las infecciones, que constituye una base sólida y esencial en la SP, así como reducir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS) y sus consecuencias. La cirugía segura salva vidas, segundo reto mundial por la SP, aborda la seguridad de la atención quirúrgica. La AMSP empezó a trabajar en este reto en enero de 2007. El objetivo era mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo, definiendo para ello un conjunto básico de normas de seguridad que puedan aplicarse en todos los Estados Miembros de la OMS.

Trata de fomentar el uso de un Listado de Verificación o Checklist (LV) en los quirófanos de todo el mundo. Con ello se pretende aumentar al máximo la probabilidad de conseguir mejores resultados para los pacientes sin necesidad de sobrecargar indebidamente al sistema y a los profesionales (10).

Por lo anteriormente descrito, el propósito del proyecto es determinar la percepción del personal de enfermería del servicio de imágenes diagnósticas, sobre las causas del no reporte de los eventos adversos, para verificar la efectividad del despliegue de la información y la calidad de la formación que se le brinda a los colaboradores de dicha institución, para replantear estrategias que le permitan a la institución desplegar desde los niveles jerárquicos más altos y administrativos hasta los operativos la información necesaria para proveer a los usuarios servicios seguros bajo conocimientos sólidos de los lineamientos institucionales.

3. OBJETIVOS

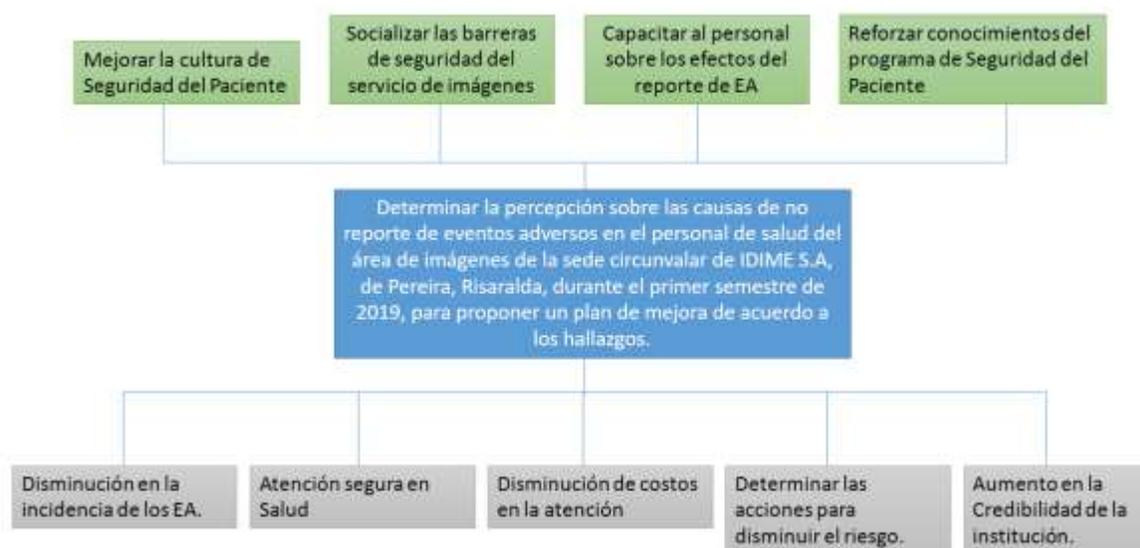
3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la percepción sobre las causas de no reporte de eventos adversos en el personal de enfermería del área de imágenes de la sede circunvalar de IDIME S.A, de Pereira, Risaralda, durante el primer semestre del 2019, para proponer un plan de mejora de acuerdo a los hallazgos

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer la percepción del personal de enfermería del área de imágenes de IDIME S.A, sobre eventos adversos.
- Analizar la percepción del personal de enfermería del área de imágenes de IDIME S.A, sobre las causas del no reporte de los eventos adversos.
- Diseñar plan de mejora de acuerdo a los hallazgos.

ÁRBOL DE SOLUCIONES:



3.3 MATRIZ DE OBJETIVOS

OBJETIVOS	DIMENSIONES	CATEGORÍAS	DEFINICIÓN
<p>Identificar la percepción sobre eventos adversos.</p>	<p>Percepción</p> <p>Eventos Adversos</p>	<p>Proceso cognitivo</p>	<p>Dentro de estos procesos se integran todas las conductas mediante las cuales damos sentido y significado a todo lo que nos rodea y a nuestros propios estados internos. Los procesos cognitivos tienen como fin el conocimiento del mundo y de nosotros mismos. Dentro de estos procesos se incluye la percepción, la memoria, el aprendizaje, el pensamiento, la inteligencia, la comunicación y el lenguaje.</p>
		<p>Evento adverso prevenible</p>	<p>Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial</p>

			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
		Enfermería	Según la OMS enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal
		Competencias profesionales	La competencia profesional alude directamente a las capacidades y habilidades de una persona que son necesarias de desarrollar a

			través de la formación. De manera que la competencia es el resultado del proceso de cualificación que permite «ser capaz de» «estar capacitado para».
--	--	--	---

4. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO DE ANTECEDENTES

La seguridad del paciente se define como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos durante el proceso de atención en salud. Incluye todas las acciones, elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías soportados con la evidencia científica, que se realizan con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la prestación de un servicio de salud y minimizar los posibles daños, haciendo que el ejercicio del cuidado cumpla con altos estándares de seguridad. (11)

Esto constituye un componente clave de la calidad asistencial que en los últimos años ha alcanzado gran relevancia, considerándose en la actualidad, un derecho de los pacientes; ésta engloba actuaciones dirigidas a eliminar, reducir y/o mitigar los efectos de eventos adversos producidos como consecuencia de la asistencia sanitaria (12). En este sentido, se considera EA a cualquier acontecimiento producido durante el proceso asistencial que suponga consecuencias negativas para el paciente y con resultados que se expresan en forma de fallecimiento, lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o incremento de consumo de recursos asistenciales.

La implicación en salud pública está relacionada con el Plan de Salud 2016-2020 trabajando en la primer línea, Innovación y reorientación del sistema sanitario para asegurar la máxima calidad percibida por los pacientes; además trabajo en conjunto con la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud para el periodo 2015-2020 orientada a promover y mejorar la cultura de la seguridad en las organizaciones sanitarias (13); incorporar la gestión del riesgo sanitario; formar a los profesionales y a los pacientes en aspectos básicos de seguridad del paciente; implementar prácticas seguras e implicar a pacientes y ciudadanos; ya que disponer de datos locales de resultados y de variables relacionadas con la cultura contribuye al desarrollo y la evaluación del Plan.

Si bien una de las estrategias para mejorar la seguridad del paciente es promover, crear y mantener una cultura de seguridad positiva en las instituciones, la cultura de seguridad del paciente se concibe como la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individual y grupal que determinan el compromiso de la gestión de la seguridad en la atención y en el cuidado del paciente (14). Es necesario que las instituciones midan la cultura sobre la seguridad para saber el punto de partida y marcar estrategias de mejora.

La cultura está directamente relacionada con la declaración de incidentes de seguridad del paciente y con diferentes dimensiones individuales, grupales e institucionales, como son la percepción general de la seguridad, la frecuencia de notificación de eventos, las expectativas/acciones para promover la seguridad por parte de la supervisión, el aprendizaje organizativo y la mejora continua, el trabajo en equipo dentro de las unidades y de los servicios, la comunicación abierta, el feedback y la comunicación sobre el error, la respuesta no punitiva al error, la dotación de personal, el soporte desde dirección para la seguridad del paciente, el trabajo en equipo multidisciplinario y la continuidad de los procesos; la pertinencia del trabajo viene marcada por la prioridad dada por las instituciones de salud para abordar y planificar las estrategias de mejora de la calidad y de la seguridad, y su monitorización (15). Es por esto que se debe motivar al personal que tiene un papel crucial en la cultura de seguridad del paciente, ya que permite que éste adquiera conocimiento y concientización de la importancia que tiene los usuarios dentro de las instituciones, el empoderamiento del personal para con la empresa, asegura de manera eficaz que los reportes sean ejecutados y los usuarios egresen de las instituciones satisfechos por los cuidados recibidos además del buen análisis de los eventos presentados y su respectivo plan de mejora, que deberá ser socializado con el total del personal para mejorar y disminuir su incidencia dentro de la institución.

Dentro de los eventos adversos no solo están los derivados de las actividades de enfermería, el error médico, el cual proviene del término “Medical Errors” se define como los errores cometidos por los profesionales de la salud; que resultan en daño al paciente (16). Esta definición de acuerdo al abordaje individual del error humano, nos conduce al segundo punto del conflicto sobre cómo se debe abordar al ser humano considerando que se debe centrar la atención del error en las personas que están al final del acto inseguro sea el médico, la enfermera, entre otros personajes del sistema de salud. El error surge como consecuencia de un proceso mental aberrante como la negligencia, el desinterés y la falta de atención, los cuales son propios del ser humano; las medidas para corregir deben ir dirigidas a este mal comportamiento, sin dejar de lado las cargas laborales a los que están sometidos los actores del sistema salud. Se debe entender que las personas que laboran en los servicios de salud, son seres humanos y como tal deben ser tratados, como público y actor cada uno debe colocarse en el lugar del otro para comprender las necesidades que deben ser suplidas para aceptar ellos como un buen trabajo, buen desempeño, buena calidad; y es por ellos que después de hablar del papel de los profesionales de la salud, ahora debemos ver el problema desde el lado de los pacientes.

Los/as pacientes (o sus allegados/as) que sufren un evento tienen la necesidad, y el derecho a saber, qué, cómo, cuándo, o por qué ocurrió y las medidas que se han adoptado para evitar que se repita. Se debe tener una comunicación abierta y

sincera incluyendo una disculpa que debe producirse tras sufrir un evento adverso al paciente. Pero también es conocido que los/las profesionales tienen miedo a informar por las consecuencias legales que pudieran derivarse (17). Lo que hemos llamado «efecto bumerán» justifica este miedo: obligación legal de informar, compromiso ético de hacerlo, convencimiento de que es lo correcto, pero miedo razonable a que esa información sea utilizada en su contra; no puede descartarse que termine convirtiéndose en una demanda contra el/la profesional, la institución o ambos. Según lo anterior las instituciones de salud deben adoptar sistemas de gestión para la notificación y análisis de evento adversos de forma estructurada y según pautas que permitan su codificación, el análisis de los elementos vulnerables del sistema y la disseminación de la información a los profesionales. Aunque todos los sistemas de notificación(SN) se basan en una misma lógica, cada uno tiene sus particularidades y difieren en su reglamentación, taxonomía, incidentes que se notifican, gestión del sistema, confidencialidad, incentivos para la notificación y manejo de sus consecuencias. En general, los SN suelen lograr mayor involucramiento de los profesionales cuando son voluntarios y anónimos y mantienen una estrecha relación biunívoca con la cultura de seguridad de los establecimientos de salud.

Si bien todos los involucrados deben acogerse a la seguridad del paciente el gran porcentaje corresponde a Enfermería ya que tiene un rol fundamental en las instituciones por su función de acompañamiento al paciente y sus responsabilidades de gestión, es por esto que algunos estudios evidencian que en las instituciones de salud el número mayor de funcionarios pertenece a enfermería por tener relación directa al cuidado del paciente y desde donde se puede detectar un gran número de eventualidades que puedan ocurrir desde el servicio o áreas de trabajo; igualmente identificar las barreras de seguridad para evitar un evento adverso, sin dejar a un lado se debe analizar la carga laboral que sufre estos profesionales debido a la relación entre la cantidad de enfermeras y la cantidad de pacientes que deben atender a diario donde pueden influir un aumento de eventualidades dentro de los servicios representando relevantes costos que pueden revertirse en mejora de la calidad y la seguridad del sistema de salud (18).

Según las autoras del estudio titulado “Análisis de la cultura de seguridad en el ámbito de la identificación del paciente por el alumnado de enfermería egresado de la Universidad” (19). Hacen referencia a que la calidad en la descripción de los eventos adversos reportados facilitara el análisis para la socialización de las fallas presentadas y realizar actividades encaminadas a la prevención, sin embargo, los profesionales sanitarios siguen siendo reprimidos por las acciones punitivas que el reporte conlleva, además evidencian que los profesionales de la salud que recién egresan de las instituciones educativas o tienen cultura de seguridad del paciente y hacen más complejo la mejoría de los servicios en los que trabajan en ese aspecto.

Además, para finalizar mencionan que la OMS, establece que las organizaciones sanitarias deben fomentar a los usuarios internos (empleados), la identificación de dos parámetros mensuales para facilitar la correcta identificación de los pacientes ya que esta es una de las principales causas por las cuales se generan más reportes adversos en la institución, impulsando cada vez más la cultura de seguridad del paciente. (20)

La cultura de seguridad del paciente es una temática de gran valor para el cuidado de la salud con un enfoque de calidad y excelencia; por lo tanto, es de vital importancia documentar su situación en el país y en el ámbito institucional consolidar las bases teóricas que propicien acciones para lograr el máximo de bienestar de los usuarios y trabajadores de la salud. (21) Para enfermería, es una necesidad realizar estudios que proporcionen un alto nivel de evidencia científica, que permitan documentar las condiciones y las causas que favorecen o que ponen en riesgo un ambiente de seguridad hacia la promoción de un cuidado de enfermería seguro.

