

**DISEÑO DE UN SISTEMA VIRTUAL DE REPORTE DE SUCESOS DE  
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS  
PARA EL II SEMESTRE DEL 2019**

**TATIANA MILENA BAHAMON CETINA  
DERLY EMILSE LUNA BARRIOS**

**PLANTEAMIENTO DE UN PROYECTO DE GESTION “TESINA” PARA OPTAR  
AL TITULO DE ESPECIALISTA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**ASESORA  
GENNY PAOLA FUENTES BERMUDEZ**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE  
BOGOTA D.C.  
2019**

## TABLA DE CONTENIDO

Lista de Tablas .....	3
Lista de Anexos .....	3
Formulación de la propuesta .....	4
1. Título de la propuesta .....	4
2. Resumen ejecutivo .....	4
3. Diagnostico situacional .....	4
Misión .....	5
Visión.....	6
Objetivos estratégicos.....	6
4. Planteamiento del problema .....	11
5. Justificación .....	14
6. Fines y propósitos.....	17
Objetivo general.....	17
Objetivos específicos .....	17
Metas.....	17
Indicadores .....	18
7. Marco de Referencia.....	19
8. Método o plan de acción .....	30
9. Productos esperados .....	31
10. Cronograma .....	32
11. Presupuesto.....	33
12. Referencias bibliográficas .....	34

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Eventos adversos reportados en la UCI C.C.G. en el año 2018 .....	9
Tabla 2. Inconsistencias en eventos adversos reportados en la UCI C.C.G para el año 2018 .....	10
Tabla 3. Cronograma de actividades planteado para el proyecto de gestión “Elaboración de un Sistema Virtual de Reporte de Sucesos de Seguridad del Paciente” .....	32
Tabla 4. Presupuesto planteado para el proyecto de gestión “Elaboración de un Sistema Virtual de Reporte de Sucesos de Seguridad del Paciente” .....	33
Tabla 5. Ficha técnica del Indicador “Porcentaje de personal capacitado de la UCI sobre el sistema Virtual de EA e incidentes” .....	38
Tabla 6. Ficha técnica del Indicador “Porcentaje de la adherencia a la utilización del sistema de reporte virtual de EA e incidentes de la UCI.” .....	40

## LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Ficha técnica de indicadores.....	37
--	----

## **I. FORMULACIÓN DE LA PROPUESTA**

### **1. TITULO DE LA PROPUESTA**

Diseño de un Sistema Virtual de Reporte de Sucesos de Seguridad del Paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos para el II semestre del 2019

### **2. RESUMEN EJECUTIVO**

Este proyecto de gestión pretende diseñar un Sistema Virtual de Reporte de Sucesos de Seguridad del Paciente que permita a los colaboradores de una Unidad de Cuidados Intensivos, para el II semestre del 2019, acceder a una herramienta de reporte de sucesos de seguridad derivados de la atención en salud; que permita el registro y análisis de la información de una manera detallada y fácil, y disponible en cualquier momento, con el fin de fortalecer la cultura de reporte y mejorar la atención en salud de los usuarios a través de la identificación de fallas y construcción de barreras de seguridad que disminuyan el riesgo de que nuevamente se repitan.

### **3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL**

La Unidad de Cuidado Intensivo C.C.G, es una entidad privada, constituida el 22 de junio de 2011, la cual fue creada para ejecutar el contrato de concesión de la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos en un Hospital de III nivel en el departamento del Tolima, como voluntad de un grupo de profesionales que busca ofrecer un servicio de la más alta calidad técnica y humana a los pacientes en estado crítico y a sus familias. Cuenta con la experiencia en el manejo de pacientes en estado crítico, lo que les ha permitido propender por la prestación de un servicio seguro, humano y científico que busca mitigar el impacto negativo en

los pacientes, así como las consecuencias fatales y las incapacidades derivadas de ello.<sup>1</sup>

Su principal objetivo es la permanente búsqueda de la aplicación temprana de terapias apropiadas junto con la optimización de los recursos a favor de la salud del paciente en estado crítico.

La Unidad de Cuidados Intensivos C.C.G, presenta su Programa de Seguridad del Paciente, el cual ha sido elaborado con el espíritu de servir como referencia en la toma de decisiones de todos los profesionales y del equipo asistencial, con el objetivo de proveer una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de los eventos adversos y aumentar la calidad de los cuidados prestados desde la buena práctica en la experiencia clínica.<sup>1</sup>

A continuación, se presenta la plataforma estratégica de la organización:

### **Misión**

“Buscamos contribuir al cuidado de la vida y a la recuperación de la salud, brindando un servicio más seguro fundamentado en un alto nivel de profesionalismo que permitan dar cumplimiento a la normatividad vigente en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud”.<sup>1</sup>

Para lograr lo anterior, nos soportamos en un recurso humano idóneo y una excelente gestión que garantice la sostenibilidad económica, la permanencia en el tiempo y el completo bienestar de los usuarios y la plena satisfacción de toda la organización.<sup>1</sup>

### **Visión**

Ser para el año 2019 una Unidad de Cuidados Críticos MAS SEGURA, líder en el manejo de pacientes de alta complejidad, aplicando avances médicos, científicos y

tecnología disponible, logrando así, ser centro de referencia a nivel regional y nacional. <sup>1</sup>

Se tiene como propósito crear una cultura de seguridad del paciente y servir de guía para la toma de decisiones de todo el equipo profesional y asistencial en el marco de la atención segura de los pacientes en cuidado intensivo e intermedio adulto, mediante la implementación de las buenas prácticas que prevengan la ocurrencia de situaciones que pongan en riesgo a nuestros pacientes y de ser posible eliminar la ocurrencia de los eventos adversos.

### **Objetivos Estratégicos**

La unidad de cuidado intensivo C.C.G es una organización privada sin ánimo de lucro, que pertenece al sistema de protección y seguridad social, su evolución ha estado marcada por el reconocimiento de las personas a nivel regional.

Dentro de sus objetivos estratégicos se encuentran:

- Garantizar la formación del personal médico, asistencial y administrativo para asegurar el reconocimiento de nuestros usuarios a nivel nacional.
- Sobresalir en el cuidado especializado y de alta complejidad para brindar la mejor experiencia a nuestros usuarios.
- Brindar un modelo de atención integral seguro accesible y de alta calidad para la atención centrada en el paciente.
- Garantizar sostenibilidad financiera para el logro de los objetivos estratégicos. <sup>1</sup>

La Política de Seguridad del Paciente expedida en junio de 2008 por el Ministerio de Salud y Protección Social es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y la orientación es hacia la prestación de

servicios de salud más seguros,<sup>2</sup> lo que requiere que la información sobre seguridad del paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto.

La Unidad de Cuidados Intensivos C.C.G, tiene dentro de sus necesidades más sentidas.

- Fomentar la cultura del reporte y análisis de eventos adversos que se presenten en la institución identificando sus causas y factores contributivos de manera que se pueda incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención.
- Realizar seguimiento a las acciones de mejora generadas de los análisis de eventos adversos.
- Identificar las barreras de seguridad que permitan reforzar las acciones encaminadas a brindar un entorno más seguro en los procesos prioritarios de atención de pacientes.

Consecuentemente a las necesidades de mejora identificadas en la unidad de cuidado crítico (UCI), este proyecto pretende fortalecer la cultura de reporte de eventos adversos (EA) de manera oportuna, con el fin de implementar planes de mejora continua, que permitan brindar a cada uno de sus usuarios una atención segura, razón por la cual se plantea la elaboración del diseño de un sistema virtual de reporte de sucesos de seguridad del paciente que permita prevenir la ocurrencia de situaciones que pongan en riesgo a los usuarios y de ser posible eliminar la ocurrencia de EA.

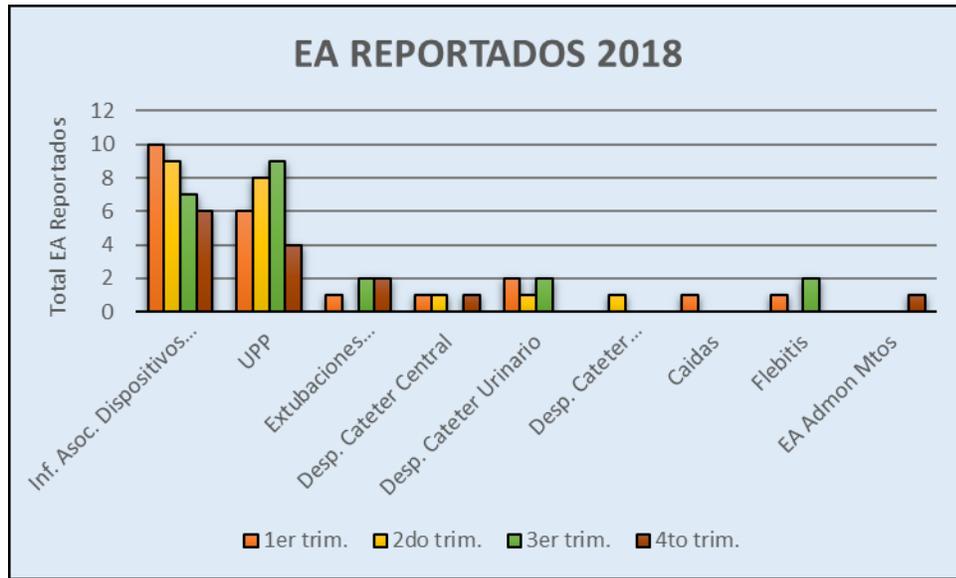
Han pasado 19 años desde la publicación de Errar es humano y aun así hoy por hoy se siguen presentando EA a nivel mundial y C.C.G, no es la excepción de ello, lo que demuestra irrefutablemente que continuamos prestando atención insegura

en salud a nuestros pacientes, nuestra razón de ser, es por ello que nos vemos en la necesidad de enfocar nuestro proyecto hacia la creación de un sistema de reporte virtual de EA ya que en la actualidad en C.C.G, se hace de manera escrita, lo que ha conllevado a generar expedientes que no contribuyen a dar un buen manejo de la información que permita servir en otros casos de fuente de retroalimentación para la organización.

Mediante el diseño del sistema virtual de reporte lo que se busca es acceder a la información de una manera más detallada y con mayor facilidad, que esté disponible en cualquier momento, que genere a los colaboradores confianza a la hora de realizar sus reportes, que logre eliminar la idea que el reporte es punitivo u obligatorio y pase a ser parte de la cultura inmersa de los colaboradores de la organización y de esta manera mejorar la atención en salud de los usuarios que serían los directamente beneficiados con una atención en salud segura.

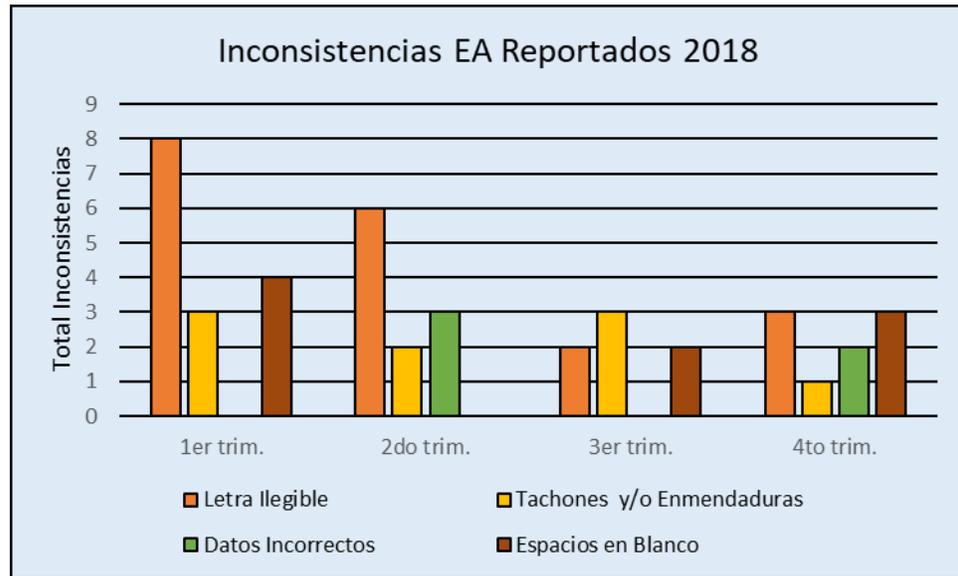
De acuerdo a un reporte elaborado por C.C.G, para el año 2018 en la unidad de cuidado intensivo se consolidaron:

- 32 eventos de infecciones asociadas a dispositivos invasivos
- 27 úlceras por presión- UPP.
- 5 extubaciones accidentales.
- 3 desplazamientos de catéter central
- 5 desplazamientos de catéteres Urinarios
- 1 desplazamiento de catéter subaracnoideo
- 1 caída
  
- 3 flebitis
- 1 evento adverso por administración de medicamentos.



**Tabla 1. Eventos Adversos reportados en la Unidad de Cuidados Intensivos C.C.G, el año 2018.**

Actualmente se evidencia que en las unidades críticas hay mayor riesgo de sufrir EA y el promedio mensual de atenciones en esta unidad es de 52 pacientes, existiendo un sub-registro considerable de atenciones inseguras, que no están siendo abordadas a través de los planes de mejoramiento;<sup>3</sup> Por lo anterior se puede observar en la tabla 1 que los colaboradores de la UCI no tienen la cultura del reporte, ya que ponderando los ingresos mensuales de la institución no son reportados sino el 10% de dichos sucesos.



**Tabla 2. Inconsistencias en Eventos Adversos reportados en la Unidad de Cuidados Intensivos C.C.G, para el año 2018.**

En la tabla 2 podemos evidenciar las inconsistencias que se encontraron en los reportes de EA en el año 2018 el cual es el 54% (42) de dichos reportes por la cual la letra ilegible es una de las inconsistencias que más prevalece en el diligenciamiento manual del reporte seguido de los tachones y/o enmendaduras y los espacios en blanco.

Todo esto debido a que los reportes son elaborados en forma manual, lo que conlleva a la no prescripción oportuna o al olvido del mismo.

#### 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece lineamientos y pautas de actuación para la construcción de políticas encaminadas a prevenir, identificar y minimizar los EA.<sup>4</sup> En congruencia con esta tendencia mundial surge para Latinoamérica el Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS) en el que Colombia, Costa Rica, Perú y Argentina se unen para conocer los EA ocurridos en sus hospitales, establecer su prevalencia y sus características y desarrollar metodologías propias comparables internacionalmente.<sup>5</sup>

Los EA, se pueden originar en cualquier ámbito; particularmente son más frecuentes en el área clínica. Sin embargo, existen reportes que muestran que entre los servicios con mayor riesgo está la unidad de cuidado intensivo, debido a la tecnología utilizada, el grado de intervención y la complejidad de los pacientes, el tipo de medicamentos empleados y la interacción simultánea de muchas personas con el paciente.<sup>5</sup>

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, extrapolarlo los datos de un promedio de 178 actividades por enfermo/día.<sup>5</sup>

El reporte de eventos adversos en la unidad de cuidado intensivo, hace parte de los mecanismos de control de calidad de la atención en salud, específicamente en la dimensión de seguridad de paciente. Con el fin de prevenir la ocurrencia de eventos adversos que redunden en morbilidad y mortalidad, el reporte de los incidentes es de importancia crítica en UCI. Los datos acerca de la incidencia de registro de eventos adversos son heterogéneos, especialmente por la influencia de la cultura de reporte. No hay datos reportados en Colombia, con respecto a incidencia de

reporte de eventos adversos en cuidado intensivo, a pesar del interés que ha despertado la reglamentación de los sistemas de calidad en salud en Colombia. <sup>6</sup>

En un estudio de 26 hospitales de atención aguda en los Estados Unidos, con sistemas de registro electrónicos, la tasa varió entre 9 y 95 reportes por 1000 días paciente. Un estudio australiano reporta tasas entre 4 y 6 reportes por 1000 días paciente. Probablemente existen factores que dan cuenta de la variabilidad reportada entre estudios, como la diferencia en las poblaciones de pacientes y la metodología del reporte. Sin embargo, los aspectos culturales que afectan al personal de salud son probablemente los que más pesan.<sup>6</sup>

En el sector salud la experiencia de los Sistemas de Reporte (SR) tiene un recorrido histórico menor que en las industrias y suelen citarse como países con mayor experiencia como Australia, Canadá, Estados Unidos de América y el Reino Unido. En Australia, en 1993, se implantó un sistema de notificación de incidentes conocido como Australian Incident Monitoring System. En 2001, el Reino Unido puso en marcha un sistema de notificación al que los centros podían sumarse de forma voluntaria subrayando su carácter de prevención de la ocurrencia de fallos. Casi de forma simultánea, Canadá acordó impulsar el Canadian Adverse Event Reporting and Learning System. <sup>7</sup>

Algunos autores como Bañeres y colaboradores han revisado los enfoques y las características de los SR tanto del sector sanitario como del no sanitario y llegaron a la conclusión de que los SR sirven fundamentalmente para aprender de la propia experiencia y para contribuir a la mejora del clima de seguridad en los centros sanitarios.<sup>7</sup>

Los SR no pretenden hacer una estimación de la frecuencia de los EA, sino que son formas de obtener una valiosa información sobre la cascada de acontecimientos que llevan a la producción de un EA. Deben ser sistemas no

punitivos y con el objetivo de la mejora continua. Se ha constatado que los SR suelen lograr mayor implicación de los profesionales cuando son voluntarios y anónimos<sup>8</sup>, aunque se requiere de mayor información y evidencias para confirmar si efectivamente contribuyen a la seguridad de los pacientes.<sup>9</sup>

De esa manera el correcto funcionamiento de los SR radica en analizar los procesos que permitieron que se presentara una atención insegura y no en averiguar quién contribuyó a que se produjeran las circunstancias que pusieron en riesgo la atención del paciente. Los SR nos dan la oportunidad de aprender de la experiencia de otros para aprender a prevenir los errores.<sup>10-11</sup> Sin embargo, como ya hemos señalado, el temor de los profesionales a notificar por posibles consecuencias punitivas influye en la calidad de los SR o en el aprovechamiento inadecuado de la información registrada.<sup>12</sup>

No obstante, se ha observado que estas herramientas poseen una gran utilidad en relación al fortalecimiento de la cultura, llevando a las unidades e instituciones a niveles de proactividad sorprendentes respecto de la detección de incidentes y el compromiso con el cambio y las mejoras implementadas.<sup>13</sup>

Por lo anterior, se utilizará iniciativas como el ICU Safety Reporting System (ICUSRS), que utiliza una base de datos web como sistema de registro e incluye notificaciones de diferentes hospitales, favorecen la cultura de la seguridad y del riesgo, imprescindible en la mejora de la calidad asistencial de los pacientes críticos.<sup>14</sup>

## 5. JUSTIFICACION

El presente proyecto se justifica desde dos aspectos:

En la parte tecnológica:

Los medios escritos y electrónicos que se encuentran en la Web, a lo largo de su consolidación y desarrollo han sido empleados por las instituciones públicas, privadas, organizaciones e individuos para comunicarse, ofrecer productos y servicios al mundo entero.

En el caso particular de las empresas, su propósito principal, tiene que ver con la oferta de sus bienes y servicios a través de Internet, y en general para hacer más accesible y eficiente sus funciones de mercadotecnia. Es evidente que existen diferentes clases de Sitios Web, los que a su vez pueden ser de diversos géneros, entre los cuales se vienen destacando los sitios de negocios, servicio, comercio electrónico en línea, imagen corporativa, entretenimiento y sitios informativos. Esta flexibilidad será cada vez más importante, dado que la tendencia a construir grandes aplicaciones a partir de componentes distribuidos más pequeños es cada día más acusada. Más allá de las exigencias del mercado estas empresas privadas deben ser competitivas en el ámbito funcional; para agilizar procesos y entregar reportes de forma eficaz e inmediata.

Desde el punto de vista social:

Los sitios Web en general, difunden información de una u otra clase, ofreciendo información útil y una buena comunicación con sus visitantes. Lo que pretende el diseño e implementación de un Sistema Virtual de Reporte, es mejorar la accesibilidad y comunicación dentro de la organización mejorando así, la atención en salud de los usuarios.

Es importante tener en cuenta que la complejidad y gravedad de los pacientes, las múltiples interacciones entre el paciente y los profesionales, la frecuencia de procedimientos diagnósticos y terapéuticos nuevos e invasivos, la utilización de muchos fármacos, la mayoría de ellos intravenosos, el estrés y la fatiga y la necesidad de una comunicación estrecha entre los diferentes profesionales hace, entre otros, que los pacientes en las UCI se encuentren en un ambiente de alto riesgo para que ocurran eventos adversos.

Dada la importancia y repercusión de los eventos adversos en los pacientes críticos, las UCI son un lugar adecuado para poner en marcha sistemas que permitan la detección y el registro, así como medidas encaminadas a prevenir o minimizar la aparición de errores que puedan ocasionar eventos adversos. A pesar de la dificultad evidente de evaluar el ejercicio de la Medicina Intensiva, sin duda, quienes mejor pueden hacerlo, son los profesionales directamente implicados,<sup>14</sup> es por ello la importancia de Implementar un sistema virtual que favorezca el reporte de eventos adversos e incidentes para la UCI C.C.G.

Un sistema virtual es más eficiente y rentable que el papel o los formularios escaneados, ya que se suprimirían los documentos perdidos, la letra ilegible, la doble entrada de datos (del papel a la base de datos) y algunas de las causas de los errores en la entrada de datos. Se eligió un sistema virtual, lo que podría ser accesible desde cualquier ordenador con acceso a Internet, ya sea en el lugar de trabajo, en casa o en la carretera, haciendo más fácil la recolección y procesamiento de los datos, el ahorro de tiempo, y lo mejor, que se pueda utilizar las 24 horas del día de manera ilimitada.

Es importante entrenar a todo el personal de la UCI, tanto el que está trabajando al momento de implementar Sistema Virtual de Reporte de Sucesos de Seguridad

del Paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos C.C.G, como el personal nuevo que ingrese a trabajar al servicio. Este entrenamiento debe incluir: una revisión de los principios de seguridad del paciente, una demostración interactiva sobre la forma de hacer los reportes, y hacer al menos un ejercicio para que la persona, a modo de aprendizaje, haga un reporte de seguridad.

La demostración interactiva le permite al equipo de trabajo aprender a través de la práctica y de esta forma conocer detalladamente los pasos necesarios para hacer un reporte. Esto incluye una revisión de la terminología básica del sistema de información y muestra la forma en que se despliegan y se utilizan los menús, con el fin de facilitar el diligenciamiento del reporte. Debe hacerse hincapié en el concepto de que identificar las fallas del sistema y del proceso de atención de los pacientes de la UCI, mejorará sus condiciones de seguridad en el servicio.

## **6. FINES Y PROPOSITOS**

### **6.1. Objetivo general:**

Implementar un sistema virtual que favorezca el reporte de eventos adversos e incidentes para la UCI C.C.G. en el II semestre del 2019

### **6.2. Objetivos específicos:**

- Diseñar un sistema virtual de reportes de EA e incidentes para la UCI C.C.G.
- Capacitar el personal de salud de la UCI en el uso de la página virtual.
- Medir la utilización de la herramienta implementada

### **6.3. Metas:**

- Sistema virtual de reportes de EA e incidentes para la UCI C.C.G, diseñado en el periodo 2019-2
- Capacitar el 100% del personal de salud de la UCI en el uso del sistema virtual.
- Medir el 100% la utilización de la herramienta implementada en los reportes de EA e incidentes para la UCI C.C.G, diseñado en el periodo 2019-2

#### 6.4. Indicadores:

- Porcentaje de personal capacitado de la UCI sobre el sistema virtual de EA e incidentes.

Total de personal de salud de la UCI capacitadas en la sistema virtual de EA e incidentes / Total de personal de salud de la UCI \* 100

- Porcentaje de la adherencia a la utilización del sistema virtual de reporte virtual de EA e incidentes de la UCI.

Total de EA e incidentes reportados con la utilización de la herramienta virtual / Total de EA e incidentes reportados en el 2018 \*100

## 7. MARCO DE REFERENCIA

### 7.1 Gestión de la información

Gestión de la información (GI) es la denominación convencional de un conjunto de procesos por los cuales se controla el ciclo de vida de la información, desde su obtención (por creación o captura), hasta su disposición final (su archivo o eliminación). Tales procesos también comprenden la extracción, combinación, depuración y distribución de la información a los interesados. El objetivo de la gestión de la información es garantizar la integridad, disponibilidad y confidencialidad de la información.<sup>15</sup>

En el contexto de las organizaciones, la gestión de la información se puede identificar como la disciplina que se encargaría de todo lo relacionado con la obtención de la información adecuada, en la forma correcta, para la persona indicada, al coste adecuado, en el momento oportuno, en el lugar apropiado y articulando todas estas operaciones para el desarrollo de una acción correcta. En este contexto, los objetivos principales de la Gestión de la Información son: maximizar el valor y los beneficios derivados del uso de la información, minimizar el coste de adquisición, procesamiento y uso de la información, determinar responsabilidades para el uso efectivo, eficiente y económico de la información y asegurar un suministro continuo de la información.<sup>15</sup>

La gestión de la información no tiene una diferenciación clara con la gestión documental o la archivística. La GI aparece a mediados de los años 1950, cuando los sistemas informáticos empezaron a ser comunes en todo tipo de organizaciones. De acuerdo a la definición que se haga de “documento” y “archivo”, pueden llegar a utilizarse indistintamente los conceptos.<sup>15</sup>

El uso del término es extendido cuando se quiere hacer énfasis en un modelo de gestión documental que, además de los elementos tradicionales, involucra tecnología de la información y la comunicación (TIC), en la organización,

almacenamiento, y recuperación de información. La información se usa para responder a las necesidades de una organización, ya sea para tomar decisiones, para los procesos o para los grupos de interés.<sup>15</sup>

Para apoyar las decisiones, basadas en la información que se extrae de las fuentes habilitadas, es necesario fomentar el desarrollo de la capacidad de análisis en las personas que definen las políticas, estrategias y mecanismos de seguimiento, evaluación y control. Además, para dicho proceso se debe contar con herramientas orientadas al seguimiento, análisis y a la presentación y publicación de información según sus ciclos de vida y de acuerdo con los diversos públicos o audiencias.<sup>16</sup> La gestión de la información debe tener en cuenta las siguientes premisas:

- Información desde la fuente única
- Información de calidad
- Información como bien público
- Información en tiempo real
- Información como servicio

La información disponible para apoyar la toma de una decisión debe cumplir con los siguientes criterios:

- Oportunidad
- Confiabilidad
- Completitud
- Pertinencia
- Utilidad

La estrategia de información se fundamenta en el ciclo de vida de la información, que desarrolla los siguientes procesos:

- Definición de información
- Recolección
- Validación
- Consolidación de información para el análisis
- Publicación de información

Como resultado de la gestión de información se obtienen mecanismos de usos y accesos disponibles, información de calidad, generación de valor a partir de la información, apoyo a la toma de decisiones e instrumentos de análisis de la información disponible para los usuarios especializados,<sup>16</sup> es todo lo que tiene que ver con obtener la información correcta, en la forma adecuada, para la persona indicada, al costo correcto, en el momento oportuno, en el lugar indicado para tomar la acción precisa, cuando se menciona gestión de información se hace referencia a la gestión que se desarrolla en un Sistema de Información (si se trata de que el sistema tenga como propósito obtener salidas informacionales) y se define como: el proceso mediante el cual se obtienen, despliega o utilizan recursos básicos (económicos, físicos, humanos, materiales) para manejar información dentro y para la sociedad a la que sirve. Tiene como elemento básico la gestión del ciclo de vida de este recurso y ocurre en cualquier organización. Es propia también de unidades especializadas que manejan este recurso en forma intensiva, llamadas unidades de información.<sup>17</sup>

Dentro de los objetivos de la gestión de información se tiene el de maximizar el valor y los beneficios derivados del uso de la información y minimizar el costo de adquisición, procesamiento y uso de la información, determinando responsabilidades para el uso efectivo, eficiente y económico de información asegurando un suministro continuo de la información.<sup>18</sup>

Como funciones principales de la gestión de información se tienen:

- Determinar las necesidades internas de información (relativas a las funciones, actividades y procesos administrativos de la organización) y satisfacerlas competitivamente.
- Determinar las necesidades de inteligencia externa de la organización y satisfacerlas competitivamente.
- Desarrollar la base informacional de la organización y garantizar su accesibilidad.
- Optimizar el flujo organizacional de la información y el nivel de las comunicaciones.
- Desarrollar la estructura informacional de la organización y garantizar su operatividad.
- Manejar eficientemente los recursos institucionales de información, mejorar las inversiones sucesivas en ellos, y optimizar su valor y su aprovechamiento organizacional.
- Garantizar la integridad y accesibilidad a la memoria corporativa.
- Evaluar periódicamente la calidad e impacto del soporte informacional para la gestión y el desarrollo de la organización.
- Optimizar el aprovechamiento de la base y la estructura informacionales de la organización para incrementar su productividad o el rendimiento de la inversión.
- Establecer, aplicar y supervisar los procedimientos relativos a la seguridad de la información organizacional.
- Entrenar a los miembros de la organización en el manejo o la utilización, de los Recursos informacionales de la organización.
- Contribuir a modernizar u optimizar las actividades organizacionales y los procesos administrativos, relacionados con ellas.

- Garantizar la calidad de los productos informacionales de la organización, y asegurar su dimensión efectiva.

Algunos autores conceptualizan los sistemas de gestión de información como un:

«Sistema integrado y automatizado para proveer la información que sostenga las funciones de operatividad, gestión y toma de decisiones en una organización.» y define la Gestión de Sistemas de Información como: «El conjunto de políticas y normas relacionadas entre sí que se establecen para el acceso y tratamiento de los recursos de información, incluye los registros administrativos y los archivos, el soporte tecnológico de los recursos y el público a que se destina. En su evolución el sistema puede manejar la función de inteligencia corporativa y generar productos de inteligencia.»<sup>19</sup>

Un Sistema de Gestión de Información permite la gestión de los recursos de información tanto internos como externos. Su finalidad es generar servicios y productos que respondan a las necesidades y sobrepasen las expectativas de los usuarios, posibilitando que el sistema trabaje eficientemente y económicamente a la vez, el Sistema de Gestión de Información aprovecha al máximo sus recursos de información en función de la mejora continua y de la toma de decisiones organizacional a todos los niveles jerárquicos desde la cúspide estratégica hasta la base operativa.<sup>20</sup>

## **7.2 Sistema de reporte**

Un reporte es un informe o una noticia. Este tipo de documento (que puede ser impreso, digital, audiovisual, etc.) pretende transmitir una información, aunque puede tener diversos objetivos. Existen reportes divulgativos, persuasivos y de otros tipos.<sup>21</sup>

El reporte, de esta forma, confiere una mayor utilidad a los datos. Los reportes tienen diversos niveles de complejidad, desde una lista o enumeración hasta gráficos mucho más desarrollados.

Según el programa informático y la base de datos en cuestión, los reportes permiten la creación de etiquetas y la elaboración de facturas, entre otras tareas.

De la misma forma, gracias a los reportes cualquier persona puede proceder a realizar un resumen de datos o a clasificar estos en grupos determinados. Por todo ello, se entiende que estos documentos sean tan importantes en cualquier empresa ya que gracias a ellos cuenta con sus propias bases de datos (de trabajadores, de clientes, de proveedores...), realiza recopilaciones de las ventas acometidas en un periodo determinado.<sup>21</sup>

El Sistema de Reporte de Seguridad en la Unidad de Cuidados Intensivos (SRSUCI) es un sistema de reporte voluntario para mejorar la seguridad del paciente en la UCI. El SRSUCI fue diseñado para ser no punitivo y confidencial, basado en el análisis de los responsables de la atención, ofrecer un análisis y una retroalimentación oportuna, además está orientado para sistemas de baja carga y sencillos, y es sostenible en el largo plazo; su fortaleza más importante es la confidencialidad.<sup>14</sup>

Ningún servicio de atención en salud está exento de riesgos, por tanto, nuestro deber es identificarlos oportunamente para ofrecer un servicio cada vez más seguro. Uno de los mecanismos que más éxito ha demostrado en la industria de la aviación, que también es de alto riesgo, es el reporte voluntario de los problemas que se observen por parte del mismo personal que participa en los procesos de atención. Gracias a los sistemas de reportes de seguridad es posible prevenir que

se presenten eventos adversos o incidentes similares, pues la razón de ser del reporte es hacer un mejoramiento continuo de los procesos, a través de la realización de acciones correctivas o preventivas. El éxito de este tipo de sistemas de información se fundamenta en la participación del recurso humano que atiende a los pacientes, ya que estos sistemas son voluntarios y no son punitivos, y su información es vital para tomar las decisiones correctas.<sup>14</sup>

### **7.2.1 Características**

- Mayor comunicación

Los problemas de comunicación son un mal para cualquier negocio, ya que cuando ésta falla o simplemente no funciona, los procesos de negocio se ven afectados y por ende resulta complicado alcanzar los objetivos empresariales. Contar con un sistema interno de reporte permite que todos los colaboradores tengan acceso a la misma información, fluyendo y llegando oportunamente a quienes la necesitan de manera automatizada.<sup>22</sup>

Por ejemplo, los responsables de organizar el inventario son capaces de mirar diaria, semanal o mensualmente informes que detallen la situación de su almacén y a partir de estos informes tener una visión mucho más centrada sobre lo que hacen y hacia dónde van.

- Incremento de la productividad

Sin importar la naturaleza de tu negocio, la productividad es indispensable para mantenerse al día en un entorno tan competitivo y lleno de cambios. Tener reportes y documentación suficiente permite a tu fuerza de trabajo detectar cambios y oportunidades de la industria y por supuesto, actuar o responder rápidamente e incluso anticipadamente a ellos.<sup>22</sup>

Cuando una empresa está atenta a los cambios del entorno y posee la capacidad para enfrentarlos, tiene el éxito asegurado. Contar con reportes y análisis sobre la empresa tiene como beneficio incrementar la productividad y desempeño de cada uno de tus colaboradores. Cuando los empleados cuentan con la información necesaria como, por ejemplo, estados financieros, control de los centros de costos o proyectos, son capaces de demostrar a la gerencia planes de negocio y estrategias que realmente atiendan a una necesidad del entorno y generen resultados positivos a nivel estratégico, operativo y financiero.

- Mayor competitividad

Tal como comentamos anteriormente, de nada sirve tener un repertorio de información en archivo, si no se aprovecha para bien de la empresa de manera puntual y oportuna. Cuando realizar reportes y análisis de la información recolectada se vuelve un hábito entre tus colaboradores, tu empresa adquiere la capacidad de responder a las necesidades de un mercado cada vez más global y competitivo.

Es por ello que muchas empresas recurren a sistemas y tecnologías para administrar el análisis y tener la capacidad de generar informes adaptados al negocio y a sus necesidades.

- Precisión en el área de finanzas

Administrar correctamente la información de tu empresa y contar con reportes y análisis al día te permite organizar con mayor exactitud el presupuesto y recursos financieros de tu empresa en crecimiento.

