

## Hacia la Calidad en Salud



4

**Manual de Normas y Técnicas**, para el control de las Infecciones Interhospitalarias.

6

**Reunión** de la Federación Latinoamericana de Hospitales y la OIPSS.

12

**Capacitación para la Calidad en Argentina.** Resultado de un curso de evaluadores de Calidad.



**Año I - N° 1 /  
Septiembre 2005**



**Año I - N° 2 / Febrero 2006**

**Año I - N° 2  
Febrero 2006**

**Director Ejecutivo: Dr. Héctor S. Vazzano  
Director Científico: Dr. Héctor Ralli**

**Tirada de esta edición: 5000 ejemplares  
Distribución gratuita - Prohibida su  
venta.**

Prohibida su reproducción total o  
parcial.

Registro Nacional de la Propiedad  
Intelectual:  
N° 455453.

Las notas son de exclusiva  
responsabilidad de los autores.

**Editada por CIDCAM**

Calle 60 y 120 (1900) La Plata.  
Tel./Fax: 0221-4235755  
E-mail: [cidcam@cidcam.org.ar](mailto:cidcam@cidcam.org.ar)

**Arte y Diseño**

**Lothse Producciones S.A.**  
Chorroarín 240 - Capital Federal  
Tel.: 4523-9993 / 4937  
E-mail: [lothse@sion.com](mailto:lothse@sion.com)

**Foto de Tapa** Gustavo Solferino





# Reglamento de Publicaciones.

## Actualización de Temas. ■

### **ACTUALIZACIÓN DE TEMAS:**

Se aceptarán trabajos de actualización sobre Calidad con una extensión de entre 3000 y 4000 palabras. Deberán contener una adecuada documentación bibliográfica sobre la que se funden las aseveraciones expuestas en su contenido.

### **MONOGRAFÍAS:**

Se diferencian de las anteriores en que se considerarán todos los aspectos de un problema determinado, no solamente las adquisiciones recientes, sino todo el conocimiento existente acerca del tema. Deberán tener una extensión de entre 4000 y 8500 palabras con su documentación bibliográfica correspondiente.

### **CARTAS DE LOS LECTORES:**

Deberán tener una extensión de alrededor de 750 palabras.

### **RESÚMENES DE PUBLICACIONES DE TRABAJOS DE OTRAS REVISTAS:**

Los autores, el título y la revista en que fueran publicadas se presentarán de acuerdo al régimen de citas bibliográficas que se expondrá seguidamente y el resumen de la publicación tendrá una extensión no mayor de 500 palabras.

### **RESÚMENES DE REUNIONES CIENTÍFICAS Y CONGRESOS:**

Se expondrán en forma resumida los aspectos más destacados, a juicio del autor, de reuniones científicas en las que haya participado, en un espacio no mayor a 1500 palabras.

### **HISTORIA DE LA CALIDAD:**

Esta parte de la publicación tiene un interés especial de informar a la comunidad médica y general sobre los orígenes y la historia de la Calidad de la Atención Médica y

Acreditación. Deberán tener una extensión de aproximadamente 3000 palabras.

### **COMENTARIOS DE LIBROS:**

Se efectuarán comentarios de libros relacionados con la Calidad de la Atención Médica y la Acreditación que se remitan al Comité Editor de la Revista.

### **NOTICIAS:**

Se publicarán noticias sobre congresos y jornadas de interés relacionadas con la Calidad y la Acreditación.

### **NORMATIVAS DE PUBLICACIÓN:**

Se remitirán al Comité de Redacción el original y 2 copias a doble espacio, tamaño de papel A4 y en disquete formato texto. El tamaño de la letra permitido será 12. El título del trabajo figurará en mayúsculas. Los autores serán



citados con apellido y nombre y, luego figurará el lugar de trabajo con minúscula. Las citas bibliográficas se colocarán como superíndice y entre paréntesis por orden de aparición o por orden alfabético.

La bibliografía se citará de la siguiente manera:

Artículos de revistas:

**Ferrero N, Gonzalez Penna H, Osorio M.** Consenso sobre infecciones respiratorias agudas bajas en niños menores de 2 años. Recomendaciones para su manejo. Arch. Arg. Ped 94: 274-278, 1996.

Libros:

**Negrón R.:** Lecciones de Clínica Micológica. Editorial La Agenda. 1ª Edición, 1997, pp. 43-50.

#### Actualización de temas

Extensión: 3000 y 4000 palabras.  
Bibliografía.

#### Monografía

Abarca todo el conocimiento  
Extensión de entre 4000 y 6500 palabras.  
Bibliografía.

#### Carta de Lectores

Extensión de alrededor de 750 palabras.

Resumen de Publicaciones de trabajos de otras Revistas

#### Los Autores

El título  
La Revista en que fue publicada.  
Citas bibliográficas.  
Extensión 500 palabras.

Resumen de Revistas Científicas y Congresos

Extensión no mayor a 1500 palabras.

#### Historia de la Calidad

Extensión de aproximadamente 3000 palabras.

#### Normativas de Publicación

Se remiten el original y 2 copias al Comité de Redacción.  
Doble espacio.  
Formato A4  
Disquete formato texto.  
Tamaño de letra: 12 puntos.  
Título en Mayúscula  
Autores con Nombre y Apellido.  
Lugar de Trabajo en minúscula.  
Citas bibliográficas.



# Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de la Plata / Comisión Institucional para el Desarrollo de la Atención Médica.

## Convenio de colaboración recíproca. ■

### LA COORDINACION INTERINSTITUCIONAL UNA ESTRATEGIA PARA LA CALIDAD

Ya desde su creación la CIDCAM contó con el apoyo y el aval de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP.

Los últimos 10 años de trabajo conjunto con el Centro INUS han demostrado la potencialidad de unir los esfuerzos de organismos dedicados a la capacitación y la investigación en salud con aquellos que agrupan a los establecimientos de atención de la salud.

Una forma de expresar esta colaboración ha sido el CONVENIO DE COLABORACION RECÍPROCA firmado entre ambas instituciones el que tiene vigencia desde el año 2000.

La finalidad del convenio consiste en apoyar la participación en los procesos de autoevaluación que ofrece la CIDCAM a aquellos establecimientos que deseen incorporar la actividad docente a su funcionamiento.

De esta manera se espera no solo contribuir a la mejoría de la calidad de la atención sino además facilitar el desarrollo de la capacitación de los alumnos de la Facultad.

El objetivo es lograr que aquel establecimiento dedicado a la

enseñanza de la medicina tanto en el pre como en el pos-grado logre la máxima calidad en su sistema, en el sentido de lograr los resultados esperados, de recuperar la salud, prevenir la enfermedad y mejorar la calidad de vida de las personas que se asistan, cumpliendo lo establecido por las ciencias médicas, las ciencias de la salud y las normas y procesos administrativos, midiendo la calidad y comparando las actividades realizadas con estándares aceptados.

Este convenio que ya lleva 5 años, está dando sus frutos dado que son varios los establecimientos docentes que se han incorporado, utilizando el Manual de autoevaluación y desarrollando el programa denominado "Autoevaluación Participativa Estructurada para la Calidad", con el apoyo del Centro INUS.

#### NOTICIAS

El Centro especializado para la normalización y acreditación en Salud (CENAS) asumió como miembro institucional del Comité Ejecutivo de la ISQUA.

En la reciente reunión de la Sociedad Internacional para la Calidad de los Servicios de Salud (ISQUA) realizada en VANCOUVER, Canada, La Asamblea de la ISQUA designó las nuevas autoridades para el periodo 2005/2007.

Durante esa Asamblea el Presidente del CENAS, Dr. José María Paganini, fué designado miembro Institucional del Comité Ejecutivo.

Es de destacar