Si bien se están intensificando los esfuerzos porque en las instituciones de salud reine la cultura de seguridad del paciente, se deben mencionar que no todos los pacientes que ingresan a ellas, son propensos más que otros a sufrir de un evento adverso, pues según los datos suministrados por el artículo “Caracterización de los eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidado intensivo en Bogotá (Colombia)” (22), donde se demuestra que la población mayor de 60 años que ingresaron a las instituciones de salud que participaron del estudio, fueron más propensos a sufrir eventos adversos, desarrollados por las actividades de cuidado que desarrolló el personal de salud. Lo que implica que las estrategias para mejorar el impacto que tienen los eventos adversos en la calidad de la atención deben tener en cuenta los aspectos de comorbilidad de cada usuario, con el fin de generar impacto donde dichas estrategias lo deben tener.

El impacto de los estudios realizados dentro de las instituciones de salud que unen esfuerzos para aumentar la cultura de seguridad del paciente dentro de sus instalaciones, debe tener en cuenta la perspectiva que tienen sus colaboradores en cultura de seguridad del paciente, debe analizar si los esfuerzos que como equipo vienen desarrollando les permite aumentar los índices de adherencias o si en su debido momento estos deben ser modificados para alcanzar las metas deseadas al igual que el aprendizaje a partir de la revisión de los errores se presenta como un gran desafío para las organizaciones, pero es una gran oportunidad de mejora para la cultura de seguridad y gestión de riesgo (23). La participación de los pacientes en dicho proceso, permite a sus cuidadores o persona en la que deleguen, participar en las decisiones relacionadas con su condición de salud y en la prevención del daño asociado a la atención sanitaria, contribuyendo así al aprendizaje de la organización a través de su experiencia como pacientes. Por participación pública

se entiende la extensión por la cual los pacientes o ciudadanos, a través de sus organismos representativos, contribuyen a conformar los sistemas de salud a través de su implicación en el diseño de las políticas sanitarias, la elaboración de estrategias en salud y el gobierno de las instituciones (24).

Para proporcionar un cuidado seguro a los pacientes es necesario que los profesionales de enfermería identifiquen los eventos adversos (EA), entendidos como aquella lesión no intencionada que se presenta en el proceso asistencial, convirtiéndose en un problema de salud pública que impacta a nivel mundial. Estos eventos se presentan cuando no se aplican estándares de calidad en el cuidado asistencial. Algunos estudios han mostrado que en los pacientes críticos se producen más errores y lesiones iatrogénicas. Su incidencia oscila entre el 1 y 32%; prácticamente todos los pacientes estarían expuestos a sufrir un evento adverso; uno de cada cinco pacientes podría sufrir un EA grave, extrapolando los datos de un promedio de 178 actividades por enfermo/día (25); los datos anteriormente mencionados tomados del artículo llamado Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo, refleja las cifras que va en aumento de la morbilidad de los pacientes que sufren de un eventos adverso durante la atención brindada dentro de una institución, es cierto que dichas cifras aumentan los costos de las atenciones pero también, se debe pensar en el aumento de la tasa de morbilidad epidemiológica de cada país y región, porque es allí donde se verá reflejada la verdad y más significativa cifra de los indicadores en salud pública. (26)

Determinar los factores que contribuyen a la omisión del reporte del incidente o evento adverso, por parte del personal de salud, y caracterizar por unidad funcional la omisión del reporte para orientar las estrategias de intervención y mejorar la cultura de seguridad. En los últimos años se han presentado cambios determinantes respecto a la seguridad del paciente en los sistemas de salud a nivel mundial (27). Se tiende a creer que los asuntos de seguridad de los pacientes están dentro de los procesos de atención, ya que el personal médico trabaja bajo el hipocrático principio de “primero no hacer daño”; sin embargo, y por ello la necesidad imperante de este trabajo, durante los procesos de atención se generan daños involuntarios en el paciente, a los que denominaremos eventos adversos, o situaciones durante la estancia hospitalaria que estuvieron a punto de suceder, pero nunca afectaron de alguna manera al paciente, lo cual hace referencia a un incidente de seguridad.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), uno de cada diez pacientes ha sufrido un daño provocado por un evento adverso. Se estima que entre el 4 y el 17 % de los pacientes que ingresan a una institución de salud sufrirán un evento inesperado, provocado por la atención en salud y no por la patología por la cual ingresaron. Esta nueva condición les podría acarrear consecuencias que dificulten su recuperación y, en algunos casos, podría ocasionarles incluso la muerte

(28). En Colombia, el Ministerio de la Protección Social expidió la Política de Seguridad del Paciente, en junio de 2008; cuyos principales objetivos son hacer más seguros los procesos de atención, mejorar la calidad y proteger al paciente de los eventos adversos evitables (29).

4.2 MARCO CONTEXTUAL:

IDIME S.A. es una Institución dedicada a la prestación de servicios en apoyo diagnóstico y laboratorio Clínico al sector de la salud desde hace veintisiete años, su trayectoria y amplia experiencia unidos al compromiso y reconocimiento les permite ofrecer servicios con calidad, confianza y cumplimiento respaldados con el Certificado de Gestión de Calidad ISO 9001-2008 otorgado por el ICONTEC. Actualmente trabaja para optar a la categoría de Institución ACREDITADA en salud, siendo ésta una opción voluntaria a la que acceden las instituciones prestadoras de servicio con aval del Instituto Colombiano de Normas Técnicas (ICONTEC), y cuyos pilares se fundamentan en la óptima atención del paciente y su familia, en el mejoramiento de la calidad y en el enfoque del riesgo.

Tiene presencia en 24 ciudades y municipios con 27 sedes propias y 24 sedes con acuerdos interinstitucionales en total a nivel nacional, reflejan el éxito empresarial y la solidez de la empresa en estos 27 años de existencia.

Este reconocimiento y el de los clientes unipersonales y empresariales no hubiera sido posible si los procesos establecidos no fueran soportados en todo momento por una plataforma informática robusta y con la más alta tecnología en equipos y software tanto de diagnóstico en imágenes como en laboratorio clínico. Esta fortaleza les permite contar actualmente con equipos de última generación tecnológica como la tomografía con Multi detectores que permiten realizar reconstrucciones tridimensionales y estudios complejos mejorando la capacidad diagnóstica y Resonadores de 1.5 teslas, más rápidos, modernos y seguros algunos de los cuales se encuentran en funcionamiento las 24 horas del día a partir del mes de octubre de 2013 con su capacidad de producción totalmente cubierta. Para éstos equipos, se adquirieron dos monitores de signos vitales paramagnéticos que permiten su utilización dentro de las cámaras de resonancia y tres inyectores de medio de contraste (2 en Bogotá y uno en Bucaramanga), como parte del programa de paciente seguro para agilizar el suministro de medios de contraste ajustando sus dosis, disminuyendo desperdicios y minimizando los eventos adversos en los estudios de alta complejidad.

Adicionalmente se adquiere los softwares de tractografía para la realización de resonancias que permiten evaluar la integridad de las fibras nerviosas del cerebro, Cine resonancia para la medición del líquido cefalorraquídeo, espectroscopía de

seno y resonancia multiparámétrica de próstata que incluye imágenes de Difusión, Perfusión y Espectroscopía como apoyo diagnóstico en la definición de tumores prostáticos.

A finales de 2013 se convirtieron en el segundo prestador a nivel nacional y de los primeros a nivel latinoamericano en contar con la tomografía tridimensional dinámica, con la adquisición de un tomógrafo Toshiba de 360 cortes impactando directamente sobre el mejoramiento de la calidad de las imágenes, la disminución significativa de los tiempos de exposición del usuario a la radiación y la racionalización de costos en medios de contraste.

El Laboratorio Clínico a la par con la evolución del departamento de imágenes, igualmente presenta un crecimiento importante en su desarrollo y desempeño. Al ser un laboratorio de alta respuesta, se encuentra conformado por un grupo humano idóneo de médicos y Bacteriólogas especialistas, técnicos profesionales y personas de apoyo que logran un óptimo funcionamiento y eficiencia. Cuenta en este servicio con tecnología de flujo continuo en las secciones de mayor volumen como lo son química clínica, hormonas, hematología entre otras, soportados con un software de laboratorio con conexión on-line con nuestras sedes, que asegura la confiabilidad del resultado, la atención rápida y oportuna del servicio y mayor cobertura y estandarización de los procesos a nivel nacional. Mención especial merece el hecho de ampliar nuestro horario de atención en la Central de Procesamiento clínico a 24 horas al día en la ciudad de Bogotá desde el año 2012, dando respuesta a la necesidad manifestada por nuestros clientes y al inicio del proceso de centralización.

Para el mes de julio de 2013 se realiza el lanzamiento oficial de la página web utilizando la dirección <http://www.ldime.com.co/Website/> como herramienta comercial y de servicio a la cual se le dio un gran alcance para consolidar las líneas de comunicación con nuestros clientes y proveedores. En su diseño se tuvo en cuenta aspectos de utilidad como la información de nuestra plataforma estratégica, datos de las sedes a nivel nacional, consulta de preparaciones para la toma de exámenes, horarios de atención, bolsa de empleo, etc. Así mismo se implementaron módulos interactivos que permiten a los usuarios comunicarse directamente para realización de consultas relacionadas con nuestros servicios, la obtención directa de resultados de exámenes de laboratorio clínico tanto para los clientes unipersonales como empresariales y un módulo específico para los médicos tratantes cuando requieran solución a inquietudes derivadas de los resultados de los estudios diagnósticos procesados en nuestra institución.

Simultáneamente, se adquiere para el servicio de endoscopias, el equipo EVIS EXERA III, único en el país cuyos beneficios se resaltan en una mejor visualización de las estructuras con la correspondiente mejora en la calidad de los diagnósticos y

tratamientos, lográndose mayor eficiencia para el especialista y una disminución importante en la incomodidad del paciente durante la realización del estudio. Esta tecnología incluye un Video procesador para potenciar la endoscopia avanzada y cuenta con una fuente de luz xenón, exclusiva para este tipo de equipos.

La gestión gerencial de Idime S.A enfocada en los tres ámbitos de la sostenibilidad, social, económica y ambiental, hicieron que el pasado 25 de noviembre de 2015, Fenalco Solidario Colombia en la ciudad de Medellín, reconociera a la institución con el Certificado en Responsabilidad Social, por el periodo de un año. Dicho reconocimiento, exalta a IDIME S.A por ser parte de un cambio social, ratificando el compromiso organizacional con el desarrollo de prácticas socialmente responsables. Este reconocimiento sustenta en gran medida la promulgación de la política de Responsabilidad Social, que reza “Nos dedicamos a una actividad económica enmarcada en el desarrollo de la sociedad contribuyendo al diagnóstico preventivo de enfermedades, buscamos maximizar nuestros servicios y minimizar el impacto ambiental. Generamos valor agregado en la sociedad y nuestro comportamiento ético está enmarcado en la calidad que brindamos en los servicios y en la dignificación de la vida de nuestros colaboradores y sus familias”

Con esta trayectoria de más de un cuarto de siglo en el mercado de la salud y específicamente en servicios diagnósticos y asistenciales, IDIME S.A. se ha convertido en ejemplo institucional de buen manejo empresarial, con un crecimiento inigualable que ha permitido el reconocimiento y la consolidación a nivel nacional como una IPS enfocada en el servicio al cliente, en su seguridad y en la garantía de calidad en la prestación asistencial suministrada.

4.3 MARCO EPISTEMOLÓGICO

La investigación cualitativa es la recolección de información basada en la observación de comportamientos naturales, discursos, respuestas abiertas para la posterior interpretación de significados. La observación constante, el análisis de cada situación relacionada con el comportamiento entre las personas, es la base de la investigación cualitativa (30). Y es que las personas no somos números exactos. Nuestra conducta radica en la relación con nuestro entorno, experiencias, conocimientos y contextos que, muchas veces, se nos escapan de nuestro control. Por eso, es necesaria la aplicación de un método de investigación cualitativo que recoja todas consecuencias de comportamientos del ser humano en relación con culturas e ideologías. Este podría ser el principal objetivo del método cualitativo.

Mientras que los métodos cuantitativos aportan valores numéricos de encuestas, experimentos, entrevistas con respuestas concretas para realizar estudios

estadísticos y ver cómo se comportan sus variables. Muy aplicado en el muestreo. Sin embargo, el concepto de método cualitativo analiza el conjunto del discurso entre los sujetos y la relación de significado para ellos, según contextos culturales, ideológicos y sociológicos. Si hay una selección hecha en base a algún parámetro, ya no se considerará cualitativo. (31)

El método de investigación cualitativa no descubre, sino que construye el conocimiento, gracias al comportamiento entre las personas implicadas y toda su conducta observable. La investigación cualitativa cuenta con diversos métodos de investigación, para este proyecto en concreto se utilizará el método descriptivo, ya que indica las características de un fenómeno existente, ya que permite evaluar la situación actual de cualquier aspecto, permite obtener una imagen amplia de un suceso que es interesante explorar. (32).

Si ahora se analiza desde la filosofía el cuidado que, como profesionales de la salud, se les brinda a los usuarios de la institución, se debe analizar la historia del cuidado que habla de enfermeras empíricas que con su labor dieron paso a una serie de acciones en pro del bienestar a terceros, procurando por evitar aumentar los daños ya causados en la otra persona, hacen referencia a la lógica de los procedimientos, a las relaciones directas entre el cuidador y el paciente además del entorno donde este se encuentre. Ejemplos claros de algunas otras teorías son las de Watson que ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo.

4.3 MARCO REFERENCIAL

Un Evento adverso (EA) son las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, las cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos de no-calidad (33). Una situación de riesgo en la atención y el cuidado del paciente puede conducir a la aparición de un evento adverso; este tipo de error suele ser responsabilidad, no solo de quien es agente del servicio, sino de una compleja red de fallas humanas, tecnológicas y de procesos. Así la complejidad que comprende un evento adverso no solo se puede responder con acciones aisladas y circunstanciales, por lo que para poder evitarlo es necesaria una cultura de la seguridad del paciente, dentro de las instituciones de salud. (34) Los eventos adversos son de gran importancia para evaluar la calidad de los servicios de salud, y el grado de satisfacción de los usuarios. Cuando se presenta un evento adverso dentro de una institución de salud, está recurre a la confianza que los usuarios le tienen como empresa responsable, y

de esta manera se logran establecer planes de mejoramiento continuo en pro del beneficio mutuo tanto para la empresa como para los usuarios. En este tipo de citas se pone en juego la reputación de la institución, La confianza es una pieza clave en la relación entre el paciente y el profesional sanitario; y se refiere a la convicción de que el profesional o la institución sanitaria es capaz de ayudarlo.

La reputación (opinión positiva relativamente estable en el tiempo, relacionada con el prestigio o la fama) sabemos que contribuye a generar una expectativa positiva del resultado de la intervención clínica (35), casi siempre los pacientes que tienen la oportunidad de elegir el centro de salud donde desean ser atendidos, estos se guían por el prestigio, la buena reputación de los centros. Los eventos adversos a su vez pueden dividirse en dos grandes grupos, los prevenibles que son aquellos resultados no deseados, no intencionales que se habría logrado evitar si se cumpliera con los estándares mínimos del cuidado asistencial disponibles en un determinado momento (36), y los no prevenibles que son el resultado no deseado, no intencional pero que se presenta a pesar de dar cumplimiento a los estándares de cuidado asistencial; cuando se presenta un evento adverso se deben analizar no solo evento como tal sino también la complejidad del proceso de atención a los pacientes, los conocimientos y preparación que poseen los profesionales que proveen esos cuidados y el servicio donde dichas tareas son desarrolladas (37). La mayoría de los servicios ofertados por las instituciones son adecuados para poner en marcha sistemas que permitan generar planes de mejora basados en los hallazgos generados de las plataformas de notificación que cada servicio debe implementar. De esta forma se genera la cultura del reporte, dentro de los colaboradores y se disminuye el miedo a señalamientos entre los mismos, incrementando la cultura de seguridad del paciente, y por ende aumenta la prestación de servicios de la salud basados en seguridad del paciente. (38)

Desde el 2004 se puso en marcha la Alianza Mundial para la seguridad del paciente por la OMS, con el propósito de coordinar difundir y acelerar la materia en seguridad del paciente a nivel mundial. (39). La seguridad del paciente se define 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 (40). Que deriva del intento consciente por evitar lesiones al paciente causado por la asistencia, es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica. El gran objetivo de la seguridad del paciente es reducir el daño y secundariamente reducir el error, ya que el error es una condición inherente a la condición humana. (41).

La Seguridad del paciente pretende lograr que los sistemas, especialmente de gran tamaño y complejidad funcionen de forma más segura. Su desarrollo se basa

en el conocimiento acumulado mediante el análisis de errores, incidentes y eventos adversos. Esta cultura se debe extender a todos los profesionales de la salud y para ello se deben implementar políticas y procedimientos basados en el análisis de errores que tiene la organización, de modo que cuando se produzca un evento el personal sepa que lo debe informar. La problemática del error se puede abordar desde dos perspectivas desde un modelo centrado en la persona y desde un modelo centrado en el sistema. (42)

El modelo centrado en la persona, el incidente se atribuye directamente al error humano, se asume que los individuos se equivocan porque no prestan atención, tienen olvidos descuidos y falta de motivación sus errores son la causa de los eventos adversos. En el modelo centrado en el sistema en lugar de buscar el culpable, se busca deficiencias en el diseño, en la organización y en el funcionamiento del sistema. (43)

La estrategia de prevención se centraría en analizar los errores, aprender de ellos y establecer medidas de mejora. Por tanto, es necesario tener una actitud proactiva y poner en marcha iniciativas dirigidas a monitorizar e implementar medidas para la disminución de eventos. Así mismo debe fomentarse la comunicación y el trabajo en equipo de las diferentes fases fundamentalmente en las que intervienen diferentes profesionales y diferentes ámbitos. Es prioritario establecer una estrategia de calidad en toda la institución de salud orientada a identificar los riesgos. Garantizar la seguridad del paciente debe ser el eje sobre el que nos movamos al prestar servicios de salud.

La existencia de una cultura de seguridad del paciente contribuye a la prevención y control de infecciones. El término cultura se define como aquellas creencias, valores y normas profundamente arraigadas en una organización y que guían las interacciones entre sus miembros a través de actitudes, costumbres y comportamientos. Podemos decir que existe una cultura de seguridad cuando hay un esfuerzo organizacional centrado en salvar y guardar el bienestar de los pacientes, que cuenta con el compromiso del personal y la jefatura. Todos los involucrados asumen la responsabilidad de la seguridad del paciente y su familia, y el personal de salud se siente seguro al comunicar instancias que comprometen el cuidado de un paciente o la ocurrencia de situaciones adversas. (44)

Diferentes estudios analizan las causas de los EA identificando las variables que contribuyen a incrementar su riesgo. Destacan en todos ellos: la inexperiencia del profesional, la introducción de nuevas técnicas y procedimientos, los enfermos en los extremos de la vida, los cuidados complejos, la gravedad del proceso, la atención urgente, la estancia prolongada, los recursos insuficientes, los procedimientos mal sistematizados, el desorden administrativo, la inadecuada relación profesional-enfermo, las relaciones interpersonales deficientes, así como

las presiones laborales, económicas, familiares y psicológicas sobre los profesionales (45). Las principales barreras para informar son el desconocimiento, la falta de habilidad para hacerlo, el miedo a perder la confianza, la reputación, los privilegios, el estatus profesional e incluso la licencia para ejercer, el sentimiento de desprotección o el temor a acciones legales. Las principales consecuencias negativas para los pacientes de dicha información serían la posibilidad de generar alarma, ansiedad o disconfort, la pérdida de confianza en la relación asistencial, pudiendo, en último término, llevar al paciente a no aceptar tratamientos beneficiosos o disminuyendo la adherencia a los tratamientos y a no respetar el privilegio terapéutico en caso de que el paciente no quiera conocer los hechos.

Las instituciones de salud deben medir la seguridad del paciente constantemente, esto les permite conocer la situación basal de la que partimos, así como priorizar las acciones de mejora y la repetición periódica de esta medida permite además analizar la adherencia y analizar la efectividad de estas acciones y replantear estrategias. La garantía de una atención segura en salud se ha reconocido como prioritaria en los ámbitos mundial, regional y local, tanto para el bienestar y calidad de vida de los pacientes como para la viabilidad de los sistemas de salud. La evaluación de la percepción de condiciones de seguridad en el entorno hospitalario por parte de los pacientes es esencial para aliviar la carga de la enfermedad crónica en Colombia. A partir de esta evaluación, se buscó conocer el modo en que se expresan cada uno de los elementos que conforman las percepciones de los pacientes sobre seguridad, las cuales se enfocan en aspectos de conocimiento de la situación salud, pautas de prevención, actitud personal frente al riesgo, riesgo materializado y percepción global de seguridad.(46) Esta evaluación constituye en sí misma una intervención que visualiza el interés de la institución en conocer y priorizar la seguridad del paciente (47). Esta medición siempre ira ligada de una base de datos Clínicos de Atención Primaria, que es el registro normalizado de una serie de variables ligadas a los usuarios y al proceso de atención, incluyendo los problemas de salud, procedimientos, fármacos, interconsultas y contactos realizados, registrados en las historias clínicas digitales del nivel de atención primaria del SNS. Es de base poblacional y está formada por una muestra aleatoria y representativa de la población con tarjeta sanitaria individual (48). La investigación que genera tanto la medición de seguridad de del paciente con base en los datos suministrados por las bases de datos anteriormente mencionadas permite medir la Calidad asistencial, obteniendo el grado de resultados positivos, en que son observados los servicios de salud para los individuos y la población, aumentando la probabilidad de obtener los resultados deseados y al mismo tiempo consistentes con el conocimiento científico actual (49). El sistema sanitario debe velar por mejorar las siguientes áreas de la calidad asistencial: efectividad, eficiencia, accesibilidad, aceptabilidad (atención centrada en el paciente), la seguridad del paciente en la prevención de eventos adversos relacionados con: la infección de herida quirúrgica,

lugar/paciente/procedimiento erróneo, los equipos quirúrgicos, la anestesia y el uso de los medicamentos (50).

4.4 MARCO CONCEPTUAL

Eventos Adversos: Resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño este se puede clasificar en dos partes.

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.

Percepción: Describir brevemente un suceso

Seguridad del paciente: conjunto de elementos estructurales, procesos que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o mitigar sus consecuencias.

Riesgo: Es la probabilidad que un evento adverso ocurra

Error: Algo equivocado o desacertado.

Barrera de seguridad: acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del evento adverso.

Atención en salud: servicios recibidos por los individuos o poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud

4.4.1 Palabra clave: Seguridad del paciente (DECS), evento adverso (DECS), riesgo (DECS), cultura de seguridad (DECS), percepción (DECS)

4.6 MARCO NORMATIVO

Norma	Año	Objeto de la norma
Constitución política de Colombia	1991	Carta magna de la República de Colombia. Fue promulgada en la Gaceta Constitucional número 114 del jueves 4 de julio de 1991, y también se le conoce como la Constitución de los Derechos Humanos. La Constitución colombiana posee un preámbulo, 13 Títulos, 380 artículos constitucionales y 67 artículos transitorios.
Ley 100	1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Esta Ley, mediante un proceso de aporte obligatorio de todo residente, trabajador o pensionado, en Colombia, dice hacerse cargo de la salud de cada persona.
Resolución 8430	1993	Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. En ella se establecen los criterios de las investigaciones y los ítems que deben contener los consentimientos informados de las investigaciones.
Resolución 1446	2006	Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores

		de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
Ley 1122	2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, pretende modificar algunos aspectos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para mejorar la prestación de los servicios a los usuarios; dentro de las modificaciones se encuentran reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.
Resolución 2003	2014	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y

		Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución.
Resolución 2082	2014	Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud, esta resolución se adjunta porque la institución cursa por un proceso de acreditación.
Ley estatutaria 1751	2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

5. METODOLOGÍA

5.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN:

Investigación cualitativa.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva.

5.2 POBLACIÓN

9 trabajadores de salud que laboran en el área de imágenes de la sede Circunvalar de IDIME S.A en Pereira, Risaralda.

5.3 MUESTRA

9 profesionales del área de la salud que laboran en el área de imágenes de la sede Circunvalar de IDIME S.A

5.4 MARCO MUESTRAL

Listado del personal suministrada por el área de Recursos Humanos de IDIME S.A

5.5 UNIDAD MUESTRAL

Cada una de las personas que colaboran en dicha investigación

5.6 UNIDAD DE ANÁLISIS

La percepción que tiene el personal de salud de la institución acerca del reporte de eventos adversos.

5.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ser trabajador de la sede Circunvalar de IDIME S.A en Pereira, Risaralda.
- Tener el consentimiento informado firmado por el trabajador
- El trabajador de la unidad muestral tenga actitud de colaboración

5.8 MATRIZ DE CATEGORÍAS INICIALES:

DIMENSIONES	CATEGORIA INICIAL	PREGUNTA
<p>Conocer la percepción del personal de enfermería del área de imágenes de IDIME S.A, sobre eventos adversos</p>	<p>Conocimiento del programa de seguridad del paciente</p>	<p>¿Cómo define usted el programa de seguridad del paciente de la sede?</p>
		<p>¿En cuál actividad relacionada al programa de seguridad del paciente ha participado?</p>
	<p>Percepción sobre evento adverso</p>	<p>¿Qué es para usted un evento adverso?</p>
		<p>¿Qué es para usted un incidente?</p>
		<p>¿Cuál es el evento adverso que se reporta en la sede con mayor frecuencia?</p>
	<p>¿Cuál es el evento adverso que usted ha detectado o identificado en la sede?</p>	
	<p></p>	<p>¿Cuál es el procedimiento de la sede para reportar los eventos adversos?</p>
<p>Analizar la percepción del personal de enfermería del área de imágenes de IDIME S.A, sobre las causas del no reporte de los eventos adversos.</p>	<p>Conocimiento del proceso de reporte de eventos adversos</p>	<p>¿Por qué considera usted importante reportar los eventos adversos que son detectados en la sede?</p>
		<p>¿Qué personas son las responsables de realizar el reporte de los eventos adversos en la sede?</p>
		<p>¿Cuáles considera usted que son los motivos por los cuales no se reportan todos los eventos adversos en la sede?</p>
		<p>¿Qué actividades laborales le pueden impedir el</p>

		reporte de un evento adverso?
		¿Qué opina usted de que el reporte de eventos adversos no tenga consecuencias punitivas hacia usted?
	Conocimiento del análisis de los eventos adversos	¿Cuáles son las medidas disciplinarias que ha tomado la empresa para las personas que reportan eventos adversos?
		¿Cuál es el método de análisis de eventos adversos de la sede?
		¿Qué participación ha tenido en el análisis de los eventos adversos?
		¿Cuáles son las barreras de seguridad para minimizar las eventualidades que puedan ocurrir dentro de la sede?
	Conocimiento de la gestión de eventos adversos	¿Qué es para usted la gestión del evento adverso?
		¿Qué hace la sede con el reporte de los eventos adversos?
		¿Quién es la persona que hace la gestión del evento adverso o incidente dentro de la sede respecto al análisis, planes de mejora y cierre?
		¿Qué estrategia sugiere para que se genere más reporte de los evento dentro de la sede?

5.9 ANÁLISIS POR CATEGORÍAS INICIALES:

CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS
Conocimiento del programa de seguridad del paciente	Lineamientos, estrategias, protocolos, guías, que adopta la institución para minimizar los riesgos y reducir el daño asociado a la atención.	Se evidencia que la mayoría de las auxiliares de enfermería, tienen conocimiento de la existencia del programa de seguridad del paciente de la institución, brindando un marco de referencia para la mejora de la seguridad del paciente en la organización, basado en las evidencias disponibles que permitan minimizar y reducir daños en la atención en salud, logrando de esta forma consolidar una cultura de gestión del riesgo.
Percepción sobre evento adverso	Resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.	Se deduce que la mayoría de las participantes conocen qué es un evento adverso, ya que las respuestas van enfocadas a que en el proceso asistencial de manera no intencional pueda ocurrir un daño en el paciente. Contrario a la definición que aportaron sobre el incidente, pues se pudo evidenciar en sus expresiones confusión al momento de responder, ya que lo relacionan con un accidente, motivo por el que es posible no se generan las barreras de seguridad pertinentes para mitigar los riesgos latentes en los servicios, ya que estos pueden conducir a un evento adverso prevenible. De igual manera la mayoría de las entrevistadas, no conocen cual es el evento adverso que se reporta con mayor frecuencia en la sede.
Conocimiento del proceso de reporte de eventos adversos	dominio y manejo de la plataforma virtual donde se llevan a cabo los reportes y notificaciones de las eventualidades.	Todas las participantes tienen conocimiento sobre el proceso del reporte de los eventos adversos en la plataforma virtual que tiene la institución. Se evidencia que la mayoría de las auxiliares tienen comprensión de la importancia de reportar los eventos adversos en la sede, ya que se generan estrategias para la no ocurrencia de los mismos. Sin embargo, se puede evidenciar

		que la mayoría de ellas no saben quiénes son los responsables de reportar los eventos adversos. La mayoría señala que existe temor en reportar los EA por miedo a represalias por parte de la empresa o señalamiento por parte de los compañeros de trabajo. Manifiestan que la organización no toma acciones punitivas con los colaboradores, ni tampoco tiene impedimentos al momento de realizar los reportes.
Conocimiento del análisis de los eventos adversos de la institución	Comprender la metodología que se emplea para el análisis de las eventualidades de la organización.	Se puede deducir que la mayoría de las auxiliares de enfermería, no tienen conocimiento acerca de la metodología de análisis que tiene implementada la institución para encontrar las brechas e incorrecciones involucradas en todo el sistema del cuidado de la salud, y no simplemente al evento en sí, para detectar las causas de error. Según lo expresado durante las entrevistas, la mayoría manifiestan tener participación en el análisis de los eventos. De igual forma conocen las diferentes barreras de seguridad diseñadas por la organización para mitigar las consecuencias de las fallas en los procesos asistenciales.
Conocimiento de la gestión de eventos adversos		Un número significativo de los participantes no posee el conocimiento de la gestión de eventos adversos, no conocen el grupo interdisciplinario que la organización tiene constituido para la gestión de estos. Además se puede identificar la necesidad que tienen las auxiliares de enfermería, de una mayor formación en todos los temas transversales de seguridad del paciente, planteándolo como una estrategia para aumentar el reporte de eventualidades.

5.10 CONCLUSIONES:

- De acuerdo con la información obtenida por la investigación cualitativa, las auxiliares de enfermería conocen y aplican el concepto de evento adverso, sin embargo, tienen confusión para definir que es un incidente, pues lo asemejan a un accidente. Manifiestan además que han participado de las actividades de seguridad del paciente, pero es poca la información que interiorizan de las mismas, algunas incluso afirman que solo estudian para el momento lo que hace difícil la adherencia a los protocolos de la institución.
- La percepción del personal de enfermería que participó de la investigación sobre las causas del no reporte de los eventos adversos, se ve afectada por la falta de conocimiento que existe sobre los conceptos básicos que maneja el programa de seguridad del paciente, pues la mayoría de ellas manifiestan que les da miedo ser señaladas o juzgadas al momento de realizar el debido reporte, es por esto que la institución debe promover activamente una cultura en la que se puede hablar libremente de las fallas, sin miedo al castigo, en donde no se sanciona el error pero si el ocultamiento. Una vez identificado el incidente, la institución debe decidir si inicia o no el proceso de investigación de acuerdo a la metodología propuesta en la Política de Seguridad del Paciente. En términos generales, esta determinación se toma teniendo en cuenta la gravedad del incidente y el potencial aprendizaje organizacional. Independientemente de los criterios que se utilicen, la organización debe hacer explícito los motivos y las circunstancias por las que se inicia una investigación.
- De acuerdo a la información recolectada, se logra evidenciar que la institución cuenta con un Programa de Seguridad del Paciente, pero hace falta un sistema de despliegue masivo y sistemático de información a los cargos asistenciales, de tal forma que los temas transversales sean conocidos por todos los colaboradores de la organización, así se logra dar una mayor cultura del reporte de eventualidades.
- La implementación de una cultura propositiva de seguridad del paciente previene la aparición de eventos adversos prevenibles e incidentes, busca la causa raíz, módica los procedimientos y permite aprender de los errores para evitar la reaparición de estos, generando Aprendizaje Organizacional. La organización necesita una estructura y herramientas para mejorar la seguridad y calidad de la atención, la identificación de eventos adversos y fuentes de riesgo que deberían ser prioridad para incorporar una cultura sistemática de seguridad con conocimientos médicos, epidemiológicos, habilidades de comunicación y una actitud humanista.

5.11 PLAN DE MEJORA

PLAN DE MEJORA							
INSTITUCIÓN IDIME S.A					ELABORADO POR:	Leidy Yohana Trejos Cadavid, Daniela Ocampo Gil; estudiantes especialización auditoría	
HALLAZGO	CAUSA	QUE	COMO	QUIEN	CUANDO		DONDE
	(causa raíz del hallazgo)	(actividad plan de mejora)	(técnica de apoyo para realizar el plan de mejora)	(nombre y cargo responsable de la gestión y ejecución de la actividad)	INICIO	FINAL	
Se evidencia que el personal no tiene conocimiento sobre que es un incidente.	Falta de adherencia al programa de seguridad del paciente.	Capacitar al personal sobre el programa de seguridad del paciente de la institución.	Solicitar al equipo interdisciplinario de seguridad del paciente capacitación sobre los conceptos básicos de seguridad del paciente.	Coordinación de Enfermería del Regional.	10/04/2019	10/05/2019	Sede Circunvalar Pereira, IDIME S.A
Se evidencia que las participantes no conocen cual es el evento adverso que se reporta con	Falta de socialización por parte del equipo interdisciplinario del programa de seguridad del	Desplegar la información a todas las sedes acerca de cuál es el evento que	Solicitar informe de los eventos más reportados por sede.	Referente de seguridad del paciente de la sede.	10/04/2019	10/05/2019	Sede Circunvalar Pereira, IDIME S.A

mayor frecuencia en la sede.	paciente en informar el evento que se reporta con mayor frecuencia en la sede.	reportan con mayor frecuencia en forma periódica y sistemática.					
Se evidencia que las auxiliares de enfermería no tienen conocimiento de quien es el encargado de reportar los eventos adversos.	Falta de adherencia al instructivo de reporte de eventos adversos de la institución.	Socializar al personal el instructivo de reporte de eventos adversos.	Solicitar al área de calidad el instructivo	Referente de Seguridad del Paciente de la sede.	10/04/2019	10/05/2019	Sede Circunvalar Pereira, IDIME S.A

5.12 SECUENCIA INVESTIGATIVA:



5.13 COMPROMISOS

5.13.1 COMPROMISO BIOÉTICO: En esta investigación prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y el bienestar. Se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándose sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Todo lo anterior bajo principios de honestidad en todos los aspectos de la investigación, responsabilidad en la ejecución de la investigación.

5.13.2 COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL: Los investigadores teniendo en cuenta la normatividad nacional e internacional, no harán uso indebido de papel y utilizará la información en medios magnéticos.

5.13.3 COMPROMISO SOCIAL: Esta investigación promueve y protege la salud, evitando perjudicar a los individuos; protege el medio ambiente y garantiza el uso sostenible de los recursos; promueve la seguridad de los individuos en los entes hospitalarios brindando atención en salud más segura y responsable.

5.13.4 DIFUSIÓN DE RESULTADOS: Los resultados de la investigación serán expuestos en la institución de la investigación antes que en cualquier otra comunidad y se socializa en una actividad de la Fundación Universitaria del Área Andina para culminar los estudios de postgrado.

6. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS:

6.1 CRONOGRAMA:

	Actividades	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
GENERALIDADES	selección del tema	X	X			
	Introducción	X	X			
PROPUESTA	Problema	X	X			
	Formulación del problema	X	X			
	Construcción árbol del problema	X	X			
	Justificación	X	X	X		
	Objetivos		X	X		
	Construcción árbol de soluciones		X	X		
	Matriz de objetivos	X	X	X		
ANTEPROYECTO	Marco de antecedentes	X	X	X	X	
	Marco contextual	X	X	X	X	X
	Marco epistemológico				X	X
	Marco referencial			X	X	X
	Marco conceptual			X	X	X
	Marco normativo			X	X	X
	Metodología				X	X
	Aspectos administrativos				X	X

6.2 PRESUPUESTO:

TALENTO HUMANO			VALOR TOTAL
ITEM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	
Investigadores (2)	120	15000	3600000
Docente	29	10000	290000
Digitador	100	50000	500000
Asesor	5	150000	600000
Total talento humano			4990000
LÓGISTICA			
Computador (2)	120	3000	720000
Alimentación (2)	12	10000	120000
Transporte (2)	2	350000	700000

Refrigerios participantes	15	5000	70000
Fotocopias	5	10000	50000
Papelería	20	1000	20000
Total Logístico			1610000
TOTAL			6670000

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rocco Cristián; Garrido Alejandro. seguridad del paciente y cultura de seguridad. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet] [Consultado mayo 2018] Vol.: 28, Issue: 5, Page: 785-795. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301268>
2. Contreras Luz Mary-, Clavijo Camilo-, Romero Javier Bula. FACTORES ASOCIADOS AL NO REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS EN SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO 2010-2015. Revista Avances en Salud Volumen 1 Número 2, Julio- diciembre 2017 >[internet] [consultado en octubre de 2018], disponible en: <http://revistas.unicordoba.edu.co/index.php/avancesalud/article/view/1202>
3. Pfeiffer Y, Manser T, Wehner T Conceptualising barriers to incident reporting: a psychological framework Qual Saf Health Care [Internet] [Consultado mayo 2018] 2010;19:e60 disponible en: <http://qualitysafety.bmj.com/content/19/6/e60.long>
4. José Mira; Susana Lorenzo; Irene Carrillo; Lena Ferrús; Pastora Pérez-Pérez; Fuencisla Iglesias; Carmen Silvestre; Guadalupe Olivera. Algo no estamos haciendo bien cuando informamos a los/las pacientes tras un evento adverso. Gaceta Sanitaria [Internet] [Consultado en mayo 2018]2015 September–October. Pages 370-374. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911115000709>
5. Zárate-Grajales R., Olvera-Arreola S., Hernández-Cantoral A., Hernández Corral S., Sánchez-Angeles S., Valdez Labastida R. et al. Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. Proyecto multicéntrico. Enferm. Univ. [revista en la Internet]. 2015 Jun [citado 2018 Jun 01]; 12(2): 63-72. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000200063&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.03.003>.
6. Vaca Aúz, A., Muñoz Navarro, Z., Flores Grijalba, M., Altamirano Zabala, G., Meneses Dávila, M., Barahona Cisneros, M., & Ortega López, C. Eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería en el Hospital de Ibarra, provincia de Imbabura. [Internet] Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión.2017. [citado 2018 mayo] 1(3 Sep.), 102-106. Disponible en: <https://enfermeriainvestiga.uta.edu.ec/index.php/enfermeria/article/view/7/81>
7. Contreras Luz Mary-, Clavijo Camilo-, Romero Javier Bula. FACTORES ASOCIADOS AL NO REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS EN SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO 2010-2015. Revista Avances en Salud Volumen 1 Número 2, Julio- diciembre 2017 >[internet] [consultado

en octubre de 2018], disponible en:

<http://revistas.unicordoba.edu.co/index.php/avancesalud/article/view/1202>

8. López- Herrera, J., & Gómez-López, J. (2011). Recomendaciones para la implementación de herramientas en programas de atención segura en Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). Archivos de Medicina Universidad de Manizales, ;11(2): 169-182
9. Diego Jesús Alarcón Ruiz, Luis Fabio Gil Vargas. Evaluación de las causas de los eventos adversos o incidentes que afectan la seguridad del paciente, en el hospital central de la policía de enero 2012 a diciembre 2013. [Internet]. [citado 2018 mayo] Disponible en

<http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12202/1022340367-2016.pdf?sequence=1>

10. F. Ramos; S.M. Coca; R.A. Abeldaño. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. Enfermería Universitaria, ISSN: 1665-7063, Vol.: 14, Page: 47-53. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300720>.
11. Olga Janneth Gómez Ramírez, Amparo Soto Gámez, Alejandra Arenas Gutiérrez, Jennifer Garzón Salamanca, Adriana González Vega, Érika Mateus Galeano, Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. [internet], [citado febrero de 2019]; disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n2/v29n2a15.pdf>
12. Estepa del Árbol Miriam, Moyano Espadero M.^a Carmen, Pérez Blancas Carolina, Crespo Montero Rodolfo. Eficacia de los programas de seguridad del paciente. Enferm Nefrol [Internet]. 2016 Mar [citado 2018 mayo 15]; 19(1): 63-75. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000100008&lng=es.
13. Belén Martínez Modéjar, P. Frago de Castro, E. Motilla Martínez, M. A. Fernández Zuil, I. Fajardo Sánchez, I. de la Riva Jiménez, R. Díaz Abad, Javier Martín Ramiro, P. González Clouté, Carmen Hernando de Larramendi Martínez. Identificación y análisis de eventos adversos intrahospitalarios. [internet] Trauma, ISSN 1888-6116, [Citado mayo 2018] Vol. 24, N° 4, 2013, págs. 258-262. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4573413>
14. Zenewton André da Silva Gama; Adriana Catarina de Souza Oliveira; Pedro Jesús Saturno Hernández. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. Cad. Saúde Pública [Internet] 2013 [citado en mayo 2018]; vol.29. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000200015

15. Giménez-Júlvez, Teresa; Hernández-García, Ignacio; Aibar-Remón, Carlos; Gutiérrez-Cía, Isabel; Febrel-Bordejé, Mercedes. Cultura de la seguridad del paciente en directivos y gestores de un servicio de salud. [internet]; 2017 [abril 2018]: Gaceta sanitaria, ISSN: 1578-1283, Vol.: 31, Issue: 5, Page: 423-426. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117300687>.
16. Mir-Abellán, Ramón; Falcó-Pegueroles, Anna; de la Puente-Martorell, María Luisa. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario. Gaceta sanitaria [Internet] 2017 [citado abril 2018]; Vol. (31): Page: 145-149. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116301777>
17. Yenny Liliana Rodríguez Rey. Causas de ocurrencia de evento adverso relacionado con la atención de enfermería. [Internet] 2014 [mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/40185/1/539472.2014.pdf>
18. María Luisa Torijano-Casalengua, Pilar Astier-Peña, José Joaquín Mira-Solves. El impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios de atención primaria y sus instituciones. [Internet] Aten Primaria 2016; 48:143-6 [citado abril 2018] - DOI: 10.1016/j.aprim.2016.01.002. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-impacto-que-tienen-los-S0212656716300105>
19. Heidy Mabel Burbano Valdés, Mónica Elizabeth Caicedo Eraso, Andrea Cerón Burgos, Cristina Jacho Caicedo, María Clara Yépez Chamorro. Causas del no reporte de eventos adversos en una institución prestadora de servicios de salud en Pasto - Nariño, Colombia. Rev. Univ. Salud [Internet] 2013 [citado abril 2018]; vol.15 no.2. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072013000200009
20. Cotanda Sanchis M. José, Martínez-Sabater Antonio, Ballestar-Tarín M. Luisa, Casal Angulo M. Carmen. Análisis de la cultura de seguridad en el ámbito de la identificación del paciente por el alumnado de enfermería egresado de la Universidad. Gerokomos [Internet]. 2015 Sep. [citado 2018 Jun 02]; 26(3): 84-88. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000300003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2015000300003>.
21. Achury Saldaña, D., Rodríguez, S., Díaz, J. Caracterización de los eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidado intensivo en Bogotá. Revista Científica Salud Uninorte, [internet]. 2017. [Abril 2018] Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/8927/214421442149>.

22. Marfán Luis, Pedemonte Juan C, Sandoval Daniela, Ferdinand Constanza, Camus Lorena, Lacassie Héctor J. De la anestesia a la seguridad de la atención: experiencia de 6 años en el análisis de reportes de incidentes en un hospital universitario. Rev. méd. Chile [Internet]. 2017 Abr [citado 2018 Jun 01]; 145(4): 441-448. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000400004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000400004>.
23. Ferreira Umpiérrez, A, Fort Fort, Z, Chiminelli Tomás, V. eventos adversos en salud y cuidados de enfermería: la seguridad del paciente desde la experiencia del profesional. Texto & Contexto Enfermagem [Internet]. 2015;24(2):310-315. [citado en junio 2018] Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71442215003>
24. Diana Achury Saldaña; Sandra Monica Rodríguez; Juan Carlos Díaz; Edit. Cavallo; Rosa Zarate Grajales; Ruby Vargas Tolosa; Roxana de las Salas. Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. [internet] Enfermería Global 2016 15 (2).[citado en mayo de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/exportar cita.oa?id=365844756011>.
25. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente: la investigación en seguridad del paciente [Internet]. Ginebra: OMS; 2008 [citado 2018 my. 14]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
26. Giraldo Bernal L, Peña Y, Mendoza M, Julio G, Rodríguez P, Beltrán S. Factores que influyen en la omisión del reporte de incidentes y eventos adversos en una institución acreditada de tercer nivel en Bogotá [Internet]. Ciencia & Tecnología para la Salud Visual y Ocular [Internet]. 10jun.2016 [citado 20may2018];14(1):79-7. Disponible en: <https://revistas.lasalle.edu.co/index.php/sv/article/view/3518>
27. Pablo Sartori, Franco Rizzo, Norberto Taborda, Verónica Anaya, Armando Caraballo, Clara Saleme, Rocío Carrizo, Mabel Cayo, Andrea Peña. Medios de contraste en imágenes. RAR [Internet] 2013 [may de 2018]; Volumen 77 Número 1. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-99922013000100008
28. Katya Cuadros Carlesi, Kátia Grillo Padilha, María Cecilia Toffoletto, Carlos Henríquez-Roldán, Mónica Andrea Canales Juan. Ocurrencia de Incidentes de Seguridad del Paciente y Carga de Trabajo de Enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet] 2017 [may de 2018]; Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2841.pdf

29. Parra D.I., Camargo-Figuera F.A., Rey Gómez R. Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. *Enferm. glob.* [Internet]. 2012 Oct [citado 2018 mayo 20]; 11(28): 159-169. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400010&lng=es.
30. Diana Marcela Achury Saldaña, Sandra Monica Rodríguez, Juan Carlos Díaz. Caracterización de los eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidado intensivo en Bogotá. *Revista Científica Salud Uninorte* [Internet] 2017 [mayo de 2018]; Vol. 33, No 2. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/8927>
31. Director general de la OMS. Seguridad del paciente, Alianza mundial para la seguridad del paciente. [internet], 2004 [abril 2018]. Disponible en www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
32. Mira, José Joaquín, Carrillo, Irene y Lorenzo, Susana. Qué hacen los hospitales y la atención primaria para mitigar el impacto social de los eventos adversos graves. *Gaceta Sanitaria* [online]. 2017, v. 31, n. 2 [Accedido 7 junio 2018], pp. 150-153. Disponible en: <<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.015>>. ISSN 0213-9111.
33. Alejandro Gaviria Uribe, Fernando Ruiz Gómez, Norman Julio Muñoz Muñoz, Gerardo Burgos Bernal, José Fernando arias duarte, Samuel García de Vargas. evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente [Internet] [mayo de 2018]; disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>
34. Gómez Vásquez, B. (2011). Análisis de la percepción respecto al reporte de los eventos adversos y la seguridad del paciente en una IPS de alta complejidad de la ciudad de Medellín. *SIGNOS - Investigación en sistemas de gestión*, 3(2), 15-39. doi:<https://doi.org/10.15332/s2145-1389.2011.0002.01>
35. Villarreal Cantillo Elizabeth, Lozano Brun Wendy, Mendoza Ballesteros Susana Patricia, Montenegro Hernández Nelly, Olarte Fernández Adriana Carolina. Eventos adversos derivados del cuidado brindado en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia). *Salud, Barranquilla* [Internet]. 2014 De [citad 2018 May 21]; 30(3): 381-391. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522014000300012&lng=en.
36. Diego palacio Betancourt, Carlos Jorge rodríguez Restrepo, Carlos Ignacio cuervo valencia, Katherine Bermúdez Alarcón, rosa maría Laborde calderón,

marcela Giraldo Suárez. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. [Internet], [Citado mayo 2018] Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/ea/Documents/Lineamientos%20politica%20seguridad%20paciente.pdf>

37. Alejandra Arango, Karime Castro, Simón Díaz, Carolina Sánchez, Lina María Isaza. Cultura de seguridad del paciente en los trabajadores de la Institución de Salud Viva 1 A. [Internet] 2015 [mayo de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/handle/10839/1166>.
38. Martín Delgado, MC, Cabré Pericas, L. Aspectos éticos y legales sobre la seguridad del paciente. Revista de Bioética y Derecho [Internet]. 2015;146-159. [consultado en abril 2018] Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78343122016>
39. Agra Varela Y. Seguridad del paciente y gestión del riesgo [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 [citado en mayo 2018]. Tema 14.9. Disponible en: dirección url del pdf. http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500964/n14.9_Seguridad_del_paciente_y_gestion_de_riesgos.pdf
40. Mojica Gómez, Jerlin Jenel. Manual de buenas prácticas para la atención y seguridad del paciente. [Internet]. 15-jul-2014. [Citado en junio 2018] Disponible en: <https://repository.unimilitar.edu.co/handle/10654/12042>
41. Martínez Chuquitapa, Vanessa Lucy. Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2015 [Internet].2016 [mayo 2018]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5301>
42. Higueta Bedoya, Leidy Catalina. Fortalecimiento de la adherencia a barreras de seguridad a partir del diseño e implementación de rondas de seguridad del paciente en la Clínicas Las Vegas, Medellín, Antioquia. [Internet].2015 [mayo 2018]. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4245/1/Fortalecimiento_Barreras_Seguridad.pdf
43. Usurriaga Rivera, Alexander; López Giraldo, Ángela Constanza; Marín Martínez, Bernardo; Morales Barreto, María Yineth. Diseño y propuesta de una estrategia de seguridad del paciente, basada en sistema de gestión integral, en instituciones prestadoras de salud de las ciudades de Cali e Ibagué. [Internet]. 2017 [mayo 2018]. Disponible en: <http://200.21.94.179:8080/jspui/bitstream/handle/10839/1887/Alexander%20Usurriaga%20Rivera.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
44. Ana María Coral Leiton. Eventos adversos presentados en un servicio de hospitalización de una institución de atención psiquiátrica, entre enero de 2014 y julio de 2016. [Internet] 2016 [mayo de 2018]. Disponible en:

<http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/handle/11059/8400/3622C787.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

45. Lorena Rocío González Ávila, Leidy Carolina Morales Soler, Robert Alexander Peñuela. Estrategias para la implementación de la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería. [internet] 2018 [mayo de 2018]. disponible en: http://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/10412/gonz%c3%a1lez_lorena2018.pdf?sequence=1&isallowed=y
46. Moreno romero Danilo, parra Naffah Indira. incremento de la cultura del reporte del evento adverso, incidentes y fallas. basado en la teoría de la incertidumbre de Merle mShel. [internet] 2016 [mayo 2018]. Disponible en: <https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/23009>
47. Portela Romero, Manuel; Bugarín González, Rosendo; Rodríguez Calvo, María Sol. La cultura d seguridad del paciente en los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia. Atención primaria. [Internet] 2017 [20/05/2018]; Volumen 49, Issue 6: Pages 343-350. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716305613>
48. Pujol M, Limón E. Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia Enferm Infecc Microbiol Clin. 2013;31(2):108-113. [citado mayo 2018] Disponible en: https://www.seguriddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategi_a%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf.
49. Figueiredo Mirela López de, D'Innocenzo María. Eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales: una revisión integradora. Enferm. glob. [Internet]. 2017 [citado 2018 Jun 02]; 16(47): 605-650. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300605&lng=es. Epub 01-Jul-2017. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.256091>.
50. Merino Plaza M.J., Carrera Hueso F.J., Castillo Blasco M., Martínez Asensi A., Martínez Capella R., Fikri Benbrahim N. Evolución de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de media-larga estancia: indicadores de seguimiento. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2017 Abr [citado 2018 Jun 02]; 40(1): 43-56. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272017000100043&lng=es. <http://dx.doi.org/10.23938/assn.0005>.

ANEXOS

ANEXO 1. ENTREVISTAS

Entrevistas:

Colaborador 1:

1. ¿Cómo define usted el programa de seguridad del paciente de la institución? pues lo que se debe tener en cuenta, con el paciente y los cuidados que hay que tener los riesgos que pueden haber.
2. ¿En cuál actividad relacionada al programa de seguridad del paciente ha participado? Ninguna.
3. ¿Qué es para usted un evento adverso? El evento adverso es algo que pasa, es para mí como lo que pasa en una institución, es un accidente, que no tiene pues como, uno tiene cuidado, pero pues ya se sale de las manos.
4. ¿Qué es para usted un incidente? Pues es lo mismo que el evento adverso, pero en el evento adversos uno si tiene como los cuidados y el incidente es porque ya uno tiene el descuido.
5. ¿Cuál es el evento adverso que se reporta en la institución con mayor frecuencia? No sé.
6. ¿Cuál es el procedimiento de la institución para reportar los eventos adversos? Se ingresa al Almera y ahí busco, no me acuerdo, tendría que verlo. Pero sé que es Almera
7. ¿Cuál es el evento adverso que usted ha detectado o identificado en la institución? Ninguno.
8. ¿Por qué considera usted importante reportar los eventos adversos que son detectados en la institución? más que todo como por el cuidado, salirse uno del problema, decir que se tuvo el evento y reportarlo.
9. ¿Qué personas son las responsables de realizar el reporte de los eventos adversos en la sede? Si, nosotras.
10. ¿Cuáles considera usted que son los motivos por los cuales no se reportan todos los eventos adversos en la institución? De pronto por miedo, a algún regaño o algo.
11. ¿Qué actividades laborales le pueden impedir el reporte de un evento adverso? Ninguna.
12. ¿Qué opina usted de que el reporte de eventos adversos no tenga consecuencias punitivas hacia usted? Me imagino pues que no tiene nada que ver. Me parece bien, uno no va a ir a tirar al paciente, simplemente él se cae y no es culpa de uno.
13. ¿Cuáles son las medidas disciplinarias que ha tomado la empresa para las personas que reportan eventos adversos? Ninguna. No sé de nadie.

14. ¿Cuál es el método de análisis de eventos adversos de la institución? No sé.
15. ¿Qué participación ha tenido en el análisis de los eventos adversos? Ninguna o no recuerdo.
16. ¿Cuáles son las barreras de seguridad para minimizar las eventualidades que puedan ocurrir dentro de la institución? No sé.
17. ¿Qué es para usted la gestión del evento adverso? La gestión es el proceso que debo hacer cuando ocurre el evento, es el procedimiento que debo hacer de llamar al paciente y todo eso.
18. ¿Qué hace la institución con el reporte de los eventos adversos? No sé.
19. ¿Quién es la persona que hace la gestión del evento adverso o incidente dentro de la organización respecto al análisis, planes de mejora y cierre? No sé.
20. ¿Qué estrategia sugiere para que se genere más reporte de los eventos dentro de la institución? Pues hacerle entender al trabajador que no pasa nada cuando hace el reporte del incidente, porque si uno piensa que lo van a sancionar o le van a pasar un evento a uno pues claro no lo van a hacer, pero si uno tiene el conocimiento de que no va a pasar nada si usted hace el reporte lo van hacer más.

Entrevistas:

Colaborador 2:

1. ¿Cómo define usted el programa de seguridad del paciente de la institución? Creo que son las pautas que nos dan para hacer nuestras tareas diarias. No se pienso que es eso.
2. ¿En cuál actividad relacionada al programa de seguridad del paciente ha participado? Total, seguridad del paciente, no me acuerdo de más, pero si he participado en varios, lavado de manos, los cuidados del paciente, medicamento correcto, si lo que uno aprende de enfermería.
3. ¿Qué es para usted un evento adverso? Algo que pasa en la institución y uno puede prevenirlo, es como, el evento adverso es como lo que puedo evitar que pase, pero paso.
4. ¿Qué es para usted un incidente? Algo que uno no puede controlar en el paciente, algo que paso y uno no lo puede controlar.
5. ¿Conoce usted cuál es el evento adverso que se reporta en la institución con mayor frecuencia? Si su respuesta es afirmativa, ¿cuál es? Si, caídas es como lo más frecuente que pueda pasar.
6. ¿Cuál es el procedimiento de la institución para reportar los eventos adversos? El procedimiento correcto es llamar al jefe inmediato y empezarlo hacer por sistema, ahí aparece que hay que donde le piden a uno los datos del paciente llamarlo a las 72 horas, a las 48, después de que sale de la institución,

saber que medicamentos toma, que enfermedades sufre el paciente, eso es como el proceso que se da cuando pasa el problema.

7. ¿Cuál es el evento adverso que usted ha detectado o identificado en la institución? son los pacientes que se caen porque las sillas no sabíamos que hasta ese día iba a durar, oh porque se tropieza, oh porque, ese evento adverso es como, oh el paciente que es alérgico algún medicamento que no sabía cómo el gel, roxicaina en spray.

8. ¿Por qué considera usted importante reportar los eventos adversos que son detectados en la institución? Total, porque eso hay que mejorarlo cada día, porque es que es el nombre de la institución y porque queremos que este mejor cada vez.

9. ¿Qué personas son las responsables de realizar el reporte de los eventos adversos en la sede? Pues sí, yo me imagina que hay una persona encargada, hay una jefa encargada de esas cosas, que cuando nos pasa nos llama, en este momento no recuerdo su nombre, pero la jefa, es la que os dice venga cuénteme que fue lo que paso y porque paso, y en qué momento paso y porque no se había reportado, y porque no se había mejorado, y si ya había pasado.

10. ¿Cuáles considera usted que son los motivos por los cuales no se reportan todos los eventos adversos en la institución? Pues todo se tiene que reportar si es un evento adverso, hay que reportarlo siempre, cuales porque no, de pronto por miedo a una echada, pero pues, pero pues que a mí me pase no, que yo vea que pase es mejor evitar es que a veces mis compañeras prefieren evitar los problemas, pero por miedo, temor.

11. ¿Qué actividades laborales le pueden impedir el reporte de un evento adverso? algunas veces, hay algunos días que no nos da el tiempo, uno lo que hace no es reportarlo, sino que uno mismo hace un seguimiento cuando uno ya lo quiere reportar al otro día ya es cuando entra el temor de ser regañado por una jefa porque en ese momento sale el paciente usted lo puede llamar después de unas horas a ver cómo sigue, pero usted no lo reporta por saber que tiene que quedarse o porque su jornada, o porque no lo reporto en el momento.

12. ¿Qué opina usted de que el reporte de eventos adversos no tenga consecuencias punitivas hacia usted? Pues uno siempre siente el temor de que ser regañado, señalado, juzgado. Pues es que nosotras somos adultas nosotras debemos enfrentar los problemas nuestros hallazgos y lo que pase y porque si uno no lo reporta entonces la empresa como tal nunca va a poder mejorar esas cosas que están pasando. Lo que pasa es que la auxiliar o el compañero no lo reporta es por miedo a ser señalado o regañado.

13. ¿Cuáles son las medidas disciplinarias que ha tomado la empresa para las personas que reportan eventos adversos? No sé.

14. ¿Cuál es el método de análisis de eventos adversos de la institución? No, pues creo saber qué es eso, que uno entra como al qué pasó y al vamos a

mejorar y porque paso, como que siempre lo llaman a uno a preguntarle que paso, porque y porque se hizo o no se hizo esto, pero análisis como tal no lo conozco.

15. ¿Qué participación ha tenido en el análisis de los eventos adversos? Sí, siempre nos llaman a relacionar, siempre pasa que nos relacionan, nos llaman y nos dice vengan miremos expliquemos que paso, usted estaba ahí, usted que le hizo al paciente, usted que le dijo, usted si la llamo le hizo seguimiento. Sí.

16. ¿Cuáles son las barreras de seguridad para minimizar las eventualidades que puedan ocurrir dentro de la institución? Claro eso todo el tiempo nos lo están mostrando, en este momento no me acuerdo, espere, repítame la pregunta, Usted conoce las barreras de seguridad para minimizar las eventualidades que puedan ocurrir dentro de la institución? a si esas son muy obvias porque por ejemplo para el medicamento, paciente correcto, medicamento correcto, vía correcta, claro eso va a evitar que yo le ponga, por eso uno se encuentra al paciente y lo interroga, uno le dice, usted es alérgico a algún medicamento, usted de que enfermedades sufre, porque yo antes de hacerle cualquier tipo de examen, debo de saber, mirar la orden, para que examen viene verificar nombre completo para que examen viene. Pues ese el proceso que uno hace todo el tiempo, pero puede pasar que se le pase.

17. ¿Qué es para usted la gestión del evento adverso? No, no se no me acuerdo,

18. ¿Qué hace la institución con el reporte de los eventos adversos? Yo me imagino que estudiarlos para mejorar, porque si no, no estaríamos tan bien como estamos, de eso siempre se ha tratado por eso están las flechas, los logos, las escaleras, por eso siempre nos viven retroalimentado con exámenes diarios, miren, esto, lo otro, y exámenes para uno poder alimentarse.

19. ¿Quién es la persona que hace la gestión del evento adverso o incidente dentro de la organización respecto al análisis, planes de mejora y cierre? Hay una jefa encargada de eso, si, siempre hay una persona.

20. ¿Qué estrategia sugiere para que se genere más reporte de los eventos dentro de la institución? Perder el miedo lo que pasa es que eso es como, un tabú que tiene la gente de que no lo hace por temor a aceptar que se equivocó, porque eso es si usted le pasa fue porque se equivocó, y a veces pasa que uno no se da cuenta de que se equivoca hasta que la jefa ve el examen del paciente o pasa el evento adverso, y ella le dice usted tuvo este paciente tal día y usted le pregunto o le dijo, no yo no fui le pregunto mi compañera lo hicimos juntas, porque yo ya pasé por eso yo ya lo tuve.

Entrevistas:

Colaborador 3

1. ¿Cómo define usted el programa de seguridad del paciente de la institución? Pues es todo lo que me ayuda a tener cuidado para no tener acciones inseguras cuando atiendo a los usuarios.
2. ¿En cuál actividad relacionada al programa de seguridad del paciente ha participado? en lavado de manos.
3. ¿Qué es para usted un evento adverso? Algo que se produce dentro de la institución.
4. ¿Qué es para usted un incidente? Algo que sucede sin relación a la institución.
5. ¿Cuál es el evento adverso que se reporta en la institución con mayor frecuencia? Si, caídas.
6. ¿Cuál es el procedimiento de la institución para reportar los eventos adversos? El formato en athenea.
7. ¿Cuál es el evento adverso que usted ha detectado o identificado en la institución? No he detectado ninguno.
8. ¿Por qué considera usted importante reportar los eventos adversos que son detectados en la institución? Para disminuir el riesgo.
9. ¿Qué personas son las responsables de realizar el reporte de los eventos adversos en la sede? Si, nosotras.
10. ¿Cuáles considera usted que son los motivos por los cuales no se reportan todos los eventos adversos en la institución? Miedo, a que lo regañen al llamado de atención
11. ¿Qué actividades laborales le pueden impedir el reporte de un evento adverso? Ninguna.
12. ¿Qué opina usted de que el reporte de eventos adversos no tenga consecuencias punitivas hacia usted? Que opino, es bueno para uno no darle miedo reportar.
13. ¿Cuáles son las medidas disciplinarias que ha tomado la empresa para las personas que reportan eventos adversos? No sé. Creo que ninguna.
14. ¿Cuál es el método de análisis de eventos adversos de la institución? No sé.
15. ¿Qué participación ha tenido en el análisis de los eventos adversos? Ninguna.
16. ¿Cuáles son las barreras de seguridad para minimizar las eventualidades que puedan ocurrir dentro de la institución? Barandas en las escaleras en las camillas.
17. ¿Qué es para usted la gestión del evento adverso? No sé.
18. ¿Qué hace la institución con el reporte de los eventos adversos? No sé.

19. ¿Quién es la persona que hace la gestión del evento adverso o incidente dentro de la organización respecto al análisis, planes de mejora y cierre? No tengo conocimiento.

20. ¿Qué estrategia sugiere para que se genere más reporte de los eventos dentro de la institución? Ninguna.

Entrevistas:

Colaborador 4:

1. ¿Cómo define usted el programa de seguridad del paciente de la institución? Sí bueno es como una guía que tenemos.

2. ¿En cuál actividad relacionada al programa de seguridad del paciente ha participado? las actividades que se realizan en cada comité, en un programa que se hizo de RCP que se hizo el año pasado, y en la semana del año pasado que se hizo de seguridad del paciente no toco hacer slogan, y mascota.

3. ¿Qué es para usted un evento adverso? Un evento adverso es un daño que se le hace al paciente sin tener la culpa.

4. ¿Qué es para usted un incidente? Un incidente, no se

5. ¿Cuál es el evento adverso que se reporta en la institución con mayor frecuencia? La reacción al medicamento yodado de tac.

6. ¿Cuál es el procedimiento de la institución para reportar los eventos adversos? El que se hace por Almera, ingreso a Almera, ingreso a eventos, y ahí diligencio los datos del paciente que sucedió, debo hacerle monitoreo al paciente a las 12 horas, y a las 24 horas de sucedido el evento.

7. ¿Cuál es el evento adverso que usted ha detectado o identificado en la institución? Una convulsión que hubo el año pasado.

8. ¿Por qué considera usted importante reportar los eventos adversos que son detectados en la institución? Porque podemos aprender de ellos y mejorar por si hay fallas en el proceso.

9. ¿Qué personas son las responsables de realizar el reporte de los eventos adversos en la sede? La jefa de seguridad del paciente.

10. ¿Cuáles considera usted que son los motivos por los cuales no se reportan todos los eventos adversos en la institución? Pues no se si no se reportan, pero todos los hemos reportado a la fecha. De pronto miedo porque lo vayan a regañar por dañar una venita o algo así.

11. ¿Qué actividades laborales le pueden impedir el reporte de un evento adverso? No ninguna.

12. ¿Qué opina usted de que el reporte de eventos adversos no tenga consecuencias punitivas hacia usted? Que está bien porque es un evento adverso es algo que uno no lo hace con intención de dañar a un paciente o de

que hay yo soy alérgico entonces usted me cayó mal y le voy a poner ese medicamento, no.

13. ¿Cuáles son las medidas disciplinarias que ha tomado la empresa para las personas que reportan eventos adversos? No sé.

14. ¿Cuál es el método de análisis de eventos adversos de la institución? No sé.

15. ¿Qué participación ha tenido en el análisis de los eventos adversos? Ninguna.

16. ¿Cuáles son las barreras de seguridad para minimizar las eventualidades que puedan ocurrir dentro de la institución? Los elementos de bioseguridad, los cinco momentos de lavado de manos, el protocolo de venopunción.

17. ¿Qué es para usted la gestión del evento adverso? No sé cómo decirle.

18. ¿Qué hace la institución con el reporte de los eventos adversos? No sé.

19. ¿Quién es la persona que hace la gestión del evento adverso o incidente dentro de la organización respecto al análisis, planes de mejora y cierre? La jefa de seguridad del paciente.

20. ¿Qué estrategia sugiere para que se genere más reporte de los eventos dentro de la institución? No pero como a generar más reportes si no me pasan eventos, no pausas activas para que la información se quede un poco más grabada.

Entrevistas:

Colaborador 5:

1. ¿Cómo define usted el programa de seguridad del paciente de la institución? Bueno es como los protocolos que debo seguir dentro de la institución.

2. ¿En cuál actividad relacionada al programa de seguridad del paciente ha participado? En el simulacro de RCP, prevención de caídas y lavado de manos.

3. ¿Qué es para usted un evento adverso? Es aquel que se puede, es cualquier causa o cosa que se presenta en la atención del usuario durante su examen.

4. ¿Qué es para usted un incidente? Es un suceso repentino que puede causarle algo negativo al paciente

5. ¿Cuál es el evento adverso que se reporta en la institución con mayor frecuencia? Es sobre las extravasaciones de venas y sobre la reacción alérgica al medio de contraste.

6. ¿Cuál es el procedimiento de la institución para reportar los eventos adversos? Se reportan por nuestra página que se llama Almera.

7. ¿Cuál es el evento adverso que usted ha detectado o identificado en la institución? Los que más reporto son la reacción alérgica al medio de contraste

8. ¿Por qué considera usted importante reportar los eventos adversos que son detectados en la institución? Porque de acuerdo a eso podemos tener una base

de datos, saber porque la causa de la reacción si ya es por el lote del medicamento.

9. ¿Qué personas son las responsables de realizar el reporte de los eventos adversos en la sede? la jefa Daniela es la que nos capacita cuando nosotros presentamos los eventos adversos.

10. ¿Cuáles considera usted que son los motivos por los cuales no se reportan todos los eventos adversos en la institución? Uno de los motivos por los que no se reporta es porque siempre nos quita mucho tiempo reportar y porque nos da miedo que de pronto nos bajen los indicadores o nos vayan a regañar.

11. ¿Qué actividades laborales le pueden impedir el reporte de un evento adverso? Si a veces los médicos requieren que estemos todo el tiempo con ellos, y el tiempo no nos da.

12. ¿Qué opina usted de que el reporte de eventos adversos no tenga consecuencias punitivas hacia usted? Pues no nos daría miedo reportar los eventos.

13. ¿Cuáles son las medidas disciplinarias que ha tomado la empresa para las personas que reportan eventos adversos? No tengo conocimiento.

14. ¿Cuál es el método de análisis de eventos adversos de la institución? No sé, supongo que es para prevenir los eventos adversos.

15. ¿Qué participación ha tenido en el análisis de los eventos adversos? Si señora, pues ella siempre.

16. ¿Cuáles son las barreras de seguridad para minimizar las eventualidades que puedan ocurrir dentro de la institución? Sería informar bien al paciente sobre las alergias y todo ese tipo de cosas que presente, prevenir las caídas acompañando al paciente, las barandas arriba, y siempre que estén acompañados del acompañante.

17. ¿Qué es para usted la gestión del evento adverso? No tengo conocimiento.

18. ¿Qué hace la institución con el reporte de los eventos adversos? No sé.

19. ¿Quién es la persona que hace la gestión del evento adverso o incidente dentro de la organización respecto al análisis, planes de mejora y cierre? La jefa Daniela.

20. ¿Qué estrategia sugiere para que se genere más reporte de los eventos dentro de la institución? Pues que las muchachas no sientan miedo, que nos capaciten más sobre este tipo de eventos.

Entrevistas:

Colaborador 6:

1. ¿Cómo define usted el programa de seguridad del paciente de la institución? Creo que son protocolos, supongo que es como una guía.

2. ¿En cuál actividad relacionada al programa de seguridad del paciente ha participado? La semana de seguridad del paciente, cuando nos evalúan el lavado de manos, cuando hicimos lo del muñequito, el granito de café.
3. ¿Qué es para usted un evento adverso? Es todo suceso que se presenta en la atención de salud que se hace de forma no intencional que puede causar daño o no al paciente.
4. ¿Qué es para usted un incidente? Es un suceso que pasa por la atención de salud que no produce ningún daño pero que se podía evitar.
5. ¿Cuál es el evento adverso que se reporta en la institución con mayor frecuencia? El que se reporta por el medio de contraste de escanografía.
6. ¿Cuál es el procedimiento de la institución para reportar los eventos adversos? Por Almera, entra a eventualidades y ahí se reporta.
7. ¿Cuál es el evento adverso que usted ha detectado o identificado en la institución? Cuando he estado en tac, la reacción al medicamento, al medio de contraste.
8. ¿Por qué considera usted importante reportar los eventos adversos que son detectados en la institución? De allí se puede hacer el estudio de porque ocurre y se puede evitar que vuelva a ocurrir, para hacer plan de mejora.
9. ¿Qué personas son las responsables de realizar el reporte de los eventos adversos en la sede? Si, ósea se reporta todo a Bogotá y de allí ya se hacen pues ellos reportan. Y también la jefa Daniela.
10. ¿Cuáles considera usted que son los motivos por los cuales no se reportan todos los eventos adversos en la institución? Por pereza, por miedo.
11. ¿Qué actividades laborales le pueden impedir el reporte de un evento adverso? Pues yo pienso que por muchas actividades que uno tenga uno siempre debe de reportarlos
12. ¿Qué opina usted de que el reporte de eventos adversos no tenga consecuencias punitivas hacia usted? bien para que todas las personas reporten todo lo que pasa.
13. ¿Cuáles son las medidas disciplinarias que ha tomado la empresa para las personas que reportan eventos adversos? Nunca, no he conocido la primera, la verdad.
14. ¿Cuál es el método de análisis de eventos adversos de la institución? el método de Londres.
15. ¿Qué participación ha tenido en el análisis de los eventos adversos? ¿Cómo así? ejemplo si usted reporta un evento adverso la persona que hace la gestión del evento la tiene en cuenta para hacer el análisis? Si claro, siempre nos llaman
16. ¿Cuáles son las barreras de seguridad para minimizar las eventualidades que puedan ocurrir dentro de la institución? Las barreras de seguridad ósea, por ejemplo, los pacientes cuando se acuesta en la camilla, todo paciente menor de

edad que debe estar acompañado de un adulto, lo mismo los que vienen en silla de ruedas siempre tiene que estar acompañado.

17. ¿Qué es para usted la gestión del evento adverso? Haber eso es todo lo del análisis si, como todo lo que se hace con los eventos que pasan en la institución.

18. ¿Qué hace la institución con el reporte de los eventos adversos? Hace análisis, siempre hace análisis para hacer el plan de mejora

19. ¿Quién es la persona que hace la gestión del evento adverso o incidente dentro de la organización respecto al análisis, planes de mejora y cierre? La jefa Daniela.

20. ¿Qué estrategia sugiere para que se genere más reporte de los eventos dentro de la institución? Mas educación a los empleados.

Entrevistas:

Colaborador 7:

1. ¿Cómo define usted el programa de seguridad del paciente de la institución? Supongo que son como guías, la verdad no recuerdo mucho.

2. ¿En cuál actividad relacionada al programa de seguridad del paciente ha participado? No la verdad en ninguna.

3. ¿Qué es para usted un evento adverso? Es una adversidad que se puede presentar durante la atención en salud.

4. ¿Qué es para usted un incidente? Es algo que se puede prevenir, pero aun así pasa.

5. ¿Cuál es el evento adverso que se reporta en la institución con mayor frecuencia? Caídas.

6. ¿Cuál es el procedimiento de la institución para reportar los eventos adversos? Por el Almera.

7. ¿Cuál es el evento adverso que usted ha detectado o identificado en la institución? Caída de usuarios.

8. ¿Por qué considera usted importante reportar los eventos adversos que son detectados en la institución? Porque con eso nos damos cuenta cómo podemos prevenir a futuro en la atención al paciente.

9. ¿Qué personas son las responsables de realizar el reporte de los eventos adversos en la sede? Mi jefe inmediato.

10. ¿Cuáles considera usted que son los motivos por los cuales no se reportan todos los eventos adversos en la institución? No sé.

11. ¿Qué actividades laborales le pueden impedir el reporte de un evento adverso? Ninguna.

12. ¿Qué opina usted de que el reporte de eventos adversos no tenga consecuencias punitivas hacia usted? Pues es bueno porque podemos reportar libremente.

13. ¿Cuáles son las medidas disciplinarias que ha tomado la empresa para las personas que reportan eventos adversos? No tengo conocimiento.
14. ¿Cuál es el método de análisis de eventos adversos de la institución? El protocolo de Londres.
15. ¿Qué participación ha tenido en el análisis de los eventos adversos? Casi siempre lo llaman a uno y le preguntan qué fue lo que paso.
16. ¿Cuáles son las barreras de seguridad para minimizar las eventualidades que puedan ocurrir dentro de la institución? lavado de manos, barandas de las camillas arriba, el consentimiento informado, los cinco correctos, lavado de manos.
17. ¿Qué es para usted la gestión del evento adverso? No sé.
18. ¿Qué hace la institución con el reporte de los eventos adversos? No sé.
19. ¿Quién es la persona que hace la gestión del evento adverso o incidente dentro de la organización respecto al análisis, planes de mejora y cierre? No, no sé.
20. ¿Qué estrategia sugiere para que se genere más reporte de los eventos dentro de la institución? Mas capacitaciones sobre como reportar y que reportar.

Entrevistas:

Colaborador 8:

1. ¿Cómo define usted el programa de seguridad del paciente de la institución? son unos protocolos que se hacen cargo de la seguridad del paciente.
2. ¿En cuál actividad relacionada al programa de seguridad del paciente ha participado? En este momento estoy en un grupo frente a la seguridad del paciente en la sede cuarta para prevenir las caídas, solo de caídas o de pronto de algún otro tipo de eventualidad más, en general, como tal lo que pueda generar daño al paciente hay que estar al pendiente, y lo que puede causar daño a nosotros como trabajadores.
3. ¿Conoce usted cual es la referente de seguridad del paciente de esta sede? La jefa Daniela.
4. ¿Ella las ha involucrado en alguna actividad que hacen de seguridad del paciente? Claro que sí, son actividades de retroalimentación cada semana, son evaluaciones de diez preguntas y de ¿qué tipo de evaluaciones, que tipo de actividades de lavado de manos o que otras? Si claro también cada semana nos hacen la evaluación del lavado de manos y el protocolo de bioseguridades
5. ¿Qué es para usted un evento adverso? Es un incidente que genera daño al paciente sin ninguna intención.
6. ¿Qué es para usted un incidente? El incidente puede haber daño, pero en realidad no genera daño, por decir el paciente que va a pasar por el pasillo y la

niña de servicios generales no coloca el aviso de riego de que esta húmedo, entonces ahí puede generar un evento sin embargo el paciente pasa y no ocurre nada, pero pudo haber un incidente.

7. ¿Cuál es el evento adverso que se reporta en la institución con mayor frecuencia? No sé.

8. ¿Qué tipos de eventos conoce usted que se puedan reportar en la empresa? No pues nosotras acá estamos muy pendiente de los pacientes.

9. ¿Cuál es el procedimiento de la institución para reportar los eventos adversos? Primero nosotros en el sistema manejamos la plataforma para ingresar el número de cuenta la cedula, escribir el área donde se genera el evento.

10. ¿Cuál es el evento adverso que usted ha detectado o identificado en la institución? No ninguno.

11. ¿Por qué considera usted importante reportar los eventos adversos que son detectados en la institución? Porque nos damos cuenta de las falencias de la institución.

12. ¿Qué personas son las responsables de realizar el reporte de los eventos adversos en la sede? La coordinadora de calidad.

13. ¿Cuáles considera usted que son los motivos por los cuales no se reportan todos los eventos adversos en la institución? Por miedo a veces no conocemos lo que se puede o no hacer.

14. ¿Qué actividades laborales le pueden impedir el reporte de un evento adverso? Pues realmente hay médicos que no permiten que uno haga, no, no es que no lo permitan es que el tiempo no da, el pasar pacientes al médico, cuando este médico requiere de rapidez entonces es complejo para uno como trabajador.

15. ¿Qué opina usted de que el reporte de eventos adversos no tenga consecuencias punitivas hacia usted? Es positivo para que más compañeras reporten incluyéndome.

16. ¿Cuáles son las medidas disciplinarias que ha tomado la empresa para las personas que reportan eventos adversos? Ninguna.

17. ¿Cuál es el método de análisis de eventos adversos de la institución? Me lo han explicado, pero realmente no lo recuerdo.

18. ¿Qué participación ha tenido en el análisis de los eventos adversos? Cuando me ponen a responder los cuestionarios, supongo.

19. ¿Cuáles son las barreras de seguridad para minimizar las eventualidades que puedan ocurrir dentro de la institución? Los elementos de bioseguridad como el protocolo personal, el lavado de manos, entre otras.

20. ¿Qué es para usted la gestión del evento adverso? No recuerdo.

21. ¿Qué hace la institución con el reporte de los eventos adversos? No recuerdo.

22. ¿Quién es la persona que hace la gestión del evento adverso o incidente dentro de la organización respecto al análisis, planes de mejora y cierre? No sé, ese proceso.

23. ¿Qué estrategia sugiere para que se genere más reporte de los eventos dentro de la institución? Pienso que hacer más este tipo de actividades donde nosotras podamos expresar, y manifestar lo que se vive día a día para con ello dar una solución y buscar solución al problema.

Entrevistas:

Colaborador 9:

1. ¿Cómo define usted el programa de seguridad del paciente de la institución? Bueno creo que es un guía, no sé.

2. ¿En cuál actividad relacionada al programa de seguridad del paciente ha participado? sobre el protocolo de lavado de manos, sobre riesgos de caídas

3. ¿Qué es para usted un evento adverso? Para mí el evento adverso, ósea es algo que le pasa al paciente no provocado, si, sino que durante la atención se dio el evento.

4. ¿Qué es para usted un incidente? Es algo que se podía evitar, pero paso.

5. ¿Cuál es el evento adverso que se reporta en la institución con mayor frecuencia? Por alergia a medicamentos a medios de contraste.

6. ¿Cuál es el procedimiento de la institución para reportar los eventos adversos? Se reportan por el Almera.

7. ¿Cuál es el evento adverso que usted ha detectado o identificado en la institución? Por alergia al medicamento, medio de contraste.

8. ¿Por qué considera usted importante reportar los eventos adversos que son detectados en la institución? porque es algo que le paso al paciente, si porque ellos están, como le dijera, ósea es como, se reporta porque se debe hacer seguimiento para saber cómo va evolucionando el paciente.

9. ¿Qué personas son las responsables de realizar el reporte de los eventos adversos en la sede? No pues reporta la persona quien al momento le paso el evento y con el seguimiento yo creo que es con la jefa que este en la sede.

10. ¿Cuáles considera usted que son los motivos por los cuales no se reportan todos los eventos adversos en la institución? Yo diría que por tiempo.

11. ¿Qué actividades laborales le pueden impedir el reporte de un evento adverso? Sí, hay veces que hay actividades que no dejan que uno se tome el tiempo para reportar.

12. ¿Qué opina usted de que el reporte de eventos adversos no tenga consecuencias punitivas hacia usted? No. Yo creo que, si tiene consecuencias punitivas, porque igual le hacen seguimiento de porque se presenta tan seguido, o no se presenta.

13. ¿Cuáles son las medidas disciplinarias que ha tomado la empresa para las personas que reportan eventos adversos? No sé.
14. ¿Cuál es el método de análisis de eventos adversos de la institución? No sé.
15. ¿Qué participación ha tenido en el análisis de los eventos adversos? Si claro, llaman y vuelven a preguntar qué fue lo que paso, como paso.
16. ¿Cuáles son las barreras de seguridad para minimizar las eventualidades que puedan ocurrir dentro de la institución? No recuerdo.
17. ¿Qué es para usted la gestión del evento adverso? No tengo conocimiento.
18. ¿Qué hace la institución con el reporte de los eventos adversos? No. No sé, yo creo que le hacen seguimiento.
19. ¿Quién es la persona que hace la gestión del evento adverso o incidente dentro de la organización respecto al análisis, planes de mejora y cierre? No sé.
20. ¿Qué estrategia sugiere para que se genere más reporte de los eventos dentro de la institución? La única sugerencia es que en el momento en que sucede un evento y de pronto tengamos mucho atraso, o muchos pacientes de pronto tener un apoyo para uno poderse dedicar a informar el evento.

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS:

Consentimiento Informado

El propósito de este consentimiento informado, es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Daniela Ocampo Gil y Leidy Johana Trejos Cadavid, de la Fundación Universitaria del Área Andina. El objetivo de este estudio es Identificar la Percepción del personal de enfermería de las causas del no reporte de eventos adversos en los servicios de imágenes diagnósticas.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 20 (veinte) minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y anónimo en el cuerpo del trabajo no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se eliminarán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

"Acepto participar voluntariamente en esta investigación, me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento."

Yuliana Castañeda Yuliana C // 15-03-2019
Nombre del Participante Firma del Participante Fecha

Consentimiento Informado

El propósito de este consentimiento informado, es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Daniela Ocampo Gil y Leidy Johana Trejos Cadavid, de la Fundación Universitaria del Área Andina. El objetivo de este estudio es Identificar la Percepción del personal de enfermería de las causas del no reporte de eventos adversos en los servicios de imágenes diagnósticas.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 20 (veinte) minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y anónimo en el cuerpo del trabajo no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se eliminarán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

"Acepto participar voluntariamente en esta investigación, me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento."

Adriana Calvo // Adriana Calvo R. // 15/05/2019
Nombre del Participante Firma del Participante Fecha

Consentimiento Informado

El propósito de este consentimiento informado, es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Daniela Ocampo Gil y Leidy Johana Trejos Cadavid, de la Fundación Universitaria del Área Andina. El objetivo de este estudio es identificar la Percepción del personal de enfermería de las causas del no reporte de eventos adversos en los servicios de imágenes diagnósticas.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 20 (veinte) minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y anónimo en el cuerpo del trabajo no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se eliminarán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

"Acepto participar voluntariamente en esta investigación, me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento."

Paco Tovarima //  // 9-Marzo-2019
Nombre del Participante // Firma del Participante // Fecha

Consentimiento Informado

El propósito de este consentimiento informado, es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Daniela Ocampo Gil y Leidy Johana Trejos Cadavid, de la Fundación Universitaria del Área Andina. El objetivo de este estudio es identificar la Percepción del personal de enfermería de las causas del no reporte de eventos adversos en los servicios de imágenes diagnósticas.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 20 (veinte) minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y anónimo en el cuerpo del trabajo no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se eliminarán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

"Acepto participar voluntariamente en esta investigación, me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento."

Ogpa Luisa Concer // Ogpa Luisa Concer // 9-03-2019
Nombre del Participante Firma del Participante Fecha

Consentimiento Informado

El propósito de este consentimiento informado, es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Daniela Ocampo Gil y Leidy Johana Trejos Cadavid, de la Fundación Universitaria del Área Andina. El objetivo de este estudio es Identificar la Percepción del personal de enfermería de las causas del no reporte de eventos adversos en los servicios de imágenes diagnósticas.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 20 (veinte) minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y anónimo en el cuerpo del trabajo no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se eliminarán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

"Acepto participar voluntariamente en esta investigación, me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento."

Nara Chaparro // Alexandra Chaparro // 9-Marzo-19
Nombre del Participante Firma del Participante Fecha

Consentimiento Informado

El propósito de este consentimiento informado, es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Daniela Ocampo Gil y Leidy Johana Trejos Cadavid, de la Fundación Universitaria del Área Andina. El objetivo de este estudio es Identificar la Percepción del personal de enfermería de las causas del no reporte de eventos adversos en los servicios de imágenes diagnósticas.

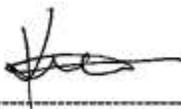
Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 20 (veinte) minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y anónimo en el cuerpo del trabajo no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se eliminarán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

"Acepto participar voluntariamente en esta investigación, me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento."

<i>CAROLINA VALERÍA</i>		<i>2019-03-08</i>
Nombre del Participante	Firma del Participante	Fecha

Consentimiento Informado

El propósito de este consentimiento informado, es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Daniela Ocampo Gil y Leidy Johana Trejos Cadavid, de la Fundación Universitaria del Área Andina. El objetivo de este estudio es Identificar la Percepción del personal de enfermería de las causas del no reporte de eventos adversos en los servicios de imágenes diagnósticas.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 20 (veinte) minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y anónimo en el cuerpo del trabajo no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se eliminarán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

"Acepto participar voluntariamente en esta investigación, me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento."

Gisa Bustamante Galw  *02/05/2019*
Nombre del Participante Firma del Participante Fecha

Consentimiento Informado

El propósito de este consentimiento informado, es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Daniela Ocampo Gil y Leidy Johana Trejos Cadavid, de la Fundación Universitaria del Área Andina. El objetivo de este estudio es Identificar la Percepción del personal de enfermería de las causas del no reporte de eventos adversos en los servicios de imágenes diagnósticas.

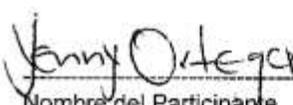
Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 20 (veinte) minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y anónimo en el cuerpo del trabajo no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se eliminarán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

"Acepto participar voluntariamente en esta investigación, me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento."


Nombre del Participante // 
Firma del Participante // 
Fecha