La información financiera de tu negocio es mucho más que números, su análisis es fundamental para obtener hallazgos relevantes y tomar decisiones claves en

esta área disminuyendo los errores, imprevistos o detectando fugas que, sin duda, podrían perjudicar la longevidad y éxito de la organización.<sup>22</sup>

### **7.3 Seguridad del paciente**

La Seguridad del Paciente se define, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la “reducción del riesgo de daños innecesarios de la atención sanitaria a un mínimo aceptable”. Los servicios de urgencias tratan a pacientes en ambientes desafiantes y dinámicos que pueden contribuir a un mayor riesgo de efectos adversos.<sup>23</sup>

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos Adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente; así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Como parte de la misma Política de Seguridad del Paciente, el Ministerio de la Protección Social por medio de la Unidad Sectorial de Normalización, desarrollo un documento que recoge las prácticas más relevantes desarrolladas en el ámbito de la Seguridad del Paciente, estamos hablando de la Guía Técnica “Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, cuya orientación es brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales.<sup>23</sup>

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta acerca de la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en

cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de esa actividad; y sirven de insumo para poder investigar cuales son las causas que los generan, cuales las disposiciones de las instituciones para que estos aparezcan, y una vez identificadas las causas y los condicionantes, nos permite identificar las barreras que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia de este evento adverso.<sup>2</sup>

Los principios transversales que orientan las acciones a implementar en la Política de Seguridad del Paciente de prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud. Además de coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.<sup>2</sup>

#### **7.4 Fundamentos De La Seguridad Asistencial**

Los fundamentos de la seguridad asistencial se asientan en dos líneas de pensamiento relacionadas:

La teoría del error de Reason: Asume que el ser humano es falible, por lo que, pese a los esfuerzos por evitarlos, los errores seguirán aconteciendo, por lo que es necesario que los procesos se rediseñen para hacerlos más resistentes a la producción de fallos menos proclives a las situaciones de riesgo y habilitar estrategias de detección e interceptación precoz de los errores.

La cultura de seguridad (CS): Cultura no punitiva en la que existe un compromiso de los individuos y organizaciones con la seguridad, por tanto, con la aplicación de las mejores prácticas y estándares, y que cuenta con un clima de seguridad abierto y de confianza mutua en la que los errores son una fuente de aprendizaje, en lugar de ser utilizados para culpabilizar.<sup>24</sup>

La seguridad del paciente, se ha convertido en un tema prioritario para los prestadores de salud en el mundo, pero ¿de qué hablamos, en relación a seguridad del paciente?

Según la OMS, seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria a un mínimo aceptable<sup>3</sup>, Vincent en cambio la define como el evitar, prevenir o amortiguar los resultados adversos o el daño derivado del proceso de la asistencia sanitaria.

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.

## **8. METODO O PLAN DE ACCION**

El presente proyecto se realizará en tres fases las cuales se describen a continuación:

### **8.1 Fase I:**

En consenso con tres expertos que hacen parte del grupo de seguridad del paciente y de calidad de la Unidad de Cuidados Intensivos C.C.G. se llegó en común acuerdo de realizar el diseño de un sistema virtual de reporte de sucesos de seguridad del paciente (página web) mediante el formato de reporte de eventos adversos utilizado actualmente de manera física en C.C.G.

### **8.2 Fase II:**

Capacitación a los colaboradores de C.C.G, sobre el manejo del sistema virtual de reporte de sucesos de seguridad del paciente.

Se capacitará al 100% de los colaboradores de C.C.G. y se resaltarán la importancia de la utilización del sistema virtual de reporte (página web) y la no consecuencia de la punibilidad del mismo.

### **8.3 Fase III:**

Medición de resultados del sistema virtual de reporte de sucesos de seguridad del paciente.

Se pretende medir la implementación de la herramienta por medio de la adherencia de la misma comparada con los eventos reportados en el año 2018 bajo la antigua modalidad utilizada, con el fin de que la referente de seguridad del paciente de C.C.G. realice los planes de mejoramiento continuo e identificación de eventos adversos e incidentes reportados de manera oportuna.

## **9. PRODUCTOS ESPERADOS (tangibles y no tangibles)**

### **9.1. Tangibles:**

- El principal producto esperado es el diseño de un sistema virtual de reportes de sucesos de seguridad del paciente (página web).

Para finales del año 2019 esperamos haber podido capacitar al 100% de los colaboradores de la UCI C.C.G. en el uso del sistema virtual de reportes de sucesos de seguridad y de esta manera impactar positivamente en la disminución de los riesgos relacionados en la atención en salud, aumentado el reporte de eventos adversos e incidentes en un 100% y de ser posible minimizar la ocurrencia de los eventos adversos.

### **9.2. Intangibles:**

- Mejorar la cultura de reporte e impactar positivamente en la disminución de los riesgos relacionados en la atención en salud

## 10. CRONOGRAMA

Actividad	Meses											
	1 <sup>er</sup> cuatrimestre				2 <sup>do</sup> cuatrimestre				3 <sup>er</sup> cuatrimestre			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>1. Fase I</b>	<b>N/A</b>	<b>N/A</b>	<b>N/A</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>N/A</b>
<b>2. Fase II</b>												
<b>3. Fase III</b>												

**Tabla 3. Cronograma de actividades planteado proyecto de gestión “Elaboración de un Sistema Virtual de Reporte de Sucesos de Seguridad del Paciente”**

## 11. PRESUPUESTO

<b>Rubro</b>	<b>Desembolso normal (\$)</b>	<b>Total (\$)</b>
1. Personal	\$ 1.200.000	\$ 1.200.000
2. Equipos propios	\$ 10.000.000	\$ 10.000.000
3. Materiales y reactivos	\$ 600.000	\$ 600.000
4. Salidas de campo	\$ 800.000	\$ 800.000
5. Refrigerios	\$ 200.000	\$ 200.000
6. Capacitaciones	\$ 400.000	\$ 400.000
7. Adquisición de un Sistema Virtual	\$ 2.000.000	\$ 2.000.000*
8. Imprevistos 10%	\$ 1.380.000	\$ 1.380.000
<b>Total</b>	<b>\$ 13.800.000</b>	<b>\$ 13.800.000</b>

**Tabla 4. Presupuesto planteado proyecto de gestión “Diseño de un Sistema Virtual e Reporte de Sucesos de Seguridad del Paciente”**

\*La organización proporcionará el talento humano para la construcción del sistema virtual, a través del área de sistemas.

## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rojas JD, programa seguridad del paciente; Bogota D.C: C.C.G. 2017:1(3):7-225
2. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá D.C.: Buenos y Creativos;2008
3. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Calidad, Sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos [Internet]. Disponible Bogotá D.C: El Ministerio;2014[citado 10 abr 2019]. en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-unidad-cuidados-intensivos.pdf>
4. Paez, U. La Gestión de Información. Departamento de Bibliotecología y Ciencia de la Información, Universidad de La Haban. Cuba 1990
5. Achury SD, Rodríguez SM, Díaz JC, Cavallo E, Zarate GR, Vargas TR, et al. Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo: Enfermería Global.2016;15(42):324-340.
6. Riveros E, Amado P, Zambrano P. Adverse event reporting in an intensive care unit at tunja, Colombia: Ciencias Medicas.2013;70(2):70-5.
7. Bañeres J, Cavero E, López L, Orrego C. Suñol R. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2006.
8. Vincent C. Incident reporting and patient safety. BMJ. 2007;334:51.
9. Snijders C, van Lingen RA, Molendijk A, Fetter WP. Incident and

- errors in neonatal intensive care: a review of the literature. 2007;92(5):F391
10. Leape 2002. Reporting of adverse effects. *N Engl J Med.* 2002;347:1633–8.
  11. Mahajan RP. Critical incident reporting and learning. *Br J Anaesthesia.* 2010;105:69-75.
  12. Aranaz JM por el Grupo de Estudio del Proyecto IDEA. Proyecto IDEA: Identificación de efectos adversos. *Rev Calidad Asistencial.* 2004;19 (Extraordin 1):14-18.
  13. Ordóñez Molina JE. Sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos, Colombia: Buenos y Creativos;2010.
  14. Cross, John; Earl, Michael J.; Sampler, Jeffrey L. *Transformation of the IT Function at British Petroleum. MIS Quarterly.* Inglaterra 1997 (4): 401-423.
  15. Henderson, John; Venkatraman, N. Strategic Alignment: Leveraging Information Technology for Transforming Organizations. *IBM Systems Journal* Cambridge, Massachusetts. 1990: 32: 4-16.
  16. Barroso, J. Propuesta de pautas para el diseño de un Sistema de Gestión de Información en la empresa ECIMETAL. Departamento de Bibliotecología y Ciencia de la Información, Universidad de La Habana. Cuba,2009
  17. Moreira,G., Introducción al estudio de la información y la documentación. Medellín: Editorial de Antioquía. 1998
  18. Ponjuán, G. Gestión de la información en las organizaciones: principios, conceptos y aplicaciones. Santiago de Chile. 1998
  19. Ponjuán,G. Aplicaciones de Gestión de información en las organizaciones. El profesional de la información y su dominio de las técnicas y herramientas de la Gestión. Departamento de Bibliotecología y Ciencia de la Información, Universidad de La

- Habana. Cuba. 2000
20. White. Intelligence management en: Cronin,B. Information management: from strategies to action. London 1985.
21. Woodman L. Information management in large organizations. En: Information management from strategies to action. London: ASLIB. 1985
22. World Health Organization, Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO; 2009 [actualizada el 12 ene 2009; citado 10 abr 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)
23. C. Vincent. Codman EA.: A Study in Hospital Efficiency. Boston: Privately printed, 1916.
24. Barr, D. Hazards of modern diagnosis and therapy—the price we pay. JAMA; 159:1455.

### 13. ANEXOS

#### INDICADORES

- Porcentaje de personal capacitado de la UCI sobre el sistema virtual de EA e incidentes.

#### FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

##### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Porcentaje de personal capacitado de la UCI sobre el sistema virtual de EA e incidentes
<b>Código</b>	No aplica
<b>Justificación</b>	Medir el porcentaje total del personal capacitado permite la adecuada utilización de la herramienta virtual del reporte
<b>Dominio</b>	Cumplimiento

##### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Total de personal de salud de la UCI capacitadas en la sistema virtual de EA e incidentes.
<b>Denominador</b>	Total de personal de salud de la UCI.
<b>Unidad de medición</b>	Porcentaje
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{\text{Total de personal de salud de la UCI capacitadas en la página virtual de EA e incidentes}}{\text{Total de personal de salud de la Uci}} * 100$

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	Evaluaciones de la capacitación	
<b>Fuente primaria</b>	Test de capacitación	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Trimestral	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	Líder de Programa seguridad del paciente	
<b>Vigilancia y control</b>	Gestión de Calidad	

**Tabla 5. Ficha técnica del indicador “Porcentaje de personal capacitado de la UCI sobre el sistema Virtual de EA e incidentes”**

- Porcentaje de la adherencia a la utilización del sistema de reporte virtual de EA e incidentes de la Uci.

## FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Porcentaje de la adherencia a la utilización del sistema de reporte virtual de EA e incidentes de la Uci.
<b>Código</b>	No aplica
<b>Justificación</b>	Medir la adherencia a la utilización de la herramienta de reporte virtual de EA e incidentes permite el adecuado despliegue de la seguridad del Paciente
<b>Dominio</b>	Cumplimiento

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Total de EA e incidentes reportados con la utilización de la herramienta virtual
<b>Denominador</b>	Total de EA e incidentes reportados en el 2018
<b>Unidad de medición</b>	Porcentaje
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{\text{Total de EA e incidentes reportados con la utilización de la herramienta virtual}}{\text{Total de EA e incidentes reportados en el 2018}} * 100$

**VARIABLES**

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	Base de datos- tabulación de eventos reportados en los meses seleccionados	
<b>Fuente primaria</b>	Eventos reportados	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Trimestral	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	Líder de Programa de seguridad del paciente	
<b>Vigilancia y control</b>	Gestión de Calidad	

**Tabla 6. Ficha técnica del indicador “Porcentaje de la adherencia a la utilización del sistema de reporte virtual de EA e incidentes de la UCI.”**