

**NIVEL DE ADHERENCIA DEL PERSONAL DE SALUD AL PAQUETE
INSTRUCCIONAL DE CONSENTIMIENTO Y DESISTIMIENTO
INFORMADO EN EL MES DE ABRIL DE 2022, EN EL ÁREA DE
URGENCIAS EN UNA IPS DE PRIMER NIVEL EN ARMENIA QUINDIO.**



ERIKA ALEJANDRA MERCHAN VALENCIA

JESSICA ANDREA TOVAR VARGAS

CAROLINA ORTIZ CALVO

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL DEPORTE
DIRECCIÓN DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN NOMBRE DE LA ESPECIALIZACIÓN

PEREIRA

2022

**NIVEL DE ADHERENCIA DEL PERSONAL DE SALUD AL PAQUETE
INSTRUCCIONAL DE CONSENTIMIENTO Y DESISTIMIENTO
INFORMADO EN EL MES DE ABRIL DE 2022, EN EL ÁREA DE
URGENCIAS EN UNA IPS DE PRIMER NIVEL EN ARMENIA QUINDIO.**

CAROLINA ORTIZ CALVO

ERIKA ALEJANDRA MERCHAN VALENCIA

JESSICA ANDREA TOVAR VARGAS

TRABAJO PARA OPTAR POR EL TITULO DE ESPECIALISTAS EN AUDITORIA EN
SALUD

ASESOR TEMATICO

DORA CRISTINA BUITRAGO / DIEGO CARMONA

ASESOR METODOLOGICO

MARIA DEL PILA MOLINA

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL DEPORTE

DIRECCIÓN DE POSGRADOS

ESPECIALIZACIÓN EN NOMBRE DE LA ESPECIALIZACIÓN

PEREIRA 2022

TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	5
2.	PROBLEMA	8
2.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
2.2	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	10
3.	JUSTIFICACIÓN	11
4.	ANTECEDENTES	13
5.	OBJETIVOS	21
5.1	OBJETIVO GENERAL.....	21
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
6.	MARCO TEÓRICO	22
7.	MARCO CONCEPTUAL	26
8.	MARCO NORMATIVO	30
9.	METODOLOGÍA	33
9.1	TIPO DE ESTUDIO.....	33
9.2	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	33
9.3	UNIDAD DE ANÁLISIS.....	33
9.4	MARCO MUESTRAL.....	33
9.5	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	34
9.6	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	34
9.7	VARIABLES.....	35
9.8	RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	40
9.9	PLAN DE ANÁLISIS.....	41
9.10	RESULTADOS ESPERADOS.....	41
9.11	COMPONENTE BIOÉTICO.....	42
9.12	IMPACTO SOCIAL Y/O INNOVACIÓN, O RESPONSABILIDAD SOCIAL.....	43
10.	RESULTADOS	44
11.	DISCUSIÓN	55
12.	CONCLUSIONES	57
13.	RECOMENDACIONES	58
14.	BIBLIOGRAFÍA	59
15.	ANEXOS	61
15.1	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	61
15.2	CRONOGRAMA.....	67
15.3	PRESUPUESTO.....	68

TABLA DE GRÁFICAS

Gráfica 1 Proporción de personal de salud según profesión	44
Gráfica 2 Proporción de Hombres y Mujeres del servicio de urgencias	45
Gráfica 3 Edad media de los profesionales del servicio de urgencias y desviación estándar	45
Gráfica 4 Proporción de profesionales de salud por cada tipo de vinculación	46

AREANDINA

TABLA DE TABLAS

Tabla 1 resultados obtenidos	47
Tabla 2. Plan de mejora	54
Tabla 3. Instrumento de investigación	62
Tabla 4. Lista de chequeo observacional / Consolidado	66
Tabla 5. Cronograma de Actividades	67
Tabla 6. Materiales e insumos	69
Tabla 7. Salidas de campo	70

1. Introducción

En la prestación de los servicios de salud el consentimiento informado (CI) juega un papel de suma importancia, ya que fortalece la relación del personal de salud y el paciente, posibilitando al usuario estar al tanto de los procedimientos a realizar y permite así una libre elección y decisión acerca de los procedimientos diagnósticos o médicos que su estado de salud requiera, para ello se le debe garantizar una terminología adoptada a su contexto, de tal manera pueda comprender, en donde se generen espacios para resolver dudas e inquietudes.

El afianzamiento y fortalecimiento de la relación médico paciente no solamente se limita a la funcionalización de las acciones pertinentes en salud, sino también en la elección bien sea positiva o negativa frente a la permisión de procedimientos invasivos o que representen riesgos para su integridad física. Sin embargo, el consentimiento informado se ha visto gravemente vulnerado por parte de los funcionarios del sector salud, ya que en algunas ocasiones no propenden por la indagación, educación y supervisión acerca de la entrega de información oportuna, clara y precisa tanto a los pacientes como a sus familiares o cuidadores. Es de anotar que en la mayoría de los casos un usuario que no cuenta con claridad frente a su situación de salud, termina postergando el diligenciamiento del CI entorpeciendo así su proceso terapéutico cursante, evidenciando de esta manera, una falencia identificada ante la adherencia del paquete instruccional de consentimiento y desistimiento informado, sin mencionar que es derecho del usuario estar notificado y se consigna como un deber ético y legal de los funcionarios el comunicar al paciente de forma

detallada sobre los riesgos, beneficios, complicaciones y alternativas terapéuticas a su cuadro clínico actual.

Durante la caracterización de las faltas a la adherencia en los procesos de instauración del paquete instruccional de consentimiento y desistimiento informado, es posible detectar brechas que van en contravía al derecho que tiene el usuario de estar informado, y se visibilizan limitantes que van desde el componente social y cultural, hasta componentes orgánicos o físicos, un claro ejemplo representativo son las comunidades indígenas, las cuales con base en sus creencias y procedimientos ancestrales rechazan en gran medida la adaptabilidad de una medicina avanzada y científica; No solamente las comunidades indígenas se ven vulneradas, también se afectan aquellos usuarios con limitaciones bien sea sensoriales o cognitivas representando de esta manera barreras en el acceso a los servicios de salud; dentro de este gran grupo de usuarios que hallan en el consentimiento informado una barrera en la prestación de los servicios de salud, se suman también aquellos con índices de analfabetismo, con niveles escolares mínimos o en condición de abandono social. Esto sin mencionar la diversificación cultural de las regiones dentro del territorio.

A raíz de la identificación de las falencias en la adherencia del consentimiento informado, emerge en el grupo de investigación la oportunidad de evaluar la adherencia del paquete instruccional de consentimiento y desistimiento informado al personal en el servicio de urgencias de una IPS en Armenia Quindío, la cual se clasifica como una institución prestadora de servicios de salud de primer nivel. Dicho tamizaje se llevará a

cabo durante el mes de abril de 2022, donde se propende evaluar el servicio y funcionarios en la implementación y dinámica funcional del diligenciamiento del consentimiento informado para los procedimientos que allí se ejecutan, Frente a los resultados obtenidos se individualizan las malas prácticas en el proceso y se implementará plan de mejora para dicho trámite.

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

2. Problema

2.1 Planteamiento del problema

Durante el ejercicio de la labor médica asistencial, se enmarcan diversas situaciones, las cuales deben tener una amplia y marcada brecha entre lo que concierne a los procedimientos médicos consentidos y sin su consentimiento, puesto que moral y filosóficamente, nadie podría tomarse atribuciones sobre el cuerpo de alguien más, es por ello que se fundamentaliza la estructuración de la necesidad de la ejecución de un sistema de notificación que tuviese eco y validez legal, así como también tuviera la capacidad de eximir de responsabilidades a los profesionales que se desenvuelven en dichos entornos.

En Colombia para el año 2018 se realizaron aproximadamente 346.141 procedimientos denominados como cirugías, según se reveló por medio de la sociedad internacional de cirugía plástica estética, esto conlleva a un progreso científico y laboral en dicho campo, sin embargo, esto acarrea mucho más que el simple desarrollo, sino también ¿Están aplicando de manera efectiva el paquete instruccional del consentimiento informado?, ¿Existe una real adherencia al proceso de notificación no solamente en posibles causales y consecuencias sino también la visibilizarían de la responsabilidad adquirida por el usuario al conocer posibles consecuencias y detrimentos en salud que puede llevar a cabo con la intención de decidir continuar con el procedimiento médico asistencial.

Es de anotar que el paquete instruccional de consentimiento y desistimiento informado es un procedimiento en el cual un paciente es notificado de todos los alcances de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que le serán practicados y que le permite decidir si acepta o rechaza la alternativa propuesta por el personal de salud, con total conocimiento de esta decisión (1). El consentimiento informado se ha diseñado con el fin de identificar las fallas más comunes en la atención, los factores contributivos y prácticas seguras que se deben implementar para evitar daños a la salud, teniendo en cuenta la importancia que radica sobre este documento se desarrolla y se presenta el paquete instruccional de consentimiento y desistimiento informado con el fin de fortalecer el conocimiento en las prácticas seguras.

