



GOBIERNO DE CORDOBA
MINISTERIO DE SALUD

CORDOBA, 15 DIC. 2008

VISTO: El Decreto Provincial N° 2305 del 10/12/07 por el cual se crea el cargo de Director de Jurisdicción Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba,

Y CONSIDERANDO

Que por primera vez el Gobierno de la Provincia y el Ministerio de Salud han considerado el manejo de la Seguridad del Paciente como una política de Estado, creando una Dirección para el desarrollo de estrategias y actividades que coordine, integre y mejore la calidad y seguridad de los pacientes en los hospitales públicos.

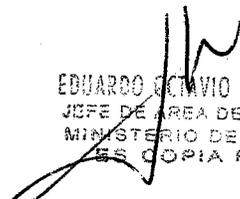
Que la Seguridad del Paciente, definida como la ausencia de eventos adversos en el sistema de salud, ha de ser un principio orientador fundamental de la atención sanitaria y un componente crítico de la gestión de calidad en cada establecimiento de salud.

Que en 1999 la publicación "Errar es humano" (To err is human: building a safer health system) del Instituto de Medicina de los Estados Unidos estimó que los errores médicos causan entre 44.000 y 98.000 defunciones cada año en sus hospitales, mas que los accidentes de automóvil, el cáncer de mama o el SIDA.

Que la Organización Mundial de la Salud ha evaluado que en los países en desarrollo y con economías en transición la situación es particular por el mal estado de las infraestructuras y del equipo, la irregularidad de los insumos y la calidad de los medicamentos, las deficiencias en la gestión de deshechos y en la lucha contra las infecciones, una actuación deficiente del personal por falta de motivación o insuficiencia de sus conocimientos técnicos, y la grave escasez de recursos para financiar los costos de funcionamiento esenciales de los servicios de salud hacen que la probabilidad de que se produzcan eventos adversos sea mucho mas alta que en las naciones industrializadas.

Que la Organización Mundial de la Salud ha lanzado en el año 2004 la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes con la colaboración de la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales de EEUU con el propósito de mejorar la calidad de la atención sanitaria y la seguridad de los pacientes como un desafío global.

0965


EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL



GOBIERNO DE CORDOBA
MINISTERIO DE SALUD

Que por todo lo expuesto se hace necesario contar en el ámbito de los hospitales públicos de la provincia de Córdoba con un Programa de Seguridad del Paciente y la creación simultanea de un Comité de Seguridad por establecimiento que permita llevar adelante un plan de actividades para la prevención y control de los eventos adversos generados por el propio sistema de salud.

Por ello, en uso de sus atribuciones

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE

- 1º) **CREASE** en el ámbito de los establecimientos asistenciales dependientes de esta Cartera Ministerial el **"COMITÉ DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES"** para minimizar los Eventos Adversos de cada hospital.
- 2º) **Las actividades del COMITÉ** serán las establecidas en el **"PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE"** el que como Anexo I, compuesto de OCHO (8) fojas, forma parte de la presente Resolución.
- 3º) **El COMITÉ** estará integrado por profesionales médicos y enfermeros de los departamentos de enfermería, clínica médica, clínica quirúrgica, emergentología y métodos de diagnóstico y tratamiento designados por Disposición Interna de la Dirección Hospitalaria, en la cual constará la designación de un Coordinador.
- 4º) **Los COMITES** dependerán de las distintas direcciones hospitalarias o de la Comisión Central de Calidad Hospitalarias cuando estuviere creada, bajo la coordinación del Director Jurisdiccional de Seguridad del Paciente.
- 5º) **El Ministerio de Salud** a través de la Secretaria de Programación podrá disponer la participación de agentes de planta permanente del equipo de salud, con idoneidad reconocida en el tema, para los procesos de capacitación, investigación y desarrollo del Programa de Seguridad del Paciente, disponiendo las respectivas comisiones, y bajo la supervisión del Director Jurisdiccional de Seguridad del Paciente.
- 6º) **PROTOCOLICесе**, comuníquese, notifíquese, publíquese en el Boletín Oficial y archívese

RESOLUCIÓN

Nº 0965

135 DIC. 2008

EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

Dr. OSCAR FELIX GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD



GOBIERNO DE CORDOBA
MINISTERIO DE SALUD

ANEXO I

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA PROVINCIA DE CORDOBA

ANTECEDENTES

El problema de los eventos adversos en la atención médica no es nuevo y desde siempre la medicina recuerda el principio primero y esencial del código hipocrático: "Primum non nocere" (primero no dañar).

Si bien, en los decenios de 1950 y 1960 hubo algunos estudios sobre eventos adversos, recién a principio de 1990 comenzó a disponerse de pruebas científicas en ese sentido, con la publicación del Harvard Medical Practice Study que concluye que el 4 % de los pacientes sufre algún tipo de daño en el hospital, el 70 % de esos eventos adversos provocan una incapacidad temporaria pero el 14 % de ellos son mortales.

En 1999 la publicación "Errar es humano" (To err is human: building a safer health system) del Instituto de Medicina de los Estados Unidos estimó que los errores médicos causan entre 44.000 y 98.000 defunciones cada año en sus hospitales, más que los accidentes de automóvil, el cáncer de mama o el SIDA.

El Departamento de Salud del Reino Unido, en su informe de 2000, "Una organización con una memoria", estimó que se producen eventos adversos en aproximadamente el 10 % de las hospitalizaciones, o alrededor de 850.000 eventos adversos al año.

En Australia, el Quality in Australian Health Care Study (QAHCS) publicado en 1995, encontró una tasa de eventos adversos del 16,6 % entre los internados.

El Grupo de Trabajo sobre Calidad de la Atención Hospitalaria de Hospitales para Europa en el año 2000 calculó que uno de cada diez pacientes de los hospitales europeos sufre daños que se pueden evitar y efectos adversos ocasionados por los cuidados recibidos.

La infección hospitalaria en España, que constituye un evento adverso frecuente, afecta al 7,28 % de los internados, con lo cual se

EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA

0965

Dr. OSCAR FELIX GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD



GOBIERNO DE CORDOBA
MINISTERIO DE SALUD

incrementa la estadía en al menos 6 días, gastos en antibióticos y costos en vidas humanas.

En los trabajos británicos se consigna que las estancias hospitalarias consecuencias de los eventos adversos originan por sí solas un gasto de 2.000 millones de libras al año, en tanto que el mismo gasto en Estados Unidos se estima entre 17.000 y 29.000 millones de dólares al año.

Por todo estos antecedentes la Organización Mundial de la Salud ha lanzado en el año 2004 la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes con la colaboración de la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales de EEUU (la Joint Commission International) y desde su pagina web www.jcipatientsafety.org en español plantea las primeras soluciones en 9 puntos: Medicamentos de aspectos o nombres parecidos; Identificación de pacientes; Comunicación durante el traspaso de pacientes; Realización de procedimientos correctos en el lugar del cuerpo correcto; Control de las soluciones concentradas de electrolitos (potasio); Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales; Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos; Usar una sola vez los dispositivos de inyecciones; y Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de la salud.

En los últimos años la Academia Nacional de Medicina a través de su Instituto de Investigaciones Epidemiológicas ha desarrollado el área de Seguridad del Paciente y Error en Medicina cuyas actividades se detallan en su pagina web: www.errorenmedicina.anm.edu.ar colaborando con el Ministerio de Salud de la Nación, quien en la reunión del 22 de noviembre de 2007 lanza los lineamientos generales para la seguridad del paciente y la calidad de la atención e informa los resultados del estudio IBEAS para América Latina con la participación de 6 hospitales de Argentina.

El 3 de septiembre de 2007 se crea en la provincia de Córdoba el primer Comité de Seguridad en la Atención de las Personas en el ámbito del Hospital de Niños, en cuyo seno se desarrollo un importante trabajo de campo sobre el tema: "Error en Medicina y Seguridad en la Atención del Paciente Pediátrico".

El 10 de septiembre de 2007 se realizo la Iª Jornada de Seguridad de los Pacientes y Error en Medicina organizado por el Hospital de Niños y la Academia Nacional de Medicina bajo el el auspicio del Ministerio de Salud de la pcia de Córdoba, con la participación del Ministro de Salud Dr Oscar Gonzalez , el Académico Dr Alberto Agrest y la epidemióloga Dra Zulma Ortiz.

Mas recientemente la OMS – OPS, han implementado nuevos Programas como Cirugías Seguras Salva Vidas, Atención Limpia Atención.

EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

0965

Dr. OSCAR FELIX GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD



GOBIERNO DE CORDOBA
MINISTERIO DE SALUD

Segura, Pacientes por la Seguridad de los Pacientes, Investigación por la Seguridad de los Pacientes, Eliminando Infecciones de la Sangre Asociadas a Líneas Centrales, Tecnologías por la Seguridad de los Pacientes y otros.

Durante el año 2008 el Ministerio de Salud de Córdoba incorporo al Programa VIHDA para Control de Infecciones Hospitalarias del Instituto Nacional de Epidemiología a 9 hospitales públicos de esta jurisdicción (H Córdoba, H San Roque, H Tránsito Cáceres de Allende, H.Misericordia, H.Neonatal, H.Maternidad Provincial, H.de Río Cuarto, H. de BellVile y H. de San Francisco) que sumados a 3 hospitales incorporados previamente (H. de Niños en 2004, H.Rawson en 2005 y H. de Villa Maria en 2006) totaliza 12 hospitales adheridos al Programa VIHDA (el 100 % de sus hospitales públicos en condiciones de ser incorporados), constituyendo la primer provincia en implementar una política de Estado en esta materia.

Del 23 al 27 de junio de 2008 se efectuó en Córdoba un Taller de Capacitación del Programa VIHDA bajo la conducción del Director del Instituto Nacional de Epidemiología Dr Guillermo Lossa.

El 30 de julio de 2008 se desarrollo el 1º Encuentro de Seguridad en la Atención de los Pacientes para Enfermería en el Hospital de Niños con la presencia de Jefas de Enfermería de los hospitales públicos de la ciudad de Córdoba y el apoyo de la Lic. Cristina Cometto de la Escuela de Enfermería

El 8 de agosto de 2008 se dictó la conferencia sobre "Iniciativas Mundiales en Calidad y Seguridad de los Pacientes" a cargo del Dr Jonas Gonseth García, Consultor Regional en Calidad y Seguridad del Paciente de la Organización Panamericana de la Salud en el Aula Magna del Hospital de Niños con la presencia del Ministro de Salud, Funcionarios, Directores, Comité de Infecciones Hospitalarias y Enfermeras referentes en Seguridad.

El 19 de septiembre de 2008 se efectuó el 2º Encuentro de Seguridad en la Atención de los Pacientes para Enfermería en el Aula Magna del Hospital de Niños.

Finalmente, en el marco de la Seguridad de los Pacientes se realizó en la ciudad de Mar del Plata las XI Jornadas Nacionales de Actualización de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias y I Taller Nacional del Programa VIHDA entre los días 1 y 3 de diciembre de 2008, que contó con la presencia de los Comites de Infecciones Hospitalarias de todo el país, destacándose la concurrencia de los participantes de Córdoba, cuya financiación estuvo a cargo de Nación y del Ministerio de Salud provincial. El Director del INE y presidente del encuentro Dr Guillermo Lossa señaló el ejemplo de Córdoba que en el año 2008 incorporó a 9 hospitales públicos al Programa VIHDA, instando a las demás provincias a seguir este camino.

EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

0965

Dr. OSCAR FELIX GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD



GOBIERNO DE CORDOBA
MINISTERIO DE SALUD

JUSTIFICACIÓN

- 1) Las intervenciones para la atención de la salud se realizan con el propósito de beneficiar a los pacientes, pero también pueden causar daño. La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituye el sistema moderno de prestación de la salud aporta beneficios importantes. Sin embargo, se asocian también con el riesgo inevitable de que ocurran eventos adversos y estos se presentan, efectivamente, con demasiada frecuencia.
- 2) Numerosas investigaciones científicas, en especial desde 1990 en los países desarrollados, han demostrado con suficiente evidencia la magnitud del problema de los eventos adversos en la atención sanitaria.
- 3) Se define como evento adverso a "la injuria o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente". En los estudios epidemiológicos publicados sobre el tema se clasifican como significativos solo aquellos que producen: -prolongación de la estadía durante la internación, -necesidad de reinternación, -secuela transitoria (menor de un año), -secuela definitiva o muerte.
- 4) Al respecto, la praxis medica ofrece una terminología variada, imprecisa y no uniforme, siendo recurrentes conceptos como los de "incidente", "iatrogenia", "error medico", "evento centinela", "complicación", "error de enfermería", "riesgo inherente al procedimiento", etc, muchos de los cuales hacen referencia a la misma cosa.
- 5) La mayoría de las pruebas disponibles sobre los eventos adversos proceden de los hospitales porque los riesgos asociados con la atención hospitalaria son altos y las estrategias de mejora están mejor documentadas.
- 6) Cada etapa del proceso de atención sanitaria presenta cierto grado de inseguridad intrínseca: los efectos secundarios de los medicamentos o de las combinaciones de medicamentos, el riesgo asociado a un determinado instrumento médico, la presencia de productos defectuosos o no acorde a las normas, los fallos humanos y las deficiencias (latentes) del sistema. En consecuencia, los eventos adversos pueden deberse a problemas de las prácticas, los productos, los procedimientos o los sistemas.

EDUARDO OTTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

EDUARDO OTTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

0965

Dr. OSCAR FELIX GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD



GOBIERNO DE CORDOBA
MINISTERIO DE SALUD

- 7) La seguridad del paciente es la ausencia de eventos adversos. Para lograr este objetivo se requieren un conjunto de acciones complementarias:
- a) Mas capacidad de aprender de los errores, que se adquiere mejorando los sistemas de notificación y realizando una investigación competente de los incidentes y un intercambio responsable de datos.
 - b) Mas capacidad para anticipar los errores y rastrear las debilidades del sistema que pueden dar lugar a un evento adverso.
 - c) Identificación de las fuentes de conocimiento existentes, dentro y fuera del sector salud.
 - d) Introducción de mejoras en el propio sistema de atención sanitaria, para que se reconfiguren las estructuras, aumenten las motivaciones y la calidad hospitalaria ocupe un lugar central en el sistema.
- 8) A pesar del creciente interés por la seguridad del paciente, todavía es general la falta de sensibilización cultural respecto del problema de los eventos adversos. La capacidad de notificar, analizar y aprender de la experiencia sigue gravemente reducida por falta de uniformidad en los métodos de identificación y medida, los planes de notificación son inadecuados, preocupa innecesariamente el manejo confidencial de los datos y los sistemas de información son precarios. Siguen siendo limitados la comprensión y el conocimiento de la epidemiología de los eventos adversos, de la frecuencia con que ocurren, de las causas, los determinantes y las repercusiones en la evolución de los pacientes y de los métodos efectivos para prevenirlos. Si bien hay ejemplos de iniciativas que han logrado reducir la incidencia de eventos adversos, como por ejemplo el Control de Infección Hospitalaria a través del Programa VIHDA, ninguno se ha amplificado hasta abarcar todo el sistema de salud.
- 9) Se ha propuesto la vigilancia epidemiológica de los eventos adversos como una herramienta metodológica que contribuye a su prevención y control. La vigilancia epidemiológica se define como "el conjunto de actividades que permite reunir la información indispensable para conocer en todo momento la conducta o historia natural de la enfermedad (o los problemas o eventos de salud), detectar o prever cualquier cambio que pueda ocurrir por cambio de factores condicionantes, con el fin de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, las medidas

EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

0965

Dr. OSCAR FELIX GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD



GOBIERNO DE CORDOBA
MINISTERIO DE SALUD

necesarias, que lleven a la prevención y el control de la enfermedad (o de los problemas o eventos de salud)". La vigilancia se aplicó inicialmente a enfermedades transmisibles pero, posteriormente, se aplicó a factores condicionantes y a cualquier evento que se produzca en una población general o en un subgrupo que se atienda en los servicios de salud.

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

MISIÓN

Contribuir a la reducción de los eventos adversos hospitalarios y al mejoramiento de la seguridad de los pacientes con acciones, que aunque no garanticen la ausencia de eventos, traten de minimizar su ocurrencia, dentro de costos sostenibles.

OBJETIVOS GENERALES

- A) Actualizar en forma permanente el conocimiento acerca del comportamiento de los eventos adversos que están sujetos a vigilancia
- B) Establecer el riesgo de la población con respecto a los eventos adversos vigilados
- C) Plantear las medidas de control necesarias y suficientes en cada nivel de resolución
- D) Evaluar el impacto de las medidas adoptadas para su prevención o control
- E) Determinar necesidades de investigación en áreas específicas.

ETAPAS Y ACTIVIDADES

EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

0965

Dr. OSCAR FELIX GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD



GOBIERNO DE CORDOBA
MINISTERIO DE SALUD

- 1) Definición de los eventos adversos a vigilar Según Incidencia, Severidad o Gravedad, Costos, Evitabilidad Ej: Infección Hospitalaria, Error en Medicamentos, Error sin daño potencialmente riesgoso, etc
- 2) Selección de los datos necesarios para cada evento adverso sujeto a vigilancia
Consignar las siguientes variables:
 - Tipo de evento (agrupados en categorías)
 - Si causo o no daño
 - Tipo de daño (físico, económico, ambos)
 - Si es o no producto de un error
 - Que factores influyeron en su producción (humanos, técnicos u organizacionales)
 - Etapa del proceso de atención del evento (diagnostico, tratamiento, seguimiento)
 - Tipo de paciente (ambulatorio, hospitalizado, de urgencia)
 - Medidas cualitativas de frecuencia (de muy frecuente a excepcional)
 - Clasificación en términos de impacto
 - Unidad o especialidad involucrada
 - Costo del evento
- 3) Fuentes de información que se utilizaran en el programa
 - Vigilancia pasiva o informe de casos (informe voluntario, confidencial y no punitivo)
 - Vigilancia activa o visitas en los servicios (Ej: Vigilancia de Infección Hospitalaria)
 - Vigilancia de eventos adversos específicos (en Rayos, Laboratorio, Enfermería, etc)
 - Auditoria de situaciones no esperables (prolongación día estada, reintervención, reingreso, muerte)
 - Reclamos del paciente (evento adverso asociado o no)
- 4) Periodicidad y mecanismos para la recolección de datos
Para Control inmediato o para un Programa de largo plazo
- 5) Investigaciones especiales complementarias, que contribuyan a resolver el problema en estudio
Que ocurrió
Como ocurrió
- 6) Análisis e interpretación de la información recolectada y definición de indicadores

EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

0965

DR. OSCAR FELIX GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD



GOBIERNO DE CORDOBA
MINISTERIO DE SALUD

Indicadores de resultado (Tasa de Eventos Adversos en la
Institución o en un Servicio)

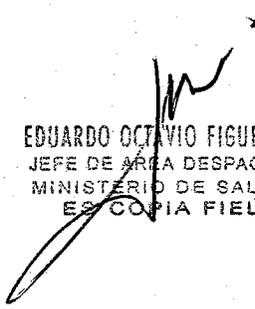
Indicadores de proceso (calidad del sistema de vigilancia)

- 7) Definición de las medidas de control necesarias (según
cambio logrado en relación al problema vigilado)


EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD


Dr. OSCAR FELIX GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD

0965


EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL