

Comité Integrado de Gestión de la Calidad y Seguridad Sanitaria.

Directrices de Organización y Funcionamiento.



**Ministerio de Salud
Argentina**

Contenidos:

1. INTRODUCCIÓN
2. FUNDAMENTACIÓN
3. DEFINICIÓN Y ALCANCES
4. OBJETIVOS
5. CONFORMACIÓN
6. MARCO DE FUNCIONAMIENTO
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
8. ANEXO I MODELO REGLAMENTO DEL COMITÉ INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD SANITARIA EN ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES
9. ANEXO II HERRAMIENTAS PARA LA PUESTA EN MARCHA DEL COMITÉ INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD SANITARIA
10. ANEXO III LINEAMIENTOS PARA LA AUTOEVALUACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO - PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN SALUD
11. ANEXO IV PLAN NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN.

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento tiene como antecedente a la Resolución MS N° 2041/2014, con el fin de dictar una Resolución completa y adaptada a las necesidades y requerimientos propios de la actualidad en la evolución de la atención en salud, este nuevo documento reemplaza en todo al documento aprobado a través de la Resolución MS N° 2041/2014 antes nombrada.

A través de este nuevo documento se incorporan expresiones de práctica para facilitar la conformación de los Comités, como estructura esencial para el desarrollo y la sostenibilidad de la calidad y seguridad en establecimientos de salud.

Se incluye el presente documento en las acciones planteadas en las líneas estratégicas del Plan Nacional de Calidad en Salud (Resolución MS N° 2546/21 y su articulación con la Resolución MS N° 1744/21) a fin de colaborar en el fortalecimiento de prácticas basadas en consensos claves a nivel nacional e internacional para que se repliquen en la práctica concreta que se lleva adelante en la implementación del referido Plan.

Asimismo, cabe destacar que el documento Comité Integrado de Gestión de la Calidad y Seguridad Sanitaria. Directrices de Organización y Funcionamiento, se inscribe dentro de los objetivos del “SISTEMA DE INTEGRACIÓN Y CALIDAD PARA ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD (SICEPS)” creado por Decreto N° 343/23, el que tiene como objetivo promover acciones tendientes a integrar el sistema de salud satisfaciendo las necesidades de la población a partir de los principios de equidad, solidaridad y sustentabilidad; fomentar una gestión efectiva, eficiente, humanizada para la calidad y seguridad de la atención en los establecimientos públicos de salud; mejorar los niveles de calidad de atención y acceso efectivo a la atención en salud por parte de la población; respetar las particularidades regionales y locales de la población y de los Establecimientos Públicos de Salud bajo una concepción federal; fortalecer los procesos que promueven la motivación y el compromiso de los y las integrantes del equipo de salud y alinear el efectivo acceso de la población a los efectores sanitarios públicos con incentivos de sustentabilidad de la atención; asimismo, establece que los establecimientos públicos que estén inscriptos en el “REGISTRO DE INSCRIPCIÓN Y MONITOREO DEL SISTEMA DE INTEGRACIÓN Y CALIDAD PARA ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD (RIMSICEPS)”, deberán constituir, desarrollar y sostener un área, dirección, departamento y/o comité de gestión de la calidad y seguridad de la atención o similar.

2. FUNDAMENTACIÓN

A los fines de fundamentar el presente documento, es preciso iniciar por los conceptos que constituyen las bases en calidad. Así considerar que la calidad asistencial es la medida en que la atención prestada es capaz de llevar al máximo el estado de bienestar del/la paciente, teniendo en cuenta los riesgos y beneficios que comporta el proceso asistencial (Donabedian, 1984), como también reflexionar en la triada estructura, proceso y resultado, que estableció Avedis Donabedian, recordando que:

- Estructura: conjunto de características del marco en que se prestan los servicios, entre los que están los recursos materiales (tales como instalaciones, equipo y dinero), recursos humanos (tales como el número y las calificaciones del personal) y la estructura institucional (como la organización del personal médico, modalidades de evaluación prestacional y pago).
- Proceso: aquello que se realiza para prestar y recibir servicios e incluye las acciones de las y los pacientes al buscar atención médica, tanto como las acciones del equipo de salud para presentar un diagnóstico y recomendar o instrumentar el tratamiento.
- Resultado: los efectos de la atención para el estado de salud de las personas y comunidades.

Este maestro de la calidad no sólo estableció los tres enfoques principales para la evaluación de la calidad en salud, sino que también avanzó en la definición que introduce un concepto central: el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios.

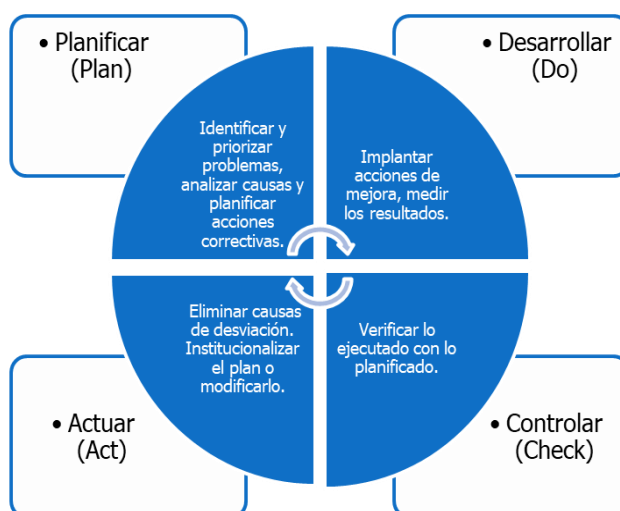
Es decir, que existen riesgos en la atención de la salud, que los mismos deben ser gestionados y que la calidad consiste también en la máxima reducción de éstos.

Sus investigaciones, en relación con brindar la importancia necesaria a la dimensión interpersonal del proceso de atención sanitaria, representan un cambio sustancial al equiparar la dimensión técnica con la dimensión ética y humana.

De allí que la calidad como modelo de gestión debe propiciar el desarrollo de una cultura organizacional basada en la mejora continua de los procesos con el propósito de obtener los mejores resultados posibles.

En ese marco el enfoque integral que se propone para el Comité implica el compromiso de todos los niveles de la organización hacia un desarrollo de cultura que promueva el modelo de excelencia basado en el ciclo de mejora continua o ciclo de Deming (figura 1). Este modelo para la gestión del cambio debe llevarse a cabo una y otra vez, de manera que cada vez que se desarrolle un ciclo se pueda ir mejorando la calidad de los procesos y la organización.

Figura 1. Ciclo de Deming.



Además, es de relevancia para el presente, recordar que años después de publicarse *ToErris Human: building a safer health system* (1999-2000), se comenzó a visibilizar el impacto negativo que la ausencia de mecanismos que garanticen la seguridad en la atención tenía sobre los resultados del proceso de cuidado de la salud. Esto es, *primum non nocere* o lo primero es no dañar a las personas a través de nuestra atención e implica que el sistema de salud se comprometa en su conjunto a reducir lo más posible los riesgos inherentes a la atención.

A cuyo efecto, según destacan estudios internacionales, los eventos adversos debidos a una atención poco segura serían una de las 10 causas principales de muerte y discapacidad en el mundo, resultando el 50% de ellos evitables.

En este sentido la cultura de la organización tiene un papel central. La cultura comprende el patrón general de conductas, creencias y valores compartidos por las personas integrantes de una organización. La mejora de calidad no es un concepto estático, sino más bien una propiedad dinámica que utiliza diferentes métodos para asegurar y desarrollar la calidad de la atención en salud, donde la cultura organizacional se convierte en una consideración crítica que requiere la gestión del cambio.

“La atención médica es, en cierta manera, como cualquier otro rubro; hay clientes, insumos, inventarios y productos, pero, sin embargo, la contribución de todo paciente es única y los productos pueden y deben ser diferentes, dependiendo de las necesidades y deseos de cada paciente. Los métodos para mejorar la atención y los servicios deben poder adaptarse a este propósito” (OPS, 2003).

Considerando que no hay un punto de llegada, la calidad es un camino, una forma de hacer las cosas, por ello el Comité integrado es el que orienta y gestiona la calidad, impulsa el tránsito por una senda en la que va sembrando cultura de calidad y seguridad de la atención, para que con la acción de cada uno de los establecimientos de salud el sistema de salud se comprometa en su conjunto a reducir lo más posible los riesgos inherentes a la atención.

De allí que del mismo modo que se incorporan condicionantes de perspectiva para la aplicación de una efectiva gestión de los riesgos sanitarios, también se destacan los cuidados humanizados, sin que resulten dicotómicos, sino complementarios.

Es preciso abordar el dilema de formar en competencias técnicas y destrezas, pero que ello no implique dejar de lado las competencias emocionales imprescindibles para fortalecer la relación de cuidado.

Los Comités aquí se exponen como un gestor del cambio de muchos paradigmas de la atención sanitaria, que requieren modificarse a través de un trabajo comprometido y consciente que lidere y sostenga la calidad como reflexión permanente de las personas y las organizaciones. La gestión de la calidad y seguridad de la atención sanitaria, es un aliado del desarrollo profesional y personal, que a través del fortalecimiento de los liderazgos moviliza a los establecimientos hacia la mejora.

En este marco se encuentran también los desafíos de participación de pacientes, familias y comunidades; incluyendo el rol del Comité para fortalecer la coproducción de los cuidados. La atención de los establecimientos de salud como parte de la atención sanitaria, cada vez es más compleja y sofisticada con el desarrollo e implementación de nuevas tecnologías, la especialización y la variabilidad de las prácticas conduce, en ausencia de la implementación de un modelo de gestión de la calidad y mejora continua, no solo a mayores riesgos para los/las usuarios/as de servicios de salud y del equipo sanitario, sino también al malgasto en salud y costos excesivos y evitables conocidos como costos de la no calidad.

En los países de la OCDE, se ha estimado que el 15% del total de la actividad y el gasto hospitalarios es un resultado directo de eventos adversos.

Por tal antecedente la creación ordenadora de los Comités Integrados de Calidad y Seguridad de la Atención Sanitaria considera fundamental la promoción de un liderazgo abierto y participativo entre los equipos de salud, estimulando el empoderamiento de actores clave o “campeones/as” de la calidad.

Por todo ello, la creación de un Comité Integrado de Gestión de la Calidad y Seguridad Sanitaria y su interrelación con los diferentes subcomités, constituye una condición necesaria que contribuirá a desarrollar acciones para la construcción colectiva, transdisciplinarias, del mejoramiento de la calidad institucional y seguridad sanitaria, poniendo el centro en las personas, familias y comunidades, como también en el equipo de salud.

3. DEFINICIÓN y ALCANCE

El Comité Integrado de Gestión de la Calidad y Seguridad Sanitaria, en adelante el Comité, es un grupo interdisciplinario de carácter consultivo y de gestión, cuya misión es abordar e impulsar la mejora de los servicios de salud que se brindan en los establecimientos o redes asistenciales en las que se implementan. Integra en la acción lo estratégico con lo operativo y la experiencia de las personas, para desarrollar la calidad y la seguridad sanitaria, la cual incluye en su concepción tanto a las personas usuarias de los servicios de salud (pacientes, familiares y comunidad) como a cada integrante del equipo de salud.

El Comité así definido y constituido es una de las herramientas estratégicas para desarrollar la misión y visión del establecimiento o red, que agrega valor, con centralidad en las personas, la salud de la población a su cargo y los equipos de salud que lo integran. Si bien el Comité se alimenta de los recursos de las estructuras existentes para su desempeño, es deseable que forme parte del organigrama del establecimiento con funciones ad hoc.

Puede actuar en establecimientos de salud con diversa tipología y complejidad, así como también en organizaciones socio sanitarias y redes integradas de servicios de salud, en el primer, segundo y tercer nivel de atención del sistema de salud, adaptando sus estructuras, pero bajo iguales paradigmas de desarrollo de la calidad y seguridad sanitaria.

Es recomendable que cada establecimiento cuente con un responsable para la gestión de calidad con dedicación exclusiva o tiempo protegido para el desarrollo de dichas tareas de gestión que confluyen con las iniciativas del comité integrado que se propone en este documento.

Se establecen en el presente documento:

- OBJETIVOS,
- CONFORMACIÓN
- MARCO DE FUNCIONAMIENTO

Se complementan estos elementos con los siguientes anexos que pretenden colaborar e impulsar en la conformación práctica de estos Comités integrados de Gestión de la Calidad y Seguridad Sanitaria:

- REGLAMENTO DEL COMITÉ INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD SANITARIA EN ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES
- HERRAMIENTAS PARA LA PUESTA EN MARCHA DEL COMITÉ INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD SANITARIA
- LINEAMIENTOS PARA LA AUTOEVALUACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO - PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN SALUD
- PLAN NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD - MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

El Objetivo General del Comité es promover la mejora continua instalando la cultura de la calidad y seguridad sanitaria, mediante la identificación de riesgos, gestión por procesos, desarrollo de programas, monitoreo, el liderazgo, la formación y concientización del equipo de salud, como también de las personas, familias y comunidades.

Los *OBJETIVOS ESPECÍFICOS* del comité se pueden definir de la siguiente manera:

- Ser un instrumento de diseño e implementación de las acciones que promuevan la cultura de la calidad y seguridad sanitaria.
- Implementar la gestión por procesos u otros modelos de gestión, formación permanente y la mejora continua.
- Desarrollar programas específicos de seguridad de la atención sanitaria (prevención de caídas, lesiones por presión, IACS, identificación del / de la paciente, medicamentos de alto riesgo, etc.)
- Detectar necesidades y organizar instancias de capacitación en calidad y seguridad sanitaria para las personas integrantes del equipo de salud, fomentando los espacios de reflexión, desarrollo de habilidades no técnicas, comunicación y contención emocional.
- Desarrollar una política de calidad institucional compartida por toda la organización a fin de elevar su aprobación a la máxima autoridad.
- Estimular la activa participación y empoderamiento de las personas, familias y comunidades en el cuidado de su salud, garantizando que sus conocimientos se utilicen como fuente fundamental de aprendizaje y mejora.
- Identificar de manera estructurada y metodológica las oportunidades de mejora.
- Consensuar y gestionar colaborativa y estratégicamente los planes de acción, la priorización de las acciones correctivas y preventivas.
- Implementar tableros de monitoreo y seguimiento.
- Desarrollar e implementar de manera consensuada, efectiva y monitoreada el plan de mejora continua para la organización.
- Desarrollar un programa de prevención, manejo y gestión de riesgos, seguimiento y evaluación de eventos adversos basado en un mecanismo efectivo de reporte de incidentes.
- Promover un liderazgo abierto y participativo entre los equipos de salud, estimulando el empoderamiento de actores clave o “campeones/as” de la calidad.
- Articular acciones de fortalecimiento de una cultura no punitiva que promuevan la transparencia y la cultura justa, promoviendo la atención humanizada.

5. CONFORMACIÓN DEL COMITÉ: ASPECTOS GENERALES

Según la organización en la cual se desarrolle, estará conformado por referentes, o líderes de procesos claves que hacen a la operatividad asistencial respectiva y que gestionan con un propósito común.

En su conformación debe contemplarse el "cuadro de reemplazo" de cada participante, a los efectos que cada proceso estratégico, específico o de apoyo siempre estén representados.

Bajo tal premisa la conformación de los miembros del Comité se organizará de la siguiente forma:

- 5.1 Dirección o Presidencia del comité
- 5.2 Coordinación y secretario/a de actas
- 5.3 Cuerpo de integrantes estables.
- 5.4 Personas participantes estables o adherentes.

5.1. La Dirección o Presidencia del Comité representará a las máximas autoridades o alta dirección del establecimiento, y deberá estar en comunicación permanente con ésta. También podrá ser ejercida directamente por las máximas autoridades de dirección del establecimiento.

La articulación del comité con las autoridades de la organización garantiza la continuidad de las políticas y acciones de calidad que lleva adelante el Comité, la correcta integración con los subcomités y la asignación de recursos para la ejecución de las diferentes etapas que componen el plan de mejora de la calidad y seguridad sanitaria, alineado con la planificación estratégica de la organización.

El personal directivo, como máxima autoridad del establecimiento de salud, debe expresar su compromiso y proveer el apoyo necesario para que las y los/las integrantes del equipo de salud en su conjunto, médicos/as, enfermeras/os, técnicas/os, administrativas/os, auxiliares, sean las y los protagonistas de la gestión de la calidad y seguridad sanitaria, centradas en las personas, familias y comunidades en la que está inserto el establecimiento.

5.2. Coordinación del Comité:

Perfil: Por tratarse de una figura central en la dinámica del Comité, es recomendable que dicho rol se encuentre representado por un/a profesional o técnico/a idóneo y con demostrada formación, experiencia y liderazgo en la organización.

Designación: Será designada/o por la máxima autoridad del Establecimiento o del Comité por un periodo establecido, mediante documento y/o acto formal que valide dicha designación.

En el caso de existir un Departamento/Dirección/Coordinación y/o Área de Calidad Institucional en la estructura hospitalaria, las funciones de coordinación del Comité serán llevadas adelante y/o supervisadas por dicha área.

Secretaría del Comité:

En caso de corresponder y acorde a la tipología y estructura del establecimiento se establecerá una secretaría, con similar perfil a la coordinación y se designará de igual modo; la cual apoya a la coordinación en sus tareas.

Funciones:

La coordinación tiene a su cargo el desarrollo y cumplimiento del reglamento del Comité (Anexo I. Modelo de Reglamento) como también la elaboración y articulación para el cumplimiento del plan de mejora de la calidad y seguridad sanitaria a partir de las oportunidades de mejora detectadas, conciliando las acciones entre los diferentes subcomités.

5.3. Cuerpo de Integrantes estables:

Son las jefaturas de departamento/servicios/áreas/unidad funcional o sus representantes correspondientes a los procesos claves del establecimiento. A su vez también los/las Integrantes del Departamento/Dirección/Coordinación y/o Área de Calidad Institucional si la misma estuviera conformada en la estructura del establecimiento.

Los/las integrantes naturales son los/las “dueños/as” o líderes de cada proceso (estratégicos, operativos, soporte y fundamentalmente los claves, según la tipología del establecimiento), por ello tienen a su cargo la detección de las oportunidades de mejora inherentes en el marco de la organización.

La definición de los / las integrantes deben ser acorde al perfil del establecimiento, no obstante, y dado el impacto de las infecciones asociadas al cuidado de la salud en establecimientos asistenciales en esta definición de Comité, resulta imprescindible la integración del Comité de control de infecciones si subsisten separadamente como subcomités y la activa participación de profesionales que abordan esta temática en particular. Similar temperamento si existe separadamente un subcomité de seguridad de pacientes o gestión de riesgos.

Para verificar propuestas de integración conforme tipología de establecimiento ver seguidamente **CONFORMACIÓN DEL COMITÉ: ESPECIFICIDADES DEL CUERPO DE INTEGRANTES SEGÚN TIPOLOGÍA.**

Actividades de las personas integrantes del Comité:

- Participar en las reuniones que celebre el comité.
- Recibir la información precisa con antelación suficiente para el conocimiento de los temas a tratar.
- Opinar y decidir con su voto cuando el tema así lo requiera.
- Disponer de los permisos necesarios para el ejercicio de sus funciones como persona que integra el Comité, con previa justificación y autorización del conducto regular superior pertinente.
- Realizar todos los actos que según el reglamento se encuentren dentro de su competencia.

5.4. Personas participantes adherentes: podrán participar en forma permanente o eventual:

A. Representantes de otros servicios de apoyo.

B. Otras áreas o personal convocado de acuerdo con el orden del día.

La participación de otros/otras representantes y responsables de servicios permitirá una mirada integral y acorde a las particularidades del establecimiento de salud. Se fomentará una participación abierta y propiciará recibir presentaciones o relatos de informes por los/las integrantes de los equipos.

C. Representantes de la comunidad /pacientes/residentes y/o familiares.

Para fortalecer los cuidados centrados en las personas, resulta importante contar con representantes de la comunidad /pacientes y/o familiares como miembros adherentes del Comité. En este sentido el involucramiento de las personas usuarias de servicios de salud y/o familiares para el tratamiento de cuestiones específicas fortalecerá el desarrollo e implementación adecuado de los objetivos del Comité y de la organización, empoderando a pacientes en el cuidado de su salud.

En todo momento se deberá garantizar el respeto por los valores, preferencias y necesidades expresadas por las personas, la escucha activa y empática, la coordinación e integración de la atención; procurando interpretar adecuadamente la demanda en estrategias y acciones que se incorporen de manera efectiva en el plan de mejoras.

Para la implementación, el modo y dispositivos de involucramiento o actuación podrá ser gradual, cocreado y adaptado por cada organización para lograr el objetivo de participación y proceso de mejora efectiva.

CONFORMACIÓN DEL COMITÉ - ESPECIFICIDADES DEL CUERPO DE INTEGRANTES SEGÚN TIPOLOGÍA

Se pueden establecer características distintivas en la conformación del Comité de acuerdo con la tipología del establecimiento, es decir, el tipo de asistencia sanitaria que brinda la institución y su especialidad.

Nota: las denominaciones que se mencionan seguidamente son las vigentes al momento para el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES), las que deberán asimilarse a la tipología pertinente en caso de cambio de denominación.

A. Establecimientos de salud con internación general (ESCIG), con internación especializada en pediatría (ESCIEP), con internación especializada en maternidad/materno infantil (ESCIEM), con internación especializada en salud mental (ESCIESM) y con internación especializada en otras especialidades (ESCIE).

En el supuesto de establecimientos de salud con internación, adecuándose siempre a su tipología y servicios se sugiere en general la integración como miembros estables por las siguientes áreas o servicios:

- Clínica médica
- Enfermería (de los diferentes servicios)

- Admisión y/o gestión de pacientes
- Gestión de calidad
- Administración
- Guardia o servicio de emergencias
- Diagnóstico por imágenes
- Laboratorio
- Cuidados críticos
- Cirugía
- Anestesia
- Farmacia
- Recursos humanos; incluyendo salud ocupacional,
- Seguridad e higiene
- Mantenimiento y/o ingeniería clínica
- Central de esterilización
- Equipo de control de infecciones y/o médica/o especialista en infectología
- Docencia
- Investigación

Esta propuesta está orientada al trabajo participativo y la construcción conjunta de los planes de mejora. Las reuniones con temas específicos podrán tener un número de participantes más acotado, pero la propuesta final deberá trabajarse con todos los miembros, porque debe recoger el impacto integral en la organización. La periodicidad de las reuniones será definida por el mismo comité en su plan de trabajo.

En razón de ello podrán realizarse reuniones al menos quincenales con integrantes fijos que defina cada institución para asegurar un trabajo ágil del Comité y luego al menos trimestrales con el plenario de integrantes.

Cuidados progresivos: En el marco de un modelo de gestión por cuidados progresivos en establecimientos con internación, la existencia del Comité resulta fundamental para garantizar la continuidad de la atención entre los distintos niveles de cuidado y la mejora continua.

El comité deberá organizarse con los/las representantes respectivos/as en torno a procesos o flujos de trabajo de las acciones claves del abordaje de los cuidados progresivos, a los fines de responder a las necesidades del perfil del establecimiento para promover la calidad y seguridad sanitaria conforme la continuidad de los cuidados.

- B. Establecimientos de salud sin internación de Diagnóstico (ESSID), de tratamiento (ESSIT), de diagnóstico y tratamiento (ESSIDT) y Establecimiento de salud complementario (ESCL).

En el caso de establecimientos de salud que brindan asistencia sanitaria de diagnóstico y tratamiento (centros de salud, incluye centros quirúrgicos ambulatorios, centros de atención primaria, centros de integración comunitaria); de diagnóstico (laboratorios, diagnóstico por imágenes) o tratamiento (centros de diálisis) donde la provisión de cuidados se brinda en régimen exclusivamente ambulatorio; se mantiene la conformación de una Presidencia o Dirección y una coordinación, acorde a su dimensión, complejidad y caracterización o tipología de establecimiento, y además participarán según los servicios que brinden, como integrantes estables si los hubiere:

- Clínica o abordaje de la especialidad médica
- Enfermería
- Gestión de pacientes
- Gestión de calidad
- Guardia o servicio de emergencias
- Diagnóstico por imágenes
- Laboratorio
- Admisión
- Administración
- Farmacia
- Recursos humanos, incluyendo salud ocupacional
- Seguridad e higiene
- Mantenimiento y/o ingeniería clínica
- Equipo de control de infecciones o especialista en infectología
- Docencia
- Investigación
- Cirugía
- Anestesia
- Esterilización

C. Establecimientos de salud de residencia para personas mayores

En el caso de organizaciones socio sanitarias, como ser hogares de residencia para personas mayores y residencias de larga estancia, dedicadas a la provisión de apoyos y cuidados de vida se mantiene la estructura de conformación de la presidencia del Comité y coordinación, realizando las adecuaciones necesarias de acuerdo con la tipología del establecimiento y su envergadura.

En relación con la conformación de los/las Integrantes estables estarán integrados por al menos un/a responsable de las siguientes áreas:

- Enfermería

- Coordinación del equipo interdisciplinario a cargo de cuidados residenciales o plan de vida individual de residentes, representados al menos por un/a profesional de la medicina y otro/a de las ciencias sociales.
- Alimentación
- Gestión de calidad
- Admisión y administración
- Representantes Técnicos/as y/o profesionales de actividades complementarias (por ej. Kinesiología y otras)
- Limpieza y mantenimiento.

Es fundamental que en la conformación del Comité se incorporen representantes con capacidad de acción o articulación con la mayor cantidad de actividades o disciplinas; así como también a residentes de la institución y/o familiares y representantes de la comunidad; ofreciendo así la posibilidad de coproducir los cuidados.

Por las características de la población usuaria de los servicios se prestará especial atención a la polimedicación y conciliación de medicamentos, por tanto, es recomendable contar con el asesoramiento de un/a farmacéutico/a.

6. MARCO DE FUNCIONAMIENTO

A los fines de la creación/impulso y correcto funcionamiento del Comité, es imperativo contar con el apoyo formal de las máximas autoridades de la organización, garantizando los aspectos estructurales necesarios.

El Comité deberá aprobar el reglamento de funcionamiento conforme la política de calidad institucional (ver Anexo I Modelo de Reglamento).

Los/las integrantes estables deberán formular, escribir y comunicar la visión, misión y valores del Comité acordes con las formuladas por el establecimiento de salud, adquiriendo características flexibles y dinámicas para representar la voluntad de un equipo de salud que se comprometa con la gestión por procesos u otros modelos de gestión y la mejora continua; como también con la idiosincrasia y cultura propias del establecimiento.

El Comité se abocará a desarrollar la cultura de la calidad y seguridad de la atención y que los riesgos identificados se gestionan a través de procesos adecuados y con enfoque en la humanización de la atención sanitaria.

Funciones del Comité: Se advierten 9 funciones principales ordenadoras.

1. CULTURA
2. ARTICULACIÓN
3. MONITOREO
4. PLAN DE MEJORA

5. COPRODUCCIÓN
6. GESTIÓN DE RIESGO
7. CAPACITACIÓN
8. EVALUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN
9. INFORMACIÓN

1. **CULTURA.** Resulta imprescindible que el Comité juntamente con las máximas autoridades del establecimiento promuevan la cultura de la calidad y gestión por procesos, fortalezcan la cultura justa y la humanización de la atención.

- Una vez consensuada, aprobada y comunicada la misión/visión/valores del Comité, se deberá construir de forma colectiva los objetivos estratégicos y analizar la situación para establecer una línea de base.
- La misión/visión, objetivos y funciones son construcciones dinámicas que deberían ser revisadas cada vez que se modifica la misión de la organización, exista un cambio de autoridades y/o en tanto el comité lo considere oportuno para responder a las necesidades de la organización.
- Documentar los procesos del establecimiento.
- Consensuar los indicadores claves, metas y objetivos de mejora.
- Fomentar el apego a los procedimientos y la completitud de los registros.
- Fortalecer el ambiente no punitivo de trabajo y la transparencia como motor de la mejora.
- Orientar la gestión de cuidados humanizados. Constituye fundamento esencial de la humanización de la atención en salud, el paradigma de los derechos humanos, la perspectiva de géneros, la bioética de los derechos humanos y la concepción de la interculturalidad.

2. **ARTICULACIÓN.** Coordinar los propósitos y acciones de todos los comités/subcomités para optimizar los recursos y lograr el impacto necesario en las personas usuarias de servicios y el equipo de salud.

El Comité deberá coordinar y articular transversalmente el trabajo en equipo con los distintos subcomités del establecimiento.

Adquiere particular interés la completa integración y coordinación del Subcomité/área/grupo de trabajo en control de infecciones. Otros subcomités relevantes de integrar en caso que los hubiera son, medicamentos, historia clínica, seguridad e higiene, bioética, entre otros a fin de alcanzar los objetivos planteados en cuanto a la gestión de la calidad y la seguridad, como también observar el cumplimiento de la normativa legal vigente a nivel local y jurisdiccional. Si el Comité de Seguridad de pacientes o gestión de riesgo funciona separadamente, se sugiere fortalecer su integración.

3. **MONITOREO.** Sistematizar la información organizacional existente sobre la calidad y seguridad de la atención, en un tablero de indicadores que respondan a las

características de la organización a fin de contribuir a la toma de decisiones, gestionar las oportunidades de mejora y monitorear la calidad y seguridad de los procesos.

- a) Elaborar participativamente los indicadores en estructura, proceso y resultado de la calidad institucional.
 - b) Revisar en conjunto con los diferentes servicios/áreas, sus planificaciones sobre calidad, acciones preventivas y correctivas, brindando el apoyo necesario cada vez que se requiera.
 - c) Establecer los planes de auditorías o evaluaciones internas de los ciclos de mejora de los procesos.
 - d) Realizar un monitoreo estructurado y permanente de las actividades y evaluación de las intervenciones.
4. **PLAN DE MEJORA.** Desarrollar en conjunto con el equipo de gestión el plan de mejora de la calidad y seguridad sanitaria tras realizar el diagnóstico situacional en la preparación de su plan operativo. Propiciar la inclusión, el compromiso y la participación del conjunto del personal en las diferentes propuestas de acciones de mejora.

Para ello deberá identificar claramente las oportunidades de mejora, posibles errores e implementar ciclos de mejora continua, para cuyo propósito se sugiere:

- a) Listar las oportunidades de mejora y/o eventos adversos identificados.
- b) Realizar un trabajo colaborativo para analizar y registrar cada una de las oportunidades de mejora, no conformidades, acciones correctivas y preventivas desarrolladas. Efectuando el análisis sobre el seguimiento de tales medidas con las unidades asistenciales y su evaluación.
- c) Priorizar las oportunidades de mejora. Detectar y jerarquizar los problemas.
- d) Diseñar y proponer las medidas correctivas y la cultura de prevención.
- e) Analizar la población afectada, la acción requerida y demás información esencial para identificar oportunidades de mejora.
- f) Analizar las causas de error y definir intervenciones en el marco de una cultura justa, y no punitiva en seguridad del paciente.
- g) Proponer y definir acciones de intervención y los recursos necesarios. Formular las recomendaciones.
- h) Fortalecer la comunicación efectiva.
- i) Ajustar la estrategia del Plan de Mejora con la Planificación Institucional, en actividades reguladas al corto, mediano y largo plazo, identificando los escenarios, procesos y productos relacionados.
- j) Actualizar en la institución los criterios y estándares del mejoramiento de la calidad.

5. **COPRODUCCIÓN.** Promover la participación de pacientes, su familia y la comunidad. Analizar la satisfacción de personas usuarias, pacientes y destinatarios/as de los servicios de salud e incluir los aprendizajes de su experiencia en el plan de mejoras de las organizaciones considerando su perspectiva, necesidades y expectativas. Incentivar la coproducción de la salud en el abordaje de la atención sanitaria y en las mejoras de la organización.
6. **GESTIÓN DEL RIESGO.** Articular en la implementación de sistemas de reportes de eventos adversos. Colaborar en su análisis con el equipo de gestión del riesgo, planes para evitar su ocurrencia, que fortalezcan la relación con pacientes, lineamientos de abordaje y canales de comunicación. Trabajar en la reparación del error. Recabar las experiencias de pacientes para nutrir los planes de evitabilidad y abordaje, promoviendo también su participación. Desarrollar el apoyo emocional y empático al equipo profesional, considerados segundas víctimas de un evento adverso, que incluye reafirmación de competencias, desconexión de las tareas (momento inmediato), apoyo en la revelación del evento a pacientes/familia y orientación legal. Abordajes de contención emocional y empática.
7. **CAPACITACIÓN.** Detectar las necesidades y oportunidades de formación junto con los distintos equipos y a la luz del plan de mejora. Generar y coordinar con los responsables de las áreas respectivas las distintas instancias de capacitación organizacional en materia de calidad, seguridad, competencias emocionales y humanización de la atención. Colaborar en la definición de perfiles de puesto y las inducciones a la organización y a los procesos respectivos.
8. **EVALUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN.** Seleccionar e implementar periódicamente herramientas de evaluación (autoevaluación, certificación y/o acreditación) que permita de forma sistemática y dinámica alinear los planes de mejora y priorizar las acciones en virtud de los recursos disponibles. (ver Anexo IV PLAN NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD - MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN)
9. **INFORMACIÓN.** Producir informes y comunicar las conclusiones de manera tal que los mismos sean de aprovechamiento institucional y proporcione tanto a los/las usuarios/as de servicios de salud como al equipo interdisciplinario, la seguridad y apoyo necesario que su participación y esfuerzos han sido debidamente considerados y valorados.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Organización Panamericana de la Salud (2003). GUÍAS E INSTRUMENTOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN. Santo Domingo, DN.
- Organización Mundial de la Salud, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial (2020). Prestación de servicios de salud de calidad: un imperativo global para la cobertura sanitaria universal. Prestación de servicios de salud de calidad
- Salud Madrid-HOSPITAL GUADARRAMA (2019). PLAN DE CALIDAD Hospital Guadarrama 2019 – 2021 [PLAN DE CALIDAD 2019 - 2021](#)
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Joseph, N. T. et al. (2018). Mortality due to low quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *The Lancet*, 392(10160), 2203-2212. Disponible en (Último acceso febrero 2022) <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673618316684>
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., et al. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet. Global health*, 6(11), e1196–e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3) Disponible en (Último acceso febrero 2022) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30196093/>
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS et al. (2001). *To Err is Human: building a safer health system*. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. Washington (DC): National Academies Press.
- Ministerio de Sanidad y Política Social de España, Organización Mundial de la Salud. (2010). Estudio IBEAS: Prevalencia de Efectos Adversos En Hospitales de Latinoamérica. Disponible en [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME GLOBAL IBEAS.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf). (último acceso octubre 2022).
- OMS, OCDE, Banco Mundial. (2020). Prestación de servicios de salud de calidad: imperativo global para la Cobertura Sanitaria Universal. Ginebra.
- Aarons, G.A. & Sawitzky, A.C. (2006). Organizational climate partially mediates the effect of culture on work attitudes and staff turnover in mental health services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(3):289-301.
- Pettigrew, A. (1985). *The Awakening Giant. Continuity and Change in ICI 1985*, Oxford: Basil Blackwell. *Organization Studies*, 7 (1), 90–92. Disponible en <https://doi.org/10.1177/017084068600700108>
- Castaño Convers, S. (2017). ¿Qué tan importante es la gestión de la cultura en el proceso de la calidad. *Revista Vía Salud*. Organización para la Excelencia en

Salud. Disponible en <https://oes.org.co/download/que-tan-importante-es-la-gestion-de-la-cultura-en-el-proceso-de-la-calidad>

- Donabedian, A. (1984). La calidad de la atención médica. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Institute of Medicine. 2001. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10027>

8. ANEXO I

MODELO REGLAMENTO DEL COMITÉ INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD SANITARIA EN ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES

Una vez conformado el Comité se procederá a redactar un reglamento consensuado y aprobado de manera unánime por los/las integrantes estables. Una vez aprobado, su cumplimiento será de carácter obligatorio.

Entre los aspectos de relevancia que debe contener el reglamento se encuentran los siguientes:

1. Visión/Misión/Valores
2. Alcance y Objetivos
3. Miembros integrantes estables y adherentes
4. Responsabilidades del Comité
5. Cronograma y Frecuencia de las reuniones
6. Quórum/Toma de decisiones
7. Documentación de registros
8. Derechos de los/las integrantes/miembros estables del Comité. Derechos de las personas usuarias de servicios de salud
10. Autoevaluación del funcionamiento del Comité.

Artículo 1. Visión, Misión y Valores

La formulación de la visión y misión del Comité en el marco de la misión del establecimiento de salud es una función específica de la persona a cargo de la coordinación del Comité. No obstante, todos los/las integrantes estables del mismo podrán realizar sus aportes y adecuaciones necesarias para lograr el consenso necesario para la aprobación de acuerdo al reglamento. Una vez superada esta instancia, la misma será difundida y comunicada a toda la organización por los canales previstos a tal fin.

Artículo 2. Alcance y Objetivos

El Comité dependerá de la máxima autoridad de la organización. El alcance de las acciones desarrolladas e implementadas por el Comité aplican a toda la organización en los aspectos relativos a la calidad y seguridad sanitaria. Su objetivo primordial será constituirse en una instancia de participación que de modo transversal y multidisciplinario promueva, gestione y desarrolle, los estándares de calidad institucional y seguridad sanitaria, poniendo en perspectiva el abordaje de una atención sanitaria humanizada, fundada en los derechos humanos, la perspectiva de géneros, la bioética de los derechos humanos y la concepción de la interculturalidad.

Artículo 3. Miembros integrantes estables y adherentes

El Comité se conforma por miembros estables y miembros adherentes. Entre los/las miembros estables se encuentran la Dirección o presidencia, la coordinación del Comité y el cuerpo de integrantes.

La presidencia de Comité es representante de las máximas autoridades del establecimiento de salud (completar con la información correspondiente al establecimiento de salud)

- Representante designado.
- Dirección del establecimiento de salud.
- Subdirección o dirección asociada.
- Dirección o subdirección administrativa/gerente administrativo.
- Dirección o subdirección o Jefatura de enfermería.
- Dirección o presidencia del Comité designada por las máximas autoridades del establecimiento.

La Coordinación del Comité se encuentra representada por (completar con la información correspondiente al establecimiento de salud) quien fuera designada/o por la máxima autoridad del establecimiento por un periodo establecido (completar con la información correspondiente al establecimiento de salud), mediante documento y/o acto N° (completar con la información correspondiente al establecimiento de salud); cuyas funciones serán:

- Elaborar y poner a votación el reglamento del Comité en su primera reunión.
- Coordinar y moderar todas las reuniones del Comité.
- Redactar y garantizar el cumplimiento del plan de mejora de la calidad y seguridad sanitaria.
- Solicitar la asistencia de expertos en determinadas materias para aquellas reuniones del Comité donde se requiera el asesoramiento de los mismos.
- Visar las actas de todas las reuniones.
- Representar al comité siempre que sea necesario.
- Realizar los acuerdos en los que se precisa su intervención.

El rol de Secretaria/o ha sido designado/a (completar con la información correspondiente al establecimiento de salud) por igual período que la coordinación, cuyas funciones serán:

- Ordenar la convocatoria de la reunión y establecer el orden del día.
- Preparar la documentación necesaria para cada una de las reuniones.
- Enviar la convocatoria de la reunión a cada uno de los/las miembros del Comité o invitados.
- Redactar las actas de las reuniones, comunicar y archivar/guardar la documentación.

La coordinación apoyada por la Secretaría en su caso, tienen a su cargo el desarrollo y cumplimiento del presente reglamento en su totalidad, redacción y cumplimiento del plan de mejora de la calidad y seguridad sanitaria a partir de las oportunidades de mejora detectadas y la articulación entre los diferentes subcomités.

El Cuerpo de Integrantes, está compuesto por las siguientes Jefaturas de departamento/servicios/áreas/unidad funcional o sus representantes (completar con la información correspondiente al establecimiento de salud), e integrantes del Departamento/Dirección/Coordinación y/o Área de Calidad Institucional (si la misma estuviera conformada en la estructura hospitalaria).

Se realizará un seguimiento de la asistencia de los/las integrantes estables para quienes se solicitará un 80% de presentismo anual, descontando uso de licencias. Se deberá establecer de antemano el cuadro de reemplazos para ausencias justificadas.

Integrantes o miembros adherentes o eventuales:

Entre los representantes de otros servicios de apoyo se encuentran (completar con la información correspondiente al establecimiento de salud). Asimismo, el Comité se reserva el derecho de convocar a otros/as miembros adherentes de acuerdo con el orden del día.

Esta institución, se basa, además, en el paradigma de la cultura de calidad y el enfoque de derechos y cuidados centrados en las personas, considera fundamental la participación de representantes de la comunidad /pacientes/residentes y/o familiares. Por dicho motivo se establecen los siguientes lineamientos que garantizan su participación (completar con la información correspondiente al establecimiento de salud).

Artículo 4. Responsabilidades del Comité

El comité deberá elevar a las autoridades del establecimiento un plan anual de trabajo que incorpore las acciones de mejora surgidas del diagnóstico situacional en fecha convenida. El mismo se construirá en base al trabajo interdisciplinario realizado en conjunto con los equipos dueños de procesos y por la implementación de autoevaluaciones, evaluación por pares, procesos de acreditación y certificación para establecer un diagnóstico situacional a modo de fundamento, líneas de trabajo acordadas para el periodo anual, indicadores, metas a corto y mediano plazo y las correspondientes acciones para su cumplimiento.

La máxima autoridad definirá el alcance articulado con el plan estratégico de la institución y se compromete a proveer los recursos necesarios para su implementación.

Se desarrollará la planificación anual por etapas de forma tal que coordine las acciones de asesoramiento, planeamiento, revisión, ajuste, recolección de la información, formulación de planes de mejora y asistencia para la detección y abordaje de los riesgos y costos de la no calidad. Dicho plan incluirá también la organización de la capacitación en calidad, seguridad y control de infecciones, competencias emocionales y cuidados humanizados para las diferentes áreas del establecimiento. En caso de haberse desarrollado líneas de trabajo que superen el periodo anual, se deberá aclarar en el plan de trabajo e informar el estado de avance anual en el cumplimiento de las metas.

La persona a cargo de la coordinación del Comité tendrá la responsabilidad de llevar a cabo las acciones necesarias para el cumplimiento del propósito y los objetivos de este, en relación con los aspectos organizativos de las sesiones, de comunicación y difusión de las acciones, registro y recopilación de información, elaboración de informes y elevación a la máxima autoridad.

Se debe identificar al personal administrativo que brindará apoyo al Comité (la cantidad de personal administrativo dependerá de las características y necesidades del comité). El equipo administrativo será responsable de circular la agenda, el programa y los documentos que se necesitan leer antes de las reuniones. Deberá confeccionar las minutas de las reuniones y circularlas mediante canal de comunicación formal (correo electrónico oficial, gestión documental electrónico o cualquier canal autorizado) entre los/as integrantes dentro de un plazo establecido luego de la reunión. Las minutas deberán a su vez ser aprobadas y firmadas (holográfica o digitalmente) conforme se establezca en el reglamento.

Se sugiere registrar sus actividades en un libro de actas con firma manual o digital por todos los asistentes y llevar un archivo ordenado con las decisiones e información de respaldo de estas. Pueden designarse miembros en cada reunión, para la firma por consenso. Siempre deben comunicarse a todas las personas integrantes.

Artículo 5. Cronograma y Frecuencia de reuniones

El Comité deberá sesionar de manera ordinaria como mínimo una vez por mes. Idealmente de manera quincenal o cada vez que exista alguna situación que lo amerite. Las reuniones se realizarán conforme agenda previamente comunicada, para implementar las acciones relativas al Comité, principalmente para articular estrategias que promuevan la cultura de la calidad y seguridad sanitaria que sean documentadas durante el proceso de construcción colectiva del plan de mejora de la calidad y seguridad sanitaria, como también para fortalecer la humanización de la atención en dicho marco. Asimismo, y en este contexto, en las reuniones se implementará un monitoreo de los resultados, detección de desviaciones y ajustes necesarios al plan base una vez que éste se encuentre en ejecución.

Las reuniones de carácter extraordinario podrán promoverse cuando el/la coordinador/ra o la tercera parte de los/las miembros del comité lo consideren necesario. Cuando el/la coordinador/ra reciba solicitud para la celebración de una reunión extraordinaria, determinará su celebración en un plazo máximo de diez días hábiles, a partir de la fecha de recepción de la misma.

Artículo 6. Quórum y Toma de decisiones

Para deliberar, el Comité requerirá un quórum de la mitad más uno de sus miembros. Transcurrida media hora de la apertura de la sesión, la reunión se celebrará con los miembros presentes.

Para deliberar y decidir sobre la reforma del reglamento deberá contar con un quórum obligatorio de la mitad más uno de los miembros titulares. El quórum se calculará sobre los miembros que no se encuentren bajo uso de licencias.

Se dejará constancia en el Acta de los fundamentos de las decisiones tomadas y una vez diseñados los documentos se solicitará revisión de cada uno de los miembros quienes deberán refrendar e inicialar cada paso. Las recomendaciones a las cuales se arribe se emitirán por escrito, debiendo justificar la medida y citar la bibliografía de apoyo utilizada. Las decisiones emergentes de las sesiones extraordinarias serán ratificadas en la próxima reunión plenaria.

Los acuerdos de las reuniones del Comité serán aprobados por la mayoría simple, en caso de igualdad de votos a favor y en contra, decidirá la presidencia o coordinación en funciones.

Siempre que el Comité lo considere oportuno, se informará sobre los acuerdos obtenidos a la totalidad del recurso humano de la institución.

Artículo 7. Documentación de registro

El registro de las actividades del Comité se verá reflejada en los siguientes documentos:

- Actas de las reuniones.

Cada una de las reuniones llevadas a cabo por el Comité de acuerdo al cronograma estipulado será documentada mediante Acta correspondiente

conteniendo en la misma fecha y hora de comienzo/cierre, la nómina de integrantes estables y adherentes convocados y asistentes, el orden del día, los aportes realizados por cada integrante, las decisiones tomadas y acciones que de las mismas se desprendan.

El Acta de cada reunión podrá ser documentada en formato papel (libro de Actas) o electrónico conteniendo la firma holográfica y/o digital de cada integrante asistente para expresar su conformidad.

Se le adjuntará el orden del día de esa reunión y se aclarará cada vez que se tocan temas que no estuvieran contemplados en dicho orden del día.

- Informes realizados por el Comité.

Se espera que el Comité o los Subcomités que lo integran produzcan Informes periódicos sobre temas específicos que representan desafíos adaptativos para la organización. Los mismos serán elevados inicialmente a la máxima autoridad y/o equipo de gestión para una toma de decisión fundamentada.

- Normas dictadas por el Comité

El Comité y sus autoridades en tanto conforman un grupo de trabajo avalado por la máxima autoridad y una herramienta de gestión que integra aspectos estratégicos y operativos tendrá la potestad de generar por consenso normativas de cumplimiento obligatorio para la organización, conforme lo determine dicha autoridad máxima. Comunicaciones mantenidas con los órganos de la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria; Dirección de Calidad Provincial o equivalentes, Sociedades Científicas, Universidades, Organizaciones de la Sociedad Civil, Entidades de Evaluación Externa de la Calidad y el motivo de contacto serán registradas y comunicadas en la siguiente Acta de reunión ordinaria.

Artículo 8. Derechos de los/las integrantes/miembros estables del Comité

- La participación de los/las miembros del Comité es voluntaria.
- Todo integrante del equipo de salud en su sentido más amplio tiene derecho a participar activa y plenamente del mismo, siempre que cuenten con la capacitación necesaria y/o acepten capacitarse.
- Los/las miembros podrán renunciar al Comité sin consecuencia alguna que afecte su vínculo laboral con la institución.
- Las renuncias, goce de licencia anual ordinaria o licencia por otras causas, deberán ser informadas a la coordinación del comité con la debida antelación, para asegurar los cuadros de reemplazos.

Artículo 9. Derechos de las personas usuarias de servicios de salud.¹²

Las personas usuarias de servicios de salud tienen derecho a satisfacer su necesidad de salud con equidad, calidad y en ambiente de seguridad sanitaria. Asimismo, tienen derecho a ser escuchados/as y valorados/as, pudiendo participar de manera consciente y activa cuando su estado de salud lo permita en todo aquellos que concierne a su salud o bien, en el caso que esto no resultara posible, por medio de su familia/vínculos afectivos/representante legal.

Tienen derecho a estar informados/as sobre la existencia del comité de calidad y sobre los medios previstos para hacer efectiva la interacción de los/as usuarios/as con el comité.

Artículo 10. Autoevaluación del Comité.

Es necesario desarrollar un sistema de evaluación interna del Comité que deberá considerar como mínimo el presentismo de las/os miembros estables a las reuniones acordadas con antelación, cumplimiento de los objetivos establecidos, estado de avance de los informes y recomendaciones (con especial atención a los indicadores de reducción del daño).

Se sugiere para la revisión de los procesos internos del grupo que forma el comité responder consensuadamente:

- Estado de situación. Que fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas se identifiquen. Fuerzas a favor y fuerzas en contra del crecimiento de la gestión de calidad.
- Aplicar herramientas para la valoración del desempeño del Comité y sus principales logros: Adherencia a las reuniones. Analizar los reportes e informes presentados, acciones implementadas, capacitaciones brindadas. Estado de avance del plan de mejoras presentado.
- Analizar el impacto de las acciones del Comité para la mejora de la calidad y seguridad sanitaria, su transversalidad en todas las áreas, la performance conforme el tablero de indicadores y el cumplimiento de metas establecidas.
- Identificación de personas facilitadoras o campeones/as de la calidad y seguridad sanitaria.

Este Reglamento podrá ser modificado en todo o en parte, por iniciativa de la mitad más uno de los/las miembros del Comité, teniéndose en cuenta que cualquier modificación no podrá estar en contravención con lo establecido por la ley y reglamentado por las estructuras mencionadas en el Artículo 1 del presente documento. Toda modificación del reglamento deberá ser aprobada por unanimidad.

9. ANEXO II

¹Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud

²Manual sobre los Derechos de los/as Pacientes para el Equipo de Salud

HERRAMIENTAS PARA LA PUESTA EN MARCHA DEL COMITÉ INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD SANITARIA

Al momento de poner en marcha un Comité se deberá tener en cuenta la necesidad expresa del compromiso tanto de la máxima autoridad de la organización como de sus líderes de equipo o proyecto. Si aún no existiera, no debe dudarse en estimularlo antes de formalizar la creación del Comité, puesto que constituye el sustrato necesario para generar cimientos sólidos.

En este proceso, posiblemente surjan “nuevos liderazgos” que no necesariamente son tradicionales o preexistentes o dependen de una disciplina en particular; identificar, capacitar e incorporar a estas personas al proyecto podría resultar clave para llegar a todo el equipo de salud y no solo a los mandos intermedios.

Construir cultura organizacional no es un objetivo a corto plazo, requiere tiempo, esfuerzo y centrarse en las personas para el logro de los objetivos.

Resulta clave evitar la instalación y/o propagación de una cultura punitiva o de señalamiento del error. Existe amplia bibliografía que sostiene la necesidad de crear ámbitos de seguridad psicológica para el desarrollo de una cultura de seguridad. Erradicar el miedo, apoyarse en un equipo interdisciplinario, asegurar la comunicación efectiva y comprender que el objetivo es mejorar la experiencia de la persona usuaria de servicios de salud y su familia como causa irrenunciable y unificadora.

Los primeros pasos en la puesta en marcha de un Comité requieren

- A. Obtener el apoyo explícito de la máxima autoridad y solicitar la designación de la dirección o una persona con rol de coordinación mediante acto que lo valide.
- B. Conformar un equipo interdisciplinario lo más heterogéneo posible y representativo de los procesos claves del establecimiento. Su incorporación podrá ser gradual promoviendo desde un inicio la interdisciplina que asegure el rol médico de clínica, guardia, cuidados críticos y cirugía, enfermería, administración, gestión de pacientes o admisión y procesos soportes, para sumar todos los perfiles requeridos en atención a la complejidad y dimensión del establecimiento.
- C. Identificar los/las líderes de procesos y del cambio.
- D. Relevar el nivel de conocimiento sobre el tema y gestionar las capacitaciones y sensibilizaciones en calidad y seguridad necesarias.
- E. Redactar un borrador del reglamento del Comité conforme la Política de Calidad de la organización. Tener bien claro qué razones motivan las acciones del Comité.

Cada organización es muy diferente a otra, por lo tanto, no existe una receta única para el éxito del proyecto, no obstante, frente a un desafío adaptativo como son el cambio de conductas para la mejora, la clave se encuentra en integrar a las personas, invirtiendo tiempo y esfuerzo en una comunicación efectiva y colaborativa.

Conocer y escuchar a las personas involucradas en los equipos interdisciplinarios, valorar su experiencia, las oportunidades de desarrollo, destacar sus valores y brindarles confianza permitirá a los líderes de proyectos de mejora acercarse a los mejores resultados posibles. No se debe perder de vista que el recurso más importante de toda organización, es el talento humano y ningún cambio sustancial puede llevarse adelante sin las personas involucradas.

Una vez cumplidos los primeros pasos, se recomienda:

1. Comunicar a la organización las acciones básicas que se llevarán adelante en la dinámica del Comité. Comunicar claramente que es misión del Comité fortalecer el ambiente no punitivo de trabajo y la transparencia como motor de la mejora; la mirada de empatía y desarrollo personal y profesional que la calidad brinda.
2. Iniciar las reuniones de Comité en un período acotado de tiempo, en horario que facilite la presencia, con agenda precisa y cumplimiento de horarios. Se sugiere reuniones quincenales de no más de 45 minutos o una hora.
3. En base a los acuerdos obtenidos comenzar el proceso de documentar en conjunto con las áreas, los procedimientos que llevan a cabo en el establecimiento y consensuar los indicadores claves, las metas que se proponen, todo bajo una perspectiva de gradualidad realista y metodología de trabajo pautada y constante.
4. Definir y alentar a diagramar objetivos de mejora vinculados a cada proceso.
5. Seguir un cronograma pre acordado de cuales van a ser las primeras acciones a llevar adelante con los/las principales colaboradores/as que apoyen la creación del comité.
6. Será primordial cocrear la misión/visión, objetivos y funciones del Comité, acordes a la misión de la organización.
7. Comunicar los avances, evidenciar las mejoras y principales resultados.

A su vez se sugiere desde el inicio coordinar los propósitos y acciones de todos los comités/subcomités para optimizar los recursos y lograr el impacto necesario en las personas usuarias de servicios y el equipo de salud; recordando que el Comité deberá coordinar y articular transversalmente el trabajo en equipo con los distintos subcomités del establecimiento y adquiere particular interés la completa integración y coordinación del Subcomité/área/grupo de trabajo en control de infecciones.

El apoyo de la dirección y la participación y cogestión son indispensables para la sostenibilidad de la actuación del Comité y para que sus acciones agreguen valor al establecimiento, las personas que trabajan y la salud de la población a cargo.

LINEAMIENTOS PARA EL DESARROLLO DE LA EVALUACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN SALUD.

Una vez cumplidas con las acciones del Comité, lo que sigue es llevar a cabo un proceso de autoevaluación institucional y desarrollar el plan de mejoras.

Se recomienda la aplicación de la Herramienta para la autoevaluación de buenas prácticas para la mejora de la calidad en los servicios de salud (Ministerio de Salud - Resolución 1744/2021 o la que un futuro la reemplace) como plataforma inicial para establecer una línea de base, previo a la aplicación de programas de certificación y/o acreditación externa.

La autoevaluación como herramienta resulta una oportunidad para adquirir conocimientos sobre el propio establecimiento, de las personas que allí trabajan y las que demandan atención, dando lugar a la reflexión y análisis sobre la institucionalización de las buenas prácticas. A su vez, permite identificar y poner en valor las capacidades y recursos del propio establecimiento en el proceso de mejora continua y armonización de parámetros de calidad. Por último, genera la participación y el compromiso de los/las integrantes de los equipos en la identificación de aspectos posibles de mejora, y en la construcción de estrategias para su desarrollo.

Antes de comenzar, la máxima autoridad del establecimiento, junto con la Dirección y coordinación del Comité debe comunicar y consensuar las actividades a realizar para llevar a cabo el proceso de evaluación institucional. Esta etapa también busca la sensibilización de los mandos intermedios de la organización por parte de la dirección.

Se deberá presentar la herramienta y los propósitos del proceso de evaluación, en donde resultan objetivos específicos los siguientes:

- Sentar las bases para la construcción de un sistema de evaluación, que permita armonizar parámetros de calidad para un futuro proceso de acreditación.
- Identificar las oportunidades de mejora.
- Incentivar y promover el compromiso con la cultura de seguridad y mejora continua.
- Incorporar la experiencia del usuario como dimensión de calidad.
- Consolidar un proceso de evaluación sistemática de los establecimientos de salud con enfoque de calidad.
- Transformar esta herramienta de autoevaluación en una actividad sistematizada que permita la revisión periódica del cumplimiento de las buenas prácticas.
- Acompañar y asistir técnicamente el desarrollo de programas de mejora de la calidad a partir del proceso de autoevaluación, promoviendo acciones preventivas y correctivas, oportunidades de mejora, y el seguimiento y evaluación de los resultados.

Es preciso identificar una persona líder y responsable del proyecto (representante de la dirección); ello facilitará el proceso de articulación con las distintas áreas intervinientes que se ven afectadas por la situación problemática detectada y por tanto forman parte de la solución. Esto implica compartir la información y la documentación necesaria entre los/las integrantes del equipo que realiza la evaluación. El equipo, conformado por personas, deberá ser lo más representativo y efectivo posible, que pueda proporcionar una perspectiva interna precisa y detallada. Informar y capacitar al equipo sobre el procedimiento a seguir:

- Identificación y Selección de oportunidades de mejora

Existen métodos para facilitar la identificación de aspectos mejorables. Se pueden clasificar en dos grupos: cualitativos basados en percepciones y cuantitativos objetivos y medibles. Si bien no existe un método ideal ambos se complementan e identifican problemas entre las dimensiones de la calidad.

Se proponen diferentes herramientas de interacción:

- Lluvia de ideas
- Grupos de discusión estructurados
- Escucha activa
- Observación directa
- Encuestas / Análisis de reclamos
- Monitoreo y análisis de indicadores
- Priorización de oportunidades de mejora.

Se propone:

- Evaluar las acciones para alcanzar aquellos criterios considerados imprescindibles y necesarios por la herramienta de autoevaluación implementada.
- Identificar aquellas mejoras de alto impacto y bajo esfuerzo.
- En base al nivel de dificultad que presenta el criterio, disponibilidad de recursos al momento de la evaluación, percepción por parte del equipo de trabajo.
- Detectar la significancia del cambio y las fuerzas que se oponen.
- Priorizar la perspectiva del usuario de servicios de salud (experiencia de la persona).
- Detección de causas.

Es recomendable tener un diagnóstico exacto de la situación antes de aplicar cualquier solución. Para analizar las causas se podrán utilizar las herramientas estandarizadas (diagrama de Ishikawa, diagrama de flujos, diagrama de Pareto entre otras). La definición del objetivo general responderá al problema, mientras que la descripción de los objetivos específicos deberá responder a las causas que originaron el problema.

Consensuar con el equipo de mejora: Una vez consensuadas las oportunidades priorizadas y comunicadas por el Comité, se deberá establecer el plan de acción y quiénes son los integrantes o miembros estables y/o adherentes mejor preparados para liderar la oportunidad de mejora identificada.

Se recomienda seguir un cronograma pre acordado. Se sugiere organizar subgrupos de trabajo por cada dimensión, o temática propuesta para el análisis y puesta en marcha.

Es importante objetivar los resultados con respaldo de registros y monitoreo pertinente.

Controlar el progreso de la implementación del plan de mejora y repetir la autoevaluación para objetivar cumplimientos y evaluar patrones.

11. ANEXO IV

PLAN NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD 2021-2024

En septiembre de 2021, se aprobó el [Plan Nacional de Calidad en Salud 2021-2024- Ministeriode Salud de la Nación Argentina](#) y la creación del Consejo Nacional Asesor de la Calidad en Salud integrado por los distintos actores del sistema de salud (RM 2546/2021).

El Plan Nacional de Calidad en Salud se desprende de la misión planteada por el Ministerio de Salud de la Nación; “Constituirnos como el órgano rector en materia de salud ejecutando planes, programas y proyectos destinados a la mejora de la calidad y al logro de la equidad en los sistemas de salud, garantizando a la población el acceso a los bienes y servicios de salud” y por el siguiente Objetivo Estratégico “Coordinar y fiscalizar el proceso de regulación que garantice la calidad y la seguridad de los establecimientos y los servicios provistos por el sistema de salud, facilitando la articulación y armonización interjurisdiccional entre los niveles de gobierno y los subsistemas de salud público, privado, de obras sociales y otros financiadores.”

Entre sus antecedentes, se menciona que en el año 2007 los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) adoptaron la Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria y desde entonces, se han aplicado medidas para mejorar la calidad mediante la formulación de políticas y normas. Asimismo, que en el año 2014, la OPS aprobó la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (documento CD53/5, Rev. 2 y resolución CD53.R14), con la que se resolvía avanzar en el acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad, ampliados progresivamente, y coherentes con las necesidades de salud, las capacidades del sistema y el contexto nacional. Asimismo, se hace mención de la adhesión del Ministerio de Salud de la Nación Argentina a la Estrategia y Plan de Acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025, aprobada en el 57° Consejo Directivo de la OPS realizado en Washington en octubre 2019, que estableció los siguientes principios orientadores:

- El derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr para cada persona
- La equidad
- La solidaridad
- Las decisiones éticas
- La participación y el empoderamiento de las personas, las familias y las comunidades
- La toma de decisiones sustentadas por las mejores prácticas y la evidencia

El Plan Nacional de Calidad plantea las siguientes líneas estratégicas cuyo análisis brinda el marco conceptual del presente documento;

- **Línea estratégica 1:** Fortalecer la rectoría y la gobernanza en calidad y seguridad de pacientes para disminuir las inequidades en el sistema de salud.
- **Línea estratégica 2:** Implementar procesos permanentes para mejorar la calidad de la atención de salud con enfoque de derechos, centrada en las personas, las familias y las comunidades.
- **Línea estratégica 3:** Implementar procesos permanentes que promuevan la seguridad de los/las pacientes en la atención de la salud.
- **Línea estratégica 4:** Establecer estrategias para el equipo de salud que promuevan la calidad y la seguridad en la gestión del trabajo, la formación y la educación permanente en salud y la protección de la salud de trabajadores.

La **línea estratégica 1** pone en relieve la importancia del desarrollo de la Red Federal para la Calidad conformada por las áreas pertinentes de los ministerios de salud provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para implementar participativamente las acciones del Plan Nacional. Así como también el liderazgo en la implementación del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM) con impulso al diseño de instrumentos, la capacitación, la gestión de mejoras y reducción de los riesgos sanitarios en todo el país.

La **línea estratégica 2** ofrece las bases conceptuales necesarias para la conformación y/o fortalecimiento de las direcciones, comités y/o espacios de referencia vinculados a la calidad que gestionen, lideren y lleven adelante las acciones de calidad institucionales en los establecimientos de salud.

Entre los principales objetivos se encuentran:

- Fortalecer la calidad de la atención que se brinda a las personas, las familias y las comunidades.
- Promover el diseño de políticas públicas que garanticen el derecho a la atención de salud de calidad en todos los niveles de atención para las personas, familias y comunidad comprometida activamente con la resolución de los problemas de salud.

- Lograr un primer nivel de atención de calidad, seguro, centrado en las personas, que tenga una alta capacidad de resolución y que potencie la continuidad asistencial, contando con equipos motivados y capacitados y con una organización descentralizada, participativa, eficiente y eficaz.
- Propiciar y cooperar en la planificación, implementación, monitoreo y evaluación de la calidad en los servicios de salud.
- Garantizar la calidad del sistema de salud a través del desarrollo e implementación de procesos de autoevaluación, certificación y acreditación en las instituciones de salud.

Entre las principales acciones se encuentran:

- Consensuar y sistematizar los procesos asistenciales, su planificación, ejecución y evaluación, con la participación y el empoderamiento de las personas, las familias y las comunidades, y la toma de decisiones sustentadas por las mejores prácticas y la evidencia.
- Orientar y conformar en los efectores de salud las direcciones, comités y/o espacios de referencia vinculados a la Calidad que gestionen, lideren y lleven adelante las acciones de calidad institucionales.
- Desarrollar intervenciones dirigidas a monitorear y evaluar la calidad de la atención de manera permanente para la transformación del sistema sanitario en todos los niveles de atención de salud de los ciudadanos argentinos.
- Avalar la calidad de los establecimientos de salud actualizando las normativas e implementando procesos de autoevaluación, certificación y acreditación.

La **línea estratégica 3** destaca una de las principales dimensiones de la calidad en establecimientos de salud, la seguridad en la atención sanitaria.

Entre los principales objetivos se encuentran:

- Definir y promover la Seguridad de los/las Pacientes como uno de los componentes de la calidad asistencial y elemento indispensable para lograr el derecho de los/las pacientes a ser atendidos/as en sistemas sanitarios seguros y con personal sanitario protegido.
- Proteger y mejorar la seguridad de los/las pacientes y del personal sanitario en todos los niveles y ámbitos del sistema de salud.
- Propiciar el desarrollo de acciones y herramientas para los establecimientos asistenciales, que contribuyan a lograr un modelo de atención eficiente, accesible, segura y centrada en la persona.
- Promover y colaborar hacia el desarrollo de un plan de transformación de Cultura de seguridad, Notificación, Transparencia y Aprendizaje para favorecer la atención en salud responsable, justa y segura.

Entre las principales acciones se encuentran:

- Facilitar y desarrollar la autoevaluación en las instituciones de salud de los diferentes niveles de atención según el instrumento Herramienta para la evaluación y mejora de la seguridad de los/las pacientes en el ámbito de la atención sanitaria.
- Formular políticas y procedimientos de notificación o reporte de incidentes y eventos adversos, centinela, facilitando metodologías y herramientas de gestión de riesgo para disminuir al máximo su ocurrencia.
- Desarrollar planes interdisciplinarios, de mejora y aprendizaje del error enfocando la transformación del sistema de salud y su permanente retroalimentación.
- Gestionar e impulsar el liderazgo y el compromiso en seguridad dentro de la organización sanitaria para crear y sostener clima de seguridad que oriente al logro de los objetivos de seguridad de los/las pacientes.
- Implantar prácticas seguras en el primer nivel de atención, que promuevan la investigación y la participación de las familias y comunidad en la estrategia de seguridad del/de la paciente.
- Formular política y desarrollar e implementar un proceso orientado a minimizar el riesgo de las Infecciones asociadas al cuidado de la salud.
- Desarrollar la evaluación de resultados de los programas de atención centrada en el/la paciente y la familia a través de conocer la experiencia de los/las pacientes en el sistema de salud, para identificar potenciales mejoras y la percepción de calidad y seguridad en salud.
- Establecer un eje transversal de capacitación situada, transformadora específica sobre seguridad de los/las pacientes, que enfoque las necesidades de aprendizaje en todos los niveles de la organización.

Finalmente la **línea estratégica 4** plantea entre sus principales objetivos el fortalecimiento de la gobernanza y rectoría del talento humano para la salud en la búsqueda de la calidad y la seguridad en la atención sanitaria.

Entre las principales acciones encuentran:

- Desarrollar y motivar la adquisición de las competencias necesarias de los/las profesionales sanitarios, que permitan avanzar en el liderazgo y la gestión profesional como base del modelo de calidad y seguridad de los/las pacientes en la organización.
- Instaurar la formación en línea a través de Cursos virtuales de capacitación básica, intermedia y avanzada, que logren impactar en el crecimiento profesional y el desarrollo personal en todos los niveles del sistema.
- Promover y generar medidas en los procesos asistenciales que faciliten la implicación, la participación y corresponsabilidad del/de la profesional como

agente facilitador/a del/de la paciente en el ejercicio de sus derechos y el desarrollo de su proceso de atención.

- Propiciar un ambiente de trabajo apropiado, seguro, para la toma de decisiones, el aprendizaje, el trabajo en equipo y el respeto por los derechos de las personas, en el marco de las pautas legales correspondientes
- Promover las medidas de bioseguridad correspondientes y proveer de los recursos, equipamientos, insumos y elementos de protección personal a todo el personal de salud, según se establece en la ley correspondiente.
- Propiciar espacios de diálogo y reflexión para identificar riesgos asociados al trabajo en salud y gestionar medidas para reducir los mismos.
- Establecer un eje transversal de capacitación situada y transformadora que enfoque las necesidades de aprendizaje en todos los niveles de la organización e impregnar gradualmente las acciones orientadas por el concepto de educación a lo largo de la vida.

Por último, se espera que esta selección de objetivos y acciones planteados por cada línea estratégica del Plan Nacional de Calidad en Salud sirvan de sustento para la fundamentación, desarrollo, implementación y/o fortalecimiento de los espacios necesarios para garantizar la calidad y seguridad sanitaria.

*primero
la gente*



argentina.gob.ar/salud



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
1983/2023 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: S/ Comité Integrado de Gestión de la Calidad y Seguridad Sanitaria. Directrices de Organización y Funcionamiento. EX-2023-46582193- -APN-DNCSSYRS#MS

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 35 pagina/s.