En referencia a la identificación de falencias se publicó en un artículo denominado “Percepciones y prácticas sobre el proceso de obtención del consentimiento informado de pacientes quirúrgicos en un hospital de tercer nivel de atención” institución situada en Lahore, Pakistán para el año 2021, su revisor Muhammad Asharib Arshad et al (2). evidenció el impacto que genera la aplicación del documento en mención y reveló que el rol de los familiares también juega un papel determinante en la firma y aceptación del consentimiento informado en nombre de los pacientes, anexo a ello se mostró que el 27.7% de los pacientes tamizados (100 usuarios), manifestaron como barrera en el acceso al servicio de salud la terminología clínica y la comunicación asertiva frente a los procedimientos requeridos, se indicaron además que el tiempo de educación frente al procedimiento fue corto para su concepto así como también manifestaron no ser el momento oportuno para la obtención de la firma y diligenciamiento, un dato sumamente

relevante fue que el 22.8% de los usuarios relataron que el consentimiento informado fue firmado por familiares y/o cuidadores, simplemente porque el personal asistencial de salud consideró más factibilidad en ellos con base en su nivel educativo (2) .

2.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de adherencia del personal de salud al paquete instruccional de consentimiento y desistimiento informado en el mes de abril de 2022, en el servicio de urgencias en una IPS de primer nivel en Armenia Quindío?

AREAANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

3. Justificación

La implementación del sistema de humanización en salud ha permitido a las instituciones prestadoras de servicios de salud cualificar y brindar un valor agregado a la atención en salud de los usuarios, enfocándolo en procesos compasivos, los cuales detonan el cuidado sensible como punto de partida para el desarrollo de las actividades prácticas, ejecutivas, asistenciales y administrativas. Dicha cualificación aporta a que gran parte de la población aparte de recibir diagnósticos, tratamientos farmacológicos o terapéuticos y recuperación al estado de salud, reciban también un trato digno y acorde a sus carencias físico emocional.

Tomando como punto de partida los tamizajes referenciados en el presente proyecto investigativo, la prestación del servicio no debe sesgar simplemente al indicador clínico y terapéutico, sino más bien al sentir grato y humanizado de los pacientes. Es por ello, que la finalidad funcional de la investigación será la intención de cuantificar el nivel de adherencia de manera acorde al paquete instruccional de consentimiento y desistimiento informado expedido por el Ministerio de Salud y la Protección Social, el cual apoyados en el trabajo de campo realizado por la doctora Hernández en Cuba, o la investigación realizada en el hospital regional de Sogamoso debe darnos cuenta de la importancia de la implementación no solamente administrativa, sino también humanizada.

La seguridad el paciente en Colombia se encuentra regida mediante disposiciones emitidas por el ministerio de salud y la protección social, por medio de la Guía de buenas prácticas para la seguridad del paciente, presentado 23 paquetes instrucciones, como

referentes para la implementación, desarrollo y gestión, de los procesos asistenciales e institucionales seguros, la participación de los profesionales de salud y la ilustración del autocuidado del paciente en los diferentes ciclos de atención en salud.

Partiendo de los resultados obtenidos en dichos referentes teóricos, obtenemos que la implementación del paquete instruccional no es más que el simple cumplimiento del indicador administrativo, dejando de lado factores intervinientes tales como: el deseo real y natural de los usuarios y sus familiares, la información clara y oportuna que se brinda a los titulares de los cuadro patológicos y la real intención de permisión de ejecución de los procedimientos sobre su integridad física o emocional.

Se aplicará un instrumento diseñado por las autoras del presente trabajo, con base en el paquete instruccional de consentimiento y desistimiento informado a la población objeto de la investigación, es decir, al personal asistencial del servicio de urgencias de una IPS de primer nivel de la ciudad de Armenia, incluyendo criterios determinantes y previamente identificados como factores decisivos o relevantes que influyen en la decisión de los usuarios. Con los resultados obtenidos de este tamizaje cuantitativo propendemos la realización de un plan de mejora calificable, el cual de respuesta a las falencias programáticas y del entorno arrojadas por la variación y traficación de los resultados en vía a fortalecer el conocimiento en la aplicación del consentimiento y desistimiento informado a los usuarios y generando así prácticas seguras en la institución.

4. Antecedentes

El ministerio de salud y protección social en Colombia elaboró, en el 2015 una actualización de la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” el cual comprende 23 paquetes instruccionales, dentro del cual se encuentra el paquete instruccional enfocado en fortalecer la aplicación del consentimiento y desistimiento informado, con el fin de disminuir la ocurrencia de eventos adversos relacionados con una inadecuada aplicación (1). Como metodología aplicaron el protocolo de Londres con el fin de realizar un buen análisis de los eventos e incidentes relacionados con las malas prácticas en su ejecución, en este se instauran dos fallas activas: por omisión del consentimiento informado, ausencia en la historia clínica o diligenciamiento incompleto y que el personal no verifica el entendimiento del consentimiento (1).

Concluye así que se debe garantizar, tiempos de comunicación entre el personal de salud y el paciente con el fin de lograr un buen entendimiento, y un adecuado diligenciamiento motivando a el equipo investigador a evaluar las fallas que presentan en el personal de salud al momento de diligenciar el consentimiento informado.

Dentro de los problemas que existen en la adherencia al consentimiento informado se evidencia una falla en las políticas de seguridad del paciente ya que su implementación ayuda a minimizar el riesgo de la atención, en mayo de 2021 la asamblea mundial de salud puso en marcha la acción mundial sobre la seguridad del paciente “con el fin de establecer un diseño de funcionamiento y evaluación de la seguridad del paciente en los servicios de salud” (3). Dentro de estas acciones el despliegue de una adecuada

sensibilización de la importancia del consentimiento informado entre los profesionales de la salud ayudará en gran manera a reducir los daños evitables y reducir el error no solo en el actuar médico, sino que también en las estrategias que se establezcan para salvaguardar la seguridad del paciente y su derecho a elegir libremente.

En Colombia se instauró un proyecto de ley denominado ley 23 de 1981 en el cual se establece un consentimiento informado con conceptos éticos básicos que no dan prioridad a la autonomía y libertad de decisión con la que deben contar los pacientes en el momento de decidir sobre su salud (4) dando como resultado “una normatividad más autoritaria, donde se visibiliza la práctica médica más a la defensiva, debilitando y quitando valor a la relación médico paciente” (4), que es un vínculo fundamental para una atención segura en salud, 34 años más tarde dicho proyecto de ley es derogado por la ley 24 de 2015 con el fin de dar prioridad a los conceptos básicos de autonomía que deben tener los pacientes y la responsabilidad civil y ética que ejerce en el personal de salud (4).

En un artículo publicado en el año 2019 consentimiento informado: casos relevantes en materia constitucional hace referencia a la constitución política de Colombia de 1991, en donde el consentimiento informado a pesar de no estar plasmado específicamente, fue considerado un derecho fundamental, cuyo objetivo era minimizar el posible abuso que la práctica clínica podría ejercer sobre la toma de decisiones o autonomía de las personas (5), estableciendo así la adaptación de un consentimiento informado claro donde se le brinde una completa y adecuada información al paciente, sobre su estado de salud, procedimiento a realizar y en donde el paciente pueda ejercer su derecho a elegir libremente, a raíz de estas características que son fundamentales para un buen desarrollo de

la seguridad del paciente se decide evaluar la adherencia al paquete instruccional por parte del personal de salud.

Desafortunadamente se ha demostrado a nivel mundial que los profesionales de la salud no cumple con estas características al momento de realizar el consentimiento informado, es el caso del estudio realizado en la Habana Cuba donde en el año 2018, la Doctora Anabel Hernández Ruiz et al (6), evalúa la calidad del consentimiento informado en 350 historias clínicas, en donde encuentra que algunas de estas no contaban con el formato de consentimiento informado o estaban incompletos, faltaba información relevante como lo son los riesgos o beneficios, esta problemática demuestra las falencias que se tienen en los servicios de salud en el momento de diligenciar el consentimiento informado y la falta estrategias con las que cuenta el personal de salud en el momento de comunicarse con el paciente siendo de suma importancia trabajar en este aspecto que resulta ser fundamental para garantizar la seguridad del paciente en el momento de decidir sobre su estado de salud, de igual manera en el 2020 Lluver Camilo Momblanc et al (7), concluye que la práctica médica cubana hace una regulación insuficiente del consentimiento, pues no le atribuyen la importancia legal y jurídica que realmente tiene, además la sociedad tanto personal de salud y usuarios no conocen la aplicación y hasta existencia de este documento. Situación que influye negativamente en la adquisición de prácticas seguras, ya que no se cuenta con esa obligación o supervisión de realizar dicho procedimiento.

Así mismo ocurrió con un estudio realizado en Lahore Pakistán en el año 2018, “mostró que el 90% de los usuarios estaban satisfechos con la información recibida

durante la aplicación de consentimiento informado” (2), el 10% de la insatisfacción se presentó principalmente en la comunicación con el usuario ya que este no entendía la terminología usada por el profesional , La comunicación con el usuario es fundamental en el momento de diligenciar dicho consentimiento ya que mejora las brechas de comunicación y permite al paciente elegir de una manera más autónoma y segura sobre su condición, para ello se debe identificar las falencias que existen en el momento de comunicarse con el paciente.

Teniendo una visión más amplia en contexto nacional sobre esta problemática la autonomía juega un papel de suma importancia en la percepción del consentimiento informado, el cual se evidencio en una investigación realizada en la ciudad de Bogotá en 2017 en donde analizaron y establecieron que “ Colombia al ser un país multicultural, pluriétnico cuenta con grandes problemas de inequidad social”(8) , existen grandes barreras para un correcto diligenciamiento del consentimiento informado, en este estudio se demostró que los usuarios firman este documento con un conocimiento nulo sobre él (8), estas barreras en la mayoría de los casos se debe a que las instituciones de salud no velan por crear estrategias comunicacionales con los pacientes en la mayoría de los casos por falta de tiempo o desconocimiento lo cual es una falla no solo del profesional de salud sino que también de las entidades que son las encargadas de realizar el seguimiento a este tipo de caso

Existe un antecedente en cuanto a la firma del consentimiento informado , es el caso de “Schloendorff, en donde un paciente aceptó realizarse un procedimiento médico bajo anestesia para determinar si un tumor era maligno o benigno, el médico en dicha

intervención encontró un tumor cancerígeno por el cual decidió extirparlo, lo cual provocó una gangrena y la amputación de algunos dedos de la mano”(9) , el paciente alegó que se había realizado la extirpación sin su autorización el cual su inconformidad fue totalmente válida donde sus derechos fueron violados ya que toda persona tiene derecho a elegir sobre su estado de salud y sobre los procedimientos médicos(9); nos encontramos frente a una controversia de tipo ético en la que el paciente exige sus derechos como persona capaz de elegir libremente pero también observamos un profesional que legalmente violó los códigos de ética en cuanto a consentimiento informado, pero que moralmente dio validez a su código deontológico queriendo dar prevalencia a la vida. Claramente el médico debe hacerse responsable de su falla, pero el sistema de salud debe enfocar sus estrategias en donde el personal de salud tenga completamente claro los parámetros del consentimiento informado que están muchas veces por encima del derecho a la vida.

Otro aspecto identificado y que fue plasmado en un artículo publicado en el año 2019 denominado Conceptos bioéticos para tener en cuenta en el servicio de urgencias, en donde se resalta la complejidad que existe en las situaciones con las que diariamente vive el personal de salud, y las responsabilidades que esto implica en el momento de dar prioridad al derecho a la vida, en donde se observó que el paciente “se encuentra de por sí en una condición de vulnerabilidad; incluso, en algunos casos, en situación de inferioridad respecto al personal médico, por diversas causas que pueden relacionarse desde el nivel intelectual hasta su condición de salud”(10), el profesional de salud siempre deberá estar enfocado en brindar seguridad al paciente en todo momento incluso en momentos de estrés, para ello se deben fortalecer destrezas del personal de salud, que permitan mejorar

sus emociones en momentos de estrés permitiendo así tomar decisiones adecuadas que beneficien la integridad del usuario sin vulnerar su derecho a elegir sobre su estado de salud.

Daniela Navarro Reyes en el 2018 en su publicación sobre la atención de la globalización de la salud y el papel del estado social de derecho colombiano en torno al consentimiento informado en la relación médico paciente, nos muestra que el avance científico ha permitido el crecimiento en el conocimiento al personal de salud pero nos ha traído aspectos negativos ya que se torna la salud como un negocio y no como un derecho, esta situación ha dado paso a la automatización y deshumanización en los servicios (11), debido a la sobrecarga laboral que presenta el personal de salud y a los pocos tiempos de atención que no permite dar atenciones seguras. Las entidades de salud deben contar con el personal de salud suficiente de acuerdo a la población objeto con el fin de minimizar atenciones inseguras que puedan vulnerar los aspectos éticos y legales del paciente protegiendo de esta manera al personal de salud de eventos que lo comprometen legalmente.

Otro aspecto de suma importancia y que en muchas ocasiones condiciona a un correcto diligenciamiento del consentimiento informado, son los años de experiencia y el nivel de conocimiento con el que cuenta el personal de salud, un estudio realizado por Ilce Casanova Olortegui (12) en el año 2020, afirma que el personal al no tener las fortalezas necesarias para la aplicación de este documento, desarrolla inseguridades o vacíos que evidentemente le transmite al usuario lo que dificulta el correcto diligenciamiento del consentimiento informado, a raíz de esto es indispensable generar estrategias que permitan

al personal de salud adquirir un aprendizaje constante siendo un apoyo fundamental para ello el personal que cuenta con más años de experiencia para establecer así mecanismos que puedan ayudar a mejorar las estrategias para diligenciar correctamente el consentimiento informado

Dándole una visión más amplia al consentimiento informado y siendo el derecho a elegir libremente no solo de los adultos, nos enfocamos en una visión legal y ética un poco más compleja ya que el consentimiento informado en el menor es un tema estrecho del que se habla poco ,ya que no existe una manera de evaluar en que momento un menor está apto física, mental y socialmente preparado para elegir, según la Declaración de Helsinki 2013 decreta que” todo menor es incompetente para decidir” (13) , una investigación realizada por Olga Reyes Boceta et al (13)en el 2020 muestra que en Europa y Estados Unidos hay una visión más amplia en cuanto a este tema ya que desarrollan grandes investigaciones pediátricas, mientras que en Latinoamérica en países como Chile, Colombia y Uruguay la legislación y los derechos de los menores no ha avanzado mucho así que su decisión es nula .

Es una paradoja que en el siglo XXI aún existan retrasos en el tratamiento de los derechos de los niños Siendo el menor una persona que carece de capacidad legal para decidir ,cada país desarrolla de acuerdo a su legislación, cultura, desarrollo científico hasta qué punto los niños pueden decidir (13), pero sí es considerable que se tomen estrategias como el disentiimiento informado donde el menor en compañía de una persona capacitada legalmente pueda decidir, brindándole la oportunidad al menor de expresar sus

sentimientos, dudas en cuanto a su estado de salud esto ayudaría a mejorar las relaciones entre el núcleo familiar y el personal de salud.

El mismo caso se presenta con las personas con discapacidad a quienes se les debe garantizar la aplicación del consentimiento informado ,ya sea firmado por ellos mismos si están en la capacidad de tomar decisiones o por un representante legal lo demostró Beatriz Sanabria Barradas et al (14) en el estudio consentimiento informado en la discapacidad en el 2019 , cuyo propósito fue mostrar la importancia que tiene el consentimiento informado dentro de los estudios de investigación, principalmente en los grupos vulnerables, teniendo en cuenta que un “gran porcentaje de la población presenta algún tipo de discapacidad, son más las posibilidades de que se realice algún tipo de estudio para mejorar la calidad de vida de esta población”(14), de igual manera sea cual sea el propósito, es necesario conocer los criterios y aspectos para no vulnerar los derechos humanos.

Lo anteriormente descrito, nos conduce a deducir que idealmente se requiere un consentimiento informado para cada tipo de discapacidad lo que le facilita el entendimiento de este a dicha población, en la realidad se puede observar que usan el mismo consentimiento informado para toda la población sin tener en cuenta el enfoque diferencial negándose la participación activa en este proceso.

5. Objetivos

5.1 Objetivo general

Evaluar el nivel de adherencia al paquete instruccional de consentimiento y desistimiento informado, en el mes de abril del 2022, en el servicio de urgencias de una IPS de primer nivel en Armenia Quindío.

5.2 Objetivos específicos

- Caracterizar el personal de salud, responsable del diligenciamiento del consentimiento y desistimiento informado del área de urgencias.
- Determinar factores contributivos que influyen en la adherencia del paquete instruccional de consentimiento y desistimiento informado
- Proponer un plan de mejora a los hallazgos evidenciado en la IPS de primer nivel de armenia

6. Marco teórico

La seguridad del paciente según María Pilar Astier Peña et al (3) en su artículo publicado en el año 2021, hace referencia a que es un conjunto de actividades coordinadas por procesos y metodologías que facilitan unos comportamientos seguros entre los profesionales y que se apoya en unas tecnologías y entornos, que se aplican a los procedimientos disminuyendo los riesgos de sufrir un evento adverso durante la atención, de forma constante y sostenible, convirtiéndose en un componente fundamental en las instituciones de salud para identificar las fallas que se presentan en las atenciones en salud, corregirlas, aprender de ellas y así garantizar atenciones con calidad salvaguardando la integridad del paciente.

El ministerio de salud y Protección social define “los eventos adversos como el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño” (1), es importante recordar que existen eventos adversos prevenibles que son aquellos que se hubiera podido evitar aplicando los protocolos o guías de seguridad del paciente y los no prevenibles que son los eventos inevitables que ocurren incluso aplicando los estándares de seguridad, independientemente cual sea su clasificación es una problemática global y la función de las instituciones de salud es minimizar las acciones inseguras que puedan generar un daño sobre la salud del paciente, A raíz de esta necesidad se creó la guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la cual se establecen estrategias que mejoren la adherencia en la aplicación de procesos asistenciales(1).

En el año 2015 el ministerio de salud y protección social publicó la versión 2 de la guía técnica de buenas prácticas clínicas en seguridad del paciente la cual está conformada por 23 paquetes instruccionales, “los cuales buscan mejorar la seguridad del paciente en el área asistencial con una serie de recomendaciones y disposiciones que el personal de salud debe cumplir” (1). dentro de la guía encontramos el paquete instruccional de consentimiento y desistimiento informando siendo este en el cual queremos hacer énfasis ya que es el motivo de estudio en esta investigación , este paquete instruccional “busca fortalecer su aplicación estableciendo prácticas seguras para tener claramente definido la consecución, verificación y entendimiento del consentimiento Informado, desarrollando y fortaleciendo destrezas y competencias relacionadas con la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado, para que no se presenten errores en la atención y disminuir así la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos”(1).

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

El paquete instruccional está basado en el protocolo de Londres en donde se encuentra dos fallas activas, que son las acciones que pueden generar daños , están también las barreras de seguridad que son las acciones que pueden evitar la ocurrencia de fallas en la atención y encontramos los factores contributivos que son las condiciones que pueden llevar a que se genere una acción insegura o una falla activa, dentro de estos factores contributivos los encontramos clasificado en : paciente, tarea y tecnología, individuo , equipo de trabajo , ambiente , organización y gerencia y contexto institucional (1) , como se puede observar son muchas las situaciones que se pueden presentar con relación a la atención de los pacientes lo que se busca con este documento es guiar paso a paso a las instituciones en la construcción y aplicación del consentimiento y desistimiento

informado de forma correcta en donde el personal de salud cuente con las destrezas que se requieren para garantizar al usuario una atención de calidad.

Una buena adherencia al paquete instruccional por parte del personal de salud asegura un correcto diligenciamiento del consentimiento informado en donde el usuario se sienta satisfecho con la información recibida y se sienta con la suficiente confianza para tomar decisiones sobre su estado de salud.

La ley 23 de 1981 establece en Colombia las normas en materia de ética médica, “los efectos jurídicos en determinadas circunstancias, además de imponer como regla general que el médico respetará la libertad del enfermo para prescindir de sus servicios” donde se orienta al profesional a actuar con fundamentos morales, enfatizando en el respeto por el usuario y el derecho a la autonomía que este tiene para decidir (5).

De esta misma manera en la constitución política de Colombia de 1991, se hace referencia al consentimiento informado no de manera explícita pero destacando que es considerado un derecho fundamental, en el que el usuario debe recibir información completa y entendible para poder decir con libre autonomía y evitar una vulneración de los derechos o posibles abusos que puedan generarse en la práctica clínica(5), estas características en la atención son reguladas por el proyecto de ley 24 de 2015, con el fin de “adaptar y asegurar que la labor médica en Colombia cumpla con los requisitos de ética y calidad” (4).

“El consentimiento informado es el procedimiento a través del cual un paciente es informado respecto a todos los alcances de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que le serán practicados y que le permite decidir si acepta o rechaza la alternativa propuesta por el profesional de salud con total conocimiento de esta decisión, lo cual debe constar por escrito”(1) todas las instituciones prestadoras de salud deben garantizar que este documento sea diligenciado adecuadamente por parte del personal de salud, sin enmendaduras con la información completa el cual debe ser anexado a la historia clínica del paciente y realizar entrega de una copia al usuario.

El concepto de consentimiento informado es un tema amplio en el cual también se ven involucrados los menores de edad para ello existen códigos internacionales, que a pesar de que no se ha podido establecer cuándo y en qué momento el menor está preparado para tomar decisiones, en la Declaración de Helsinki de 2013, se establece un asentimiento informado como le es llamado al consentimiento del menor entre 14 y 18 años, el cual siempre deberá ir acompañado del consentimiento de un adulto legalmente capacitado (13).

Es importante resaltar en este documento el valor que tiene la aplicación del consentimiento informado con enfoque diferencial, ya que en la actualidad se puede observar poca empatía en entender las necesidades de la población con características particulares, las cuales son importantes conocer para poder llevar a cabo un abordaje integral en la aplicación de este documento (14).

7. Marco conceptual

Seguridad del paciente: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (1).

Atención en salud: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud (1).

Indicio de atención insegura: Un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso (1).

Falla de la atención en salud: Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales (1).

Fallas activas o acciones inseguras: Son acciones u omisiones que tienen el potencial de generar daño u evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos,

regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) (1).

Fallas latentes: Son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (personal administrativo) (1).

Evento adverso: es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles (1).

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 (1).

Evento adverso no prevenible: resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial (1).

Factores contributivos: son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa) (1)

Paciente: Cómo ese paciente contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad inconsciente (1).

Tarea y tecnología: documentación ausente, poco clara no socializada, que contribuye al error. Como la tecnología o insumos ausentes, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa que contribuye al error (1).

Individuo: Como el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) Que contribuyen a la generación del error (1).

Equipo de trabajo: como las conductas del equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos, etc.) Que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (1).

Ambiente: cómo el ambiente físico contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico) deficiencias en infraestructura (1).

Organización y gerencia: como las decisiones de la gerencia contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo (1).

Contexto institucional: como las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad (1).

Incidente: es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención (1)

Acciones de reducción del riesgo: son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un paciente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas; proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo, mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal (1)

Consentimiento informado: es un procedimiento a través del cual un paciente es informado respecto a todos los alcances de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que le serán practicados y que le permite decidir si acepta o rechaza la alternativa propuesta por el profesional de salud con total conocimiento de esta decisión, lo cual debe constar por escrito (1)

8. Marco normativo

A continuación, se relaciona las normas relacionadas con el tema de estudio

Norma	Año	Definición
Ley 23	1981	Por lo cual se dictan norma en materia de ética médica
Decreto 3380	1981	Se dictan normas en materia de ética médica y relación médico-paciente
Sentencia 401	1994	Hace referencia a la autonomía y a los derechos del paciente, respecto a la relación médico paciente
Sentencia 337	1997	Hace referencia en que al usuario se le brinde información precisa y clara, sin coacciones ni engaños, del procedimiento a realizar
Resolución 1995	1999	Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica
Decreto 1011	2006	Por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en SGSSS
Resolución 0112	2012	Por la cual se emite los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente

Resolución 4343	2012	por la cual se unifica la regulación de los lineamientos de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente en el SGSSS
Resolución 1441	2013	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones
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
Paquete Instruccional consentimiento y desistimiento informado	2015	Guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud
Decreto 780	2016	Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector salud y protección social
Resolución 5095	2018	Por la cual se adopta el “Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario en Colombia versión 3.1”

Resolución 3100	2019	Por la cual se define los procedimientos y condicione de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud
-----------------	------	---

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

9. Metodología

Este estudio pretende evaluar el nivel de adherencia del personal de salud al paquete instruccional de consentimiento y desistimiento informado en el mes de abril de 2022, en el área de urgencias en una IPS de primer nivel en Armenia Quindío.

9.1 Tipo de estudio

Estudio cuantitativo observacional de corte transversal

9.2 Población y Muestra

La población objeto de estudio es el personal de salud del servicio de urgencias médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería que intervienen en los procesos de atención de los usuarios, para un total de 67 personas.

9.3 Unidad de análisis

Cada uno de los profesionales y técnicos del sector salud, que laboran en el servicio de urgencias de Red Salud Armenia ESE durante el mes de abril de 2022.

9.4 Marco Muestral

Base de datos del personal de salud del servicio de urgencias, obtenido por parte de la oficina de talento humano institucional, en el mes de abril de 2022.

9.5 Criterios de inclusión

Los profesionales de salud médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería que laboran en el servicio de urgencias de Red Salud Armenia ESE, que intervienen en el proceso de atención de los pacientes durante el mes de abril con previa autorización de la institución para la aplicación de la encuesta.

9.6 Criterios de exclusión

Los funcionarios que laboran en el servicio de urgencias, pero no intervienen de forma directa en el proceso de atención de los usuarios, como conductores, facturadores, operarios, guardias de seguridad, regentes de farmacia

AREA ANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

9.7 Variables

Las variables de esta investigación se operacionalizan de acuerdo a la respectiva matriz:

Objetivos	Conceptos	Definición	Categoría	Variable	Definición	Indicadores
Caracterizar socio demográficamente a las usuarias del estudio.	Características Sociodemográfico	Aspectos relacionados con las condiciones de vida como género, Profesión, tipo de vinculación del personal de la salud del servicio de urgencias	sexo	características biológicas y fisiológicas que definen a un hombre y a una mujer	Caracterización Bilógica de los individuos encuestados: femenino o masculino	Proporción de Hombre y mujeres del servicio de urgencias
			Edad	Edad cronológica de la persona	Diferencia entre la fecha actual y la fecha de nacimiento del personal de salud médico, Enfermera, Auxiliar de Enfermería	Edad media del personal del servicio de urgencias y desviación estándar
			Profesión	Formación Académica con la que cuenta el individuo para desarrollar su cargo	profesión que ejerce el personal de salud encuestado en el servicio de urgencias : Medico , Enfermera, Auxiliar de enfermería	Proporción de personal de salud según profesión(medico, enfermera, auxiliar de enfermería) del servicio de urgencias

			Tipo de vinculación	Tipo de contrato o vinculación con la empresa	Identificación del tipo de contratación laboral con la que cuenta el personal de salud encuestado: Planta, Temporal.	Cantidad de profesionales de salud por cada tipo de vinculación
	Factores Contributivos	Condiciones que predisponen una acción insegura en el nivel de adherencia del personal de salud	Humana	Capacitación sobre consentimiento informado	Capacitación sobre cultura de seguridad del paciente con énfasis en funcionalidad del consentimiento y desistimiento informado	Proporción de capacitaciones realizadas al personal de salud del servicio de urgencias, sobre el paquete instruccional de consentimiento y desistimiento informado durante el 1 trimestre del 2022
				Comunicación asertiva relación médico - paciente	El personal de salud informa de forma clara , sencilla , términos comprensibles , procedimiento , riesgos, beneficios , alternativas y posibilidad de desistir en la realización del procedimiento	Proporción de profesionales en salud del servicio de urgencias que brinda información clara al usuario

				Consentimiento informado en el menor de edad	el personal de salud garantiza la firma del consentimiento informado por el usuario y los padres o representante legal cuando es un menor entre 14 y 18 años	cantidad de profesionales del servicio de urgencias que aplican adecuadamente el consentimiento informado en menores entre 14 y 18 años
				Alternativas para el desistimiento informado	El profesional brinda alternativas de tratamiento al usuario que se niegue a la realización del procedimiento	Proporción de personal de salud del servicio de urgencias ,que brindan alternativas al usuario que firme el desistimiento informado
			Tarea y Tecnología	Diligenciamiento previo a una intervención	Disponibilidad y accesibilidad al formato de consentimiento informado el cual es diligenciado previo a la atención	Proporción de personal de salud del servicio de urgencias, que diligencia el consentimiento informado previo al procedimiento
				Diligenciamiento completo sin enmendadura ni tachones	el consentimiento informado es aplicado de forma completa clara sin enmendaduras	Proporción de personal de salud del servicio de urgencias que diligencia el

					consentimiento informado de forma completa y sin enmendaduras	
			Organización y gerencia	Conocimiento sobre el consentimiento informado	El personal salud conoce la importancia que representa el consentimiento informado	Proporción de personal de salud del servicio de urgencias, que conoce la importancia del consentimiento informado
			Naturales	Privacidad y reserva durante el diligenciamiento	Durante la explicación del consentimiento informado se propende garantizar condiciones de privacidad y silencio que permitan un óptimo entendimiento del mismo	Proporción de personal de salud del servicio de urgencias que garantiza privacidad , confidencialidad y entendimiento durante el diligenciamiento del consentimiento informado
			Administrativo	Diligenciamiento del consentimiento informado con enfoque diferencial	durante el diligenciamiento de consentimiento informado se tienen en cuenta los enfoques diferenciales como: genero,	Proporción de personal de salud del servicio de urgencias que contempla el enfoque diferencial durante

				grupo etario , discapacidad , población de riesgo	el diligenciamiento del consentimiento informado	
			Tecnológicas	Historia clínica con consentimiento informados anexados	Disponibilidad y conservación del consentimiento informado diligenciado por el paciente durante el proceso de atención	Proporción de personal de salud del servicio de urgencias que puede consultar en la historia clínica los consentimientos informados aplicados anteriormente
				Copia del consentimiento	disposición de equipos tecnológicos que faciliten disponibilidad y entrega del consentimiento informado al usuario y su familia.	proporción de personal de salud del servicio de urgencias, que hace entrega de copia del consentimiento informado al usuario y/o su familia

9.8 recolección de la información

Para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el presente trabajo, se diseñó un instrumento basado en el paquete instruccional de consentimiento y desistimiento informado, dicho instrumento consta de dos partes la primera es en forma de encuesta (Anexo 1), dirigida al personal de salud del servicio de urgencias, con preguntas generales como edad, sexo, profesión, con el fin de caracterizar la población y evaluar el conocimiento de los profesionales en cuanto al paquete instruccional de consentimiento y desistimiento informado, categorizando la encuesta en factores contributivos administrativos y factores contributivos humanos, la segunda parte del instrumento está plasmada en forma de lista de chequeo (Anexo 2) la cual contiene 11 ítems, que están categorizados en factores contributivos administrativos, factores contributivos humanos, factores contributivos de organización y gerencia, factores contributivos tarea y tecnología, factores contributivos naturales y factores contributivos de tecnología con el fin de evaluar la adherencia al paquete instruccional de consentimiento y desistimiento informado que existe en el servicio de urgencias por parte del personal de salud.

Para diligenciar la encuesta se debe tener en cuenta, si la respuesta es SI se asigna el valor de (1) punto, si la respuesta es NO será calificada con (0) puntos, para un total de 13 puntos, según el valor obtenido se estableció el grado de adherencia del personal de salud al consentimiento y desistimiento informado de la siguiente manera. Implementación si el puntaje se encuentra entre 9 y 13 puntos, levemente implementado si está entre 5-8 puntos y no implementado si es menor o igual a 4 puntos.

9.9 Plan de análisis

Se diseñó un formulario en el programa Google, para la recolección de la información y posterior análisis de los mismos con base a las variables establecidas en el instrumento, no se diseñó instructivo ya que el grupo investigador es el encargado de diligenciar la información.

se aplicaron los instrumentos a todo el personal de salud del servicio de urgencias que tiene dentro de sus actividades la aplicación del consentimiento informado, la recolección de los datos de la encuesta para la caracterización de la población la proporcionó cada profesional diligenciando el link creado, la recolección de la información de la lista de chequeo se realizó de forma observacional, por parte del grupo investigador realizando rondas de enfermería.

Los datos estadísticos de la información recogida fueron analizados con la herramienta Excel, donde se agruparon los datos de las variables según las categorías establecidas en el instrumento y se representa en gráficas para darle respuesta a los indicadores establecidos en la matriz operacional.

9.10 Resultados esperados

En este proyecto de investigación se espera conocer cuál es nivel de adherencia que tiene el personal de salud de una IPS de primer nivel en cuanto al paquete instruccional de

consentimiento y desistimiento informado, identificando las falencias y destrezas con las que cuenta el personal de salud en cuanto a los factores contributivos plasmados en el paquete instruccional de consentimiento y desistimiento informado, caracterizando la edad, sexo, nivel educativo, y tipo de contratación del personal de salud.

9.11 Componente Bioético

Se solicitó a la institución prestadora de salud permiso para la aplicación del instrumento a los profesionales del servicio urgencias, se aplicó una lista de chequeo y encuesta en donde se evaluaron sus conocimientos en cuanto a aplicación del consentimiento y desistimiento informado, con el fin de garantizar una conducta adecuada que tenga como prioridad la autonomía de una persona para tomar decisiones de manera libre e independiente en investigaciones como lo indica en la declaración de Helsinki de 2013 y la resolución 8430 de 1993 ,

el profesional de salud no se encontraba en la obligación de participar en la actividad, con el fin de garantizar la política de privacidad y tratamiento de datos no se utilizó información personal como número de identificación y nombres, además al ser una investigación de carácter retrospectivo no se hizo necesario el consentimiento individual ya que no se realizó ninguna intervención ni experimentó en los profesionales, los resultados de dicha investigación no causaron daños a terceros , sólo se representaron como un aporte con el fin de mejorar la adherencia al paquete instruccional de consentimiento y desistimiento informado y por ende una correcta aplicación por parte del

personal de salud, de igual manera se respetaron las políticas de privacidad de la institución.

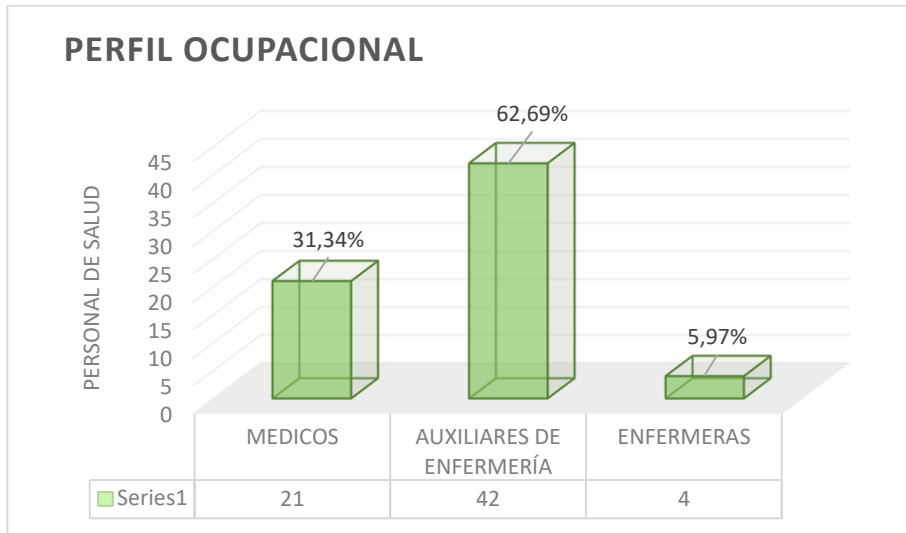
9.12 Impacto social y/o innovación, o responsabilidad social

Con la presente investigación se pretende aportar información que sirva como guía para evaluar y mejorar la adherencia al paquete instruccional de consentimiento y desistimiento informado, minimizando acciones inseguras que con lleven al inadecuado diligenciamiento del consentimiento informado garantizando al usuario el derecho a elegir libremente sobre su estado de salud , por otra parte servirá como referencia para otras investigaciones que quieran medir niveles de adherencia en cuanto a la aplicación del paquete instruccional de consentimiento y desistimiento informado o estudios que quieran analizar la seguridad del paciente. También servirá a la institución de salud como guía para identificar los principales problemas en la aplicación del paquete instruccional pudiendo con ella crear estrategias en su plan de mejora para intervenir en los hallazgos encontrados

10. Resultados

Caracterización del personal de salud, responsable del diligenciamiento del consentimiento y desistimiento informado del área de urgencias

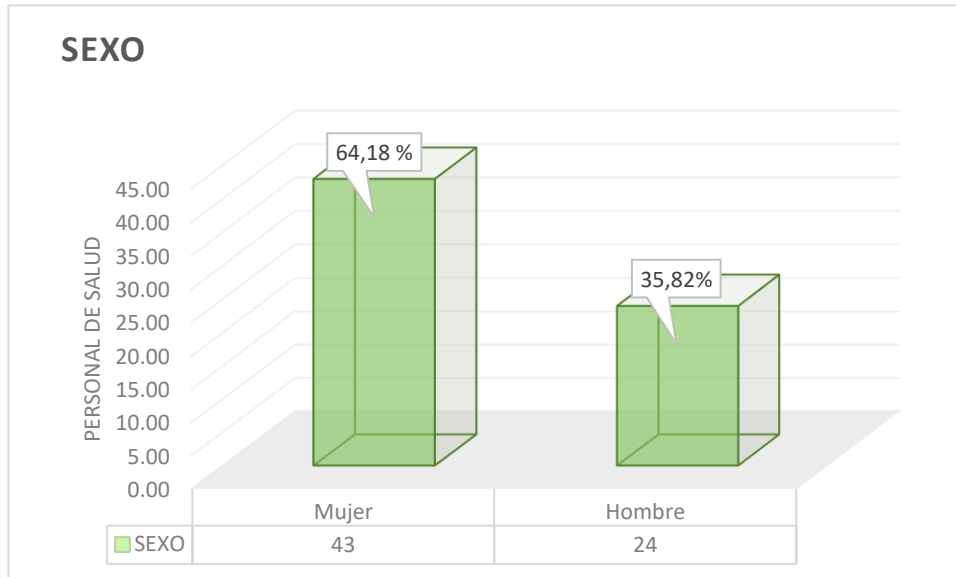
Gráfica 1:



Gráfica 1 Proporción de personal de salud según profesión

La gráfica muestra un mayor porcentaje en la profesión de Auxiliares de enfermería, se puede deducir que por cada profesional de medicina hay 2 auxiliares de enfermería y que por cada enfermera hay 8.4 auxiliares de enfermería en el servicio de urgencias.

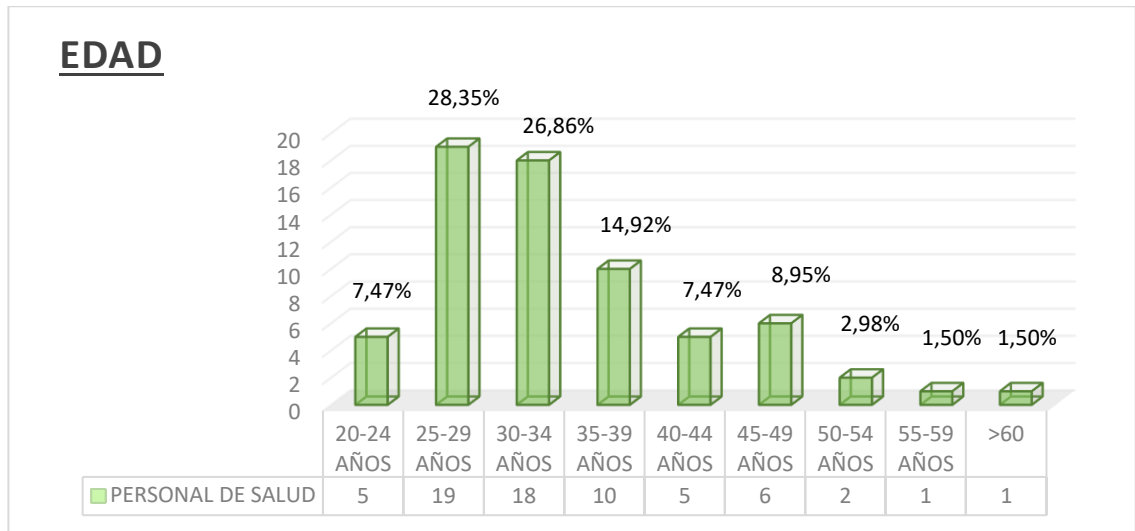
Gráfica 2:



Gráfica 2 Proporción de Hombres y Mujeres del servicio de urgencias

La grafica muestra que en el servicio de urgencias el sexo que predomina es la mujer, se puede deducir, que por cada hombre hay 1.79 mujeres.

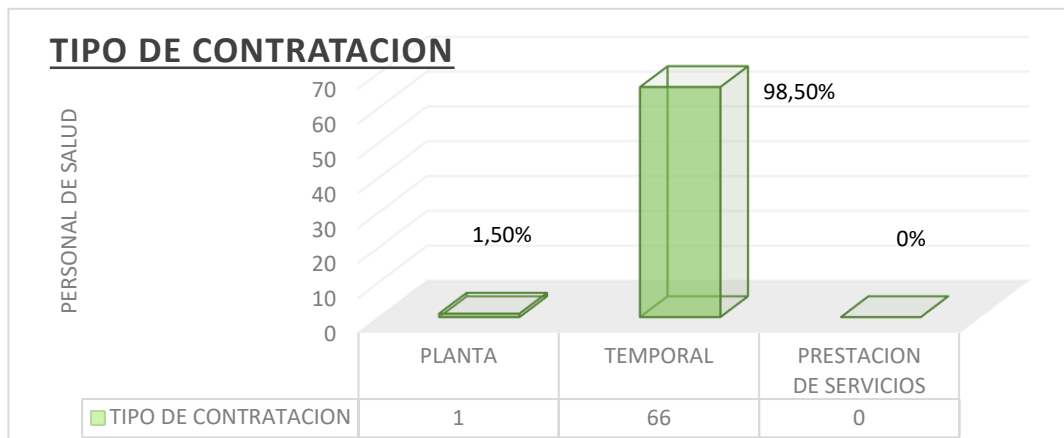
Gráfica 3:



Gráfica 3 Edad media de los profesionales del servicio de urgencias y desviación estándar

La edad media del personal del servicio de urgencias es de 33,9 años, la mediana es de 32 años y la moda es de 29, se puede decir que el 55.22% del personal está en el rango entre los 25 a 34 años y solo un 5.9% son mayores de 50 años.

Gráfica 4:



Gráfica 4 Proporción de profesionales de salud por cada tipo de vinculación

La grafica muestra que los profesionales del servicio de urgencias cuentan con contratación por temporal y planta, no existe otro tipo de vinculación

Determinar factores contributivos que influyen en la adherencia del paquete instruccional de consentimiento y desistimiento informado

Tabla 1

Variable	% Cumplimiento	Cumple
1. ¿Conoce usted el paquete instruccional de consentimiento y desistimiento informado del Ministerio de Salud y la Protección Social?	34,30%	No
2. ¿Ha recibido capacitación sobre el protocolo de consentimiento y desistimiento informado en el servicio de urgencias?	23,80%	No
3. Se Observa que el profesional aplica el formato de consentimiento y desistimiento informado, contempla el enfoque diferencial (Discapacidad, Grupos etarios, población vulnerable)	0,00%	No
4. ¿Se observa que el colaborador realiza socialización del formato de consentimiento al usuario y su familia de forma clara, sencilla, con términos comprensibles, detallando el procedimiento, sus riesgos, beneficios, complicaciones, y alternativas ?	5,97%	No
5. Se evidencia que el profesional de salud cuando los pacientes entre los 14 y 18 años requieren diligenciamiento del consentimiento informado, este es firmado por el paciente y sus padres o representante legal.	5,97%	No
6. Se Observa que el profesional explica al usuario y la familia la posibilidad de rehusarse al tratamiento o intervención planteada, mediante la firma del desistimiento	2,98%	No
7. Se observa que el profesional explica las alternativas terapéuticas que se tienen, si se cuentan con estas cuando el paciente o su familia realizan la firma del desistimiento informado.	4,47%	No
8. ¿Se evidencia que el profesional conoce la importancia del diligenciamiento del formato de Consentimiento y Desistimiento informado?	13,40%	No
9. Se evidencia que el profesional diligencia el formato de consentimiento informado es diligenciado previo a la realización de los procedimientos?	5,97%	No
10. Al momento del diligenciamiento del consentimiento y desistimiento informado, el profesional se percata que este sea diligenciado de forma completa, sin tachones, ni enmendaduras, teniendo en cuenta que es un documento legal que hace parte de la historia clínica del paciente?	4,47%	No
11. ¿Se observa que el profesional verifica que el usuario y su familia comprendan la información brindada mediante el consentimiento informado?	5,97%	No
12. De requerirse, se puede consultar en la historia clínica del paciente los formatos de consentimiento informados diligenciados en atenciones anteriores, ¿los cuales son digitalizados y anexados a la misma?	0%	No
13. Se evidencia que el profesional hace entrega de la copia del consentimiento informado al paciente?	0%	No

Tabla 1 resultados obtenidos

De la anterior tabla se puede deducir que solo 23 profesionales del servicio de urgencias, refieren conocer el paquete instruccional de consentimiento y desistimiento informado, siendo este un porcentaje muy bajo para la institución, ya que de la falta de este conocimiento deriva a la inadecuada aplicación del mismo y la no implementación; 16 profesionales, confirman haber recibido socialización sobre el protocolo de consentimiento y desistimiento informado, se realiza la verificación de dicha información, las actas de capacitación realizadas durante en el I trimestre en la institución sobre esta tema, evidenciándose 22 profesionales asistieron a la misma.

Se logró identificar que los profesionales de enfermería, son los únicos que realizan diligenciamiento de consentimiento informado, para el procedimiento de toma y procesamiento de VIH en adultos y menores de 14 años, siendo este hasta el momento el único formato implementado en el servicio. El porcentaje de cumplimiento obtenido por parte del personal de enfermería, evidencia que, propenden una comunicación asertiva con el usuario al socializarles el formato de consentimiento informado, realizándolo de forma clara y comprensible, explicando el procedimiento a realizar, detallando sus beneficios, riesgos, complicaciones, asegurando la firma del usuario o sus padres si lo requiere previo al procedimiento.

De los profesionales de enfermería del servicio, 3 explican al paciente las alternativas terapéuticas, se aseguran de diligenciarlo adecuadamente y 2 explican la posibilidad de rehusarse a la intervención mediante el desistimiento informado; 9 profesionales indicaron que conocen la importancia del consentimiento informado, ya que han sido capacitados por fuentes externas a la institución. En los formatos de consentimiento y desistimiento informado con los que se cuenta actualmente en el servicio,

se identifica que este no contempla el enfoque diferencial durante el proceso de atención. Tampoco se cuenta con la digitalización oportuna del formato, ni se tiene establecido la entrega de la copia, del consentimiento o desistimiento informado al usuario o su familia, como lo establece el paquete instruccional, ya que los formatos son entregados al área de laboratorio o archivo según corresponda, sin un control de cadena de custodia estricto que permita mayor seguridad, del cargue del mismo a la historia clínica del usuario.

AREA ANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

Oportunidad de Mejora	Acciones de Mejoramiento	Responsables	Recursos requeridos	Tiempo inicio de Ejecución	% Valor	Indicador de Seguimiento
Protocolo de Consentimiento y Desistimiento Informado, desactualizado y poco documentado, no abarca todos los procedimientos que requieren uso e implementación del formato.	Actualizar y documentar el protocolo de consentimiento y desistimiento informado	Líder Programa de seguridad del paciente	Computador / Protocolo institucional de consentimiento y desistimiento informado por actualizar MI-PS-PR-44	Julio 2022	15%	Protocolo de consentimiento informado, actualizado, aprobado y versionado por la institución.
	Estandarizar el formato institucional de consentimiento informado, actualizar los	Líder Programa de seguridad del paciente, Líderes de procesos	Computador / Formato institucional actualizado y codificado / formatos	Julio 2022	15%	

	existentes y crear los formatos faltantes, teniendo en cuenta la atención con enfoque diferenciado	asistenciales / Área Jurídica / Comité Historias Clínicas	de consentimiento y desistimiento informado existentes			
Plan de capacitaciones, donde no se incluye el tema referente a la funcionalidad del consentimiento y desistimiento informado	Crear plan de capacitación al personal asistencial del servicio de urgencias, donde se incluya el protocolo de consentimiento informado, formatos, implicaciones legales, enfoque diferenciado.	Coordinadora del Servicio de Urgencias , Líder programa de seguridad del paciente	Video Beam / Computador portátil / Listados de asistencia / Formatos para medición de adherencia / Infografías o memorias para entrega a los participantes	Julio 2022	14%	Capacitaciones realizadas durante la vigencia /Capacitaciones programadas para la vigencia
No se evidencia implementación del	Implementar y estandarizar los	Coordinadora del Servicio de	Computadora / resma de papel / Impresora	Julio 2022	14%	

proceso de diligenciamiento, custodia y almacenamiento del consentimiento y desistimiento informado en el servicio de urgencias de la Institución.	formatos de consentimiento informado, para los procedimientos que lo requieran en el servicio de urgencias.	Urgencias , Líder programa de seguridad del paciente	/ Formatos de consentimiento informado actualizados / huellero/ lapicero			
	Realizar rondas de acompañamiento y fortalecimiento de capacitación, referente al correcto diligenciamiento y custodia del formato de consentimiento informado.	Jefes del servicio de urgencias / Líder programa de seguridad del paciente	Computador / Impresora / Formato de socialización y firma de la retroalimentación realizada al personal abordado	Septiembre 2022	14%	

	Definir el proceso de custodia, digitalización y cargue del consentimiento informado a la historia clínica del paciente de forma oportuna	Comité de Historias Clínicas / Archivo Central	Formato relación de entrega de formatos de consentimiento y desistimiento informado al archivo clínico / computador/ escáner	Julio 2022	14%	
Al no contar con implementación del proceso de diligenciamiento de consentimiento informado, no se cuenta con estadísticas de medición de adherencia al proceso.	Realizar mediciones de adherencia al personal del servicio de urgencias, con periodicidad trimestral	Coordinación de urgencias	Formatos de evaluación físicos o digitales / computador/ impresora/ lapiceros / internet	Octubre 2022	14%	Evaluaciones realizadas durante el segundo semestre de la vigencia 2022/ Evaluaciones realizadas durante el segundo semestre

						de la vigencia 2022
--	--	--	--	--	--	------------------------

Tabla 2. Plan de mejora

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

11. Discusión

El consentimiento informado es un procedimiento mediante el cual el profesional de salud le brinda al usuario información relevante y completa sobre su estado de salud e intervenciones a realizar, de forma que el paciente pueda decidir sobre sí mismo y cuya respuesta debe quedar plasmada por escrito, esta información brindada debe contar con unas características específicas para cumplir con el objetivo que es que el usuario lo entienda de forma clara, por esto se decide evaluar al personal de salud identificando si cumplen con las características establecidas en el paquete instruccional de consentimiento y desistimiento informado.

Con respecto a las variables establecidas en el instrumento se pudo caracterizar con el personal de salud en cuatro aspectos en donde se obtuvieron los siguientes resultados.

Se refleja que la profesión con más demanda en el servicio de urgencias es la de auxiliares de enfermería con un porcentaje de 62,68%, seguido de los médicos generales con un porcentaje de 31,34% y finalizando con las enfermeras con un porcentaje de 5,97% relación de la edad media de los profesionales de es de 33.9% lo cual nos lleva a analizar que el rango de edad del personal es variado y que en comparación con otro artículo (1) muestra una media de 24% que nos confirma que en los servicios de salud se encuentra diversidad en los rangos de edad.

El sexo predominante es el femenino con un porcentaje de 61,17% en donde se puede constatar que dicho sexo tiene más conocimiento en cuanto conocimiento sobre

consentimiento informado en comparación en el estudio (1), donde la profesión con mayor porcentaje son los médicos.

Con respecto a las variables analizadas el 65,67% del personal de salud refieren que no conocen el paquete instruccional de consentimiento y desistimiento informado, lo cual resulta ser una problemática para la institución ya que el desconocimiento de dicho paquete genera una atención insegura, y un inadecuado diligenciamiento del consentimiento informado, a su vez se pudo evidenciar que al recibir capacitaciones sobre paquete instruccional los profesionales aprendían a diligenciar el consentimiento informado.

En el servicio de salud estudiado no se cuenta con un consentimiento informado que cumpla con los requerimientos según lo establece el ministerio de salud en el paquete instruccional, se evidenció que solo cuenta con un consentimiento informado para la toma de muestra de VIH, por lo tanto se observan un porcentaje de adherencia en el servicio de 0% ya que la institución no cumple ningún ítem establecido en la lista de chequeo, todo lo contrario se pudo observar en una investigación realizada en la Habana Cuba en donde según lineamientos de este país la institución estudiada cumple con un porcentaje de adherencia del 95.5% (2) por lo que se puede deducir de que una correcta aplicación del consentimiento informado consta de compromiso de los profesionales de salud y de la institución.

12. Conclusiones

- Con base en los resultados obtenidos, la institución prestadora de servicios de salud Red Salud Armenia E.S.E. tamizada en esta investigación frente al nivel de adherencia al paquete instruccional de consentimiento y desistimiento informado cuenta con las mínimas practicas concernientes a dicho proceso.
- Es probable concluir que el proceso de instauración, implementación y adherencia al paquete instruccional de consentimiento y desistimiento informado en dicho centro hospitalario se sitúa en un nivel nulo, evidenciado en las falencias programáticas desde el proceso de elaboración, ejecución y cualificación al personal asistencial.
- Se evidencia que el personal de médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería son totalmente inherentes a los factores contributivos plasmados en guía de buenas prácticas clínicas del paquete instruccional debido a la carencia de un consentimiento informado que permita al personal de salud aplicar los recursos comunicacionales con los pacientes y así poder desarrollar una práctica segura.

13. Recomendaciones

- Actualizar, documentar, estandarizar el formato institucional de consentimiento y desistimiento informado teniendo en cuenta la atención con enfoque diferenciado.
- Capacitar, socializar y evaluar al personal asistencial frente a la aplicación y adherencia del consentimiento y desistimiento informado, con el fin de ofrecer destrezas y clarificar dudas frente a la aplicación del formato.
- Diseñar estrategias para fortalecer la humanización en los servicios de salud, que le brinde al profesional herramientas para mantener una adecuada comunicación médico- paciente

14. Bibliografía

1. Garantizar la funcionabilidad de los procedimientos de consentimiento informado [Internet]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>
2. Asharib M, Amjad Z, B KB, C MI, Ullah I. Percepciones y practicas sobre el proceso de obtención del consentimiento informado de pacientes quirúrgicos en un hospital de tercer nivel de atención. 2022;73(73):5.
3. Astier-Peña MP, Martinez-Bianchi V, Torijano-Casalengua ML, Ares-Blanco S, Bueno-Ortiz JM, Fernández-García M. The Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Identifying actions for safer primary health care. Aten Primaria. 2021;53:20.
4. Mendoza Villa JM, Herrera Morales LA. El consentimiento informado en Colombia. Un análisis comparativo del proyecto de ley 24 de 2015 con el código vigente y otros códigos de ética. CES Derecho. 2017;156–71.
5. Solórzano Quintero J, Vargas Chaves I, Álzate Mora d. Consentimiento informado: casos relevantes en materia constitucional. 2019;1–113.
6. Hernández-Ruiz A, Delgado-Fernández RI, Mitjans-Fuentes CO, González-Volta R, Cuní-Rivera T, Díaz-González D. Calidad de los formatos escritos del consentimiento informado en pacientes graves. Rev Arch Médico Camagüey. 2020;24(1):40–53.
7. Momblanc LC, Mendoza Pérez JC. El consentimiento informado y la autonomía del paciente en Cuba. Un binomio indispensable. Opinión Jurídica. 2021;20(42):321–47.

8. Teresa Escobar López M. CONSENTIMIENTO INFORMADO. PERCEPCIÓN DE PACIENTES. REVISIÓN DOCUMENTAL 1995-2013* Título corto: Consentimiento informado-percepción pacientes. Revista. 2017;26(1):72–83.
9. Hernández G, Chahuán F. Consentimineto informado en las prestaciones de salud. Acta Bioeth [Internet]. 2021;27(1):17–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2021000100017>
10. Carrillo AM, Rodas MPA. Conceptos bioéticos para tener en cuenta en el servicio de urgencias. Rev Javierana [Internet]. 2019;(3). Available from: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/60-3 \(2019-III\)/231059231010/231059231010_visior_jats.pdf](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/60-3 (2019-III)/231059231010/231059231010_visior_jats.pdf)
11. Navarro Reyes D. La tensión de la globalización de la salud y el papel del Estado social de derecho colombiano en torno al consentimiento informado en la relación médico paciente. Rev Vía Iuris. 2018;(24):1–34.
12. Casanova-olortegui I. Evaluación del nivel de conocimiento del consentimiento informado en investigadores de ensayos clínicos. 2020;12(1):1–9.
13. Boceta R, Martínez-Casares O, Albert M. The informed consent in the mature minor: Understanding and decision-making capacity. An Pediatr [Internet]. 2021;95(6):413–22. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.10.011>
14. Barradas BS, Ramos G, Elizabeth D. Consentimiento informado en la discapacidad : trastorno del espectro autista *. 2019;36(1):13–26.

15. Anexos

15.1 Instrumento de recolección de información

Encuesta Consentimiento Informado Servicio de Urgencias

*Obligatorio

1. Perfil Ocupacional *

Marca solo un óvalo.

- Medico
- Enfermera / o
- Auxiliar de Enfermería
- Otro

2. Sexo *

Marca solo un óvalo.

- Hombre
- Mujer
- No se identifica

3. Edad en años

4. Tipo de Vinculación Laboral *

Marca solo un óvalo.

- Planta
- Temporal
- Prestación de servicios

Tabla 3. Instrumento de investigación

	<p>Lista de chequeo</p> <p>Consentimiento</p> <p>Informado</p>			
<p>Fecha: Abril de 2022</p>	<p>Servicio de Urgencias</p>			
ITEM	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Encuesta				
<p>Conoce usted el paquete instruccional de consentimiento y desistimiento informado del Ministerio de Salud y la Protección Social?</p>		<p>0</p>		
<p>Ha recibido capacitación sobre del protocolo de consentimiento y desistimiento informado en el servicio de urgencias</p>		<p>0</p>		
Factores Contributivos Administrativos				
<p>Se Observa que el profesional aplica el formato de</p>		<p>0</p>		

consentimiento y desistimiento informado, contempla el enfoque diferencial (Discapacidad, Grupo etarios, población vulnerable)				
Factores Contributivos Humanos				
Se observa que el colaborador realiza socialización del formato de consentimiento al usuario y su familia de forma clara, sencilla, con términos comprensibles, detallando el procedimiento, sus riesgos, beneficios, complicaciones, y alternativas.		0		
Se evidencia que el profesional Cuando los pacientes entre los 14 y 18 años requieren diligenciamiento del consentimiento informado, este es firmado por el paciente y sus padres o representante legal.		0		
Se Observa que el profesional explica al usuario y la familia la		0		

posibilidad de rehusarse al tratamiento o intervención planteada, mediante la firma del desistimiento				
Se observa que el profesional explica las alternativas terapéuticas que se tienen, si se cuentan con estas Cuando el paciente o su familia realizan la firma del desistimiento informado.		0		
Factores Contributivos Organización y Gerencia				
Se evidencia que el profesional conoce la importancia del diligenciamiento del formato de Consentimiento y Desistimiento informado		0		
Factores Contributivos Tarea y Tecnología				
Se evidencia que el profesional diligencia El formato de consentimiento informado es diligenciado previo a la realización de los procedimientos		0		

Al momento del diligenciamiento del consentimiento y desistimiento informado, el profesional se percata que este sea diligenciado de forma completa, sin tachones, ni enmendaduras, teniendo en cuenta que es un documento legal que hace parte de la historia clínica del paciente		0		
Factores Contributivos Naturales				
Se Observa que el profesional Verifica que el usuario y su familia comprendan la información brindada mediante el consentimiento informado		0		
Factores Contributivos Tecnología				
De requerirse, se puede consultar en la historia clínica del paciente los formatos de consentimiento informados diligenciados en atenciones anteriores, los cuales		0		

son digitalizados y anexados a la misma.				
Se evidencia que El profesional hace entrega de la copia del consentimiento informado al paciente.		0		
Total:	0	0	0	0
Ítems Positivos / Total Aplicadas	0			0
% Adherencia	#¡DIV/0!			
Firma responsable:				
Firma Enfermera del servicio:				
<p>Nota: Para diligenciar la encuesta se debe tener en cuenta, si la respuesta es SI se asigna el valor de (1) punto, si la respuesta es NO será calificada con (0) puntos, para un total de 13 puntos, según el valor obtenido se estableció el grado de adherencia del personal de salud al paquete instruccional de consentimiento y desistimiento informado, teniendo en cuenta los procesos prioritarios consignados en la Resolución 3100 del 2019, y las disposiciones del paquete instruccional, para garantizar un nivel de adherencia optimo se requiere evidenciar un cumplimiento de los ítems evaluados del 100%. Siendo este pues un requisito de habilitación para las instituciones prestadoras de servicios en salud.</p>				

Tabla 4. Lista de chequeo observacional / Consolidado

15.2 Cronograma

Cronograma de actividades												
Fechas	Meses											
Actividades	Marzo				Abril				Mayo			
1. Documentación Proyecto de Investigación.	x	x	x	x	x	x						
2. Creación del instrumento de investigación						x	x					
3. Aplicación del instrumento de Investigación							x	x				
4. Tabulación de resultados									x			
5. Construcción del Plan de Mejora									x			
6. Correcciones realizadas a la investigación										x		
7. Entrega final del Proyecto										x		

Tabla 5. Cronograma de Actividades

15.3 Presupuesto

Rubro	Formación académica	Valor hora	Cantidad de horas a la semana	Número de meses	Total
Investigador(a)1	Profesional	0	26	3 meses	
Investigador(a)2	Profesional	0	26	3 meses	
Investigador(a)3	Profesional	0	26	3 meses	
Asesor(a) metodológica	Especialista	0	15 minutos	1 mes	
Asesor(a) Temático	Especialista	0	15 minutos	1 mes	
Asesor(a) Temático	Especialista	0	16 horas	3 meses	
Total			0		

Materiales e insumos			
Rubro	Valor unitario	Cantidad requerida	Total
Datos Móviles	50.000	3	450.000
Internet Hogar	110.000	3	990.000
Energía	80.000	3	720.000
Formularios Google	0	0	0
Total			2.160.000

Tabla 6. Materiales e insumos

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

Salidas de campo			
Descripción	Justificación	Costo unitario	# de salidas
Desplazamiento a la ciudad de Armenia	Se requirió realizar desplazamiento a la institución de salud ubicada en la ciudad de armenia, por parte de 2 de las investigadoras, para brindar apoyo en la aplicación de las listas de chequeo.	200.000	1
TOTAL		200.000	

Tabla 7. Salidas de campo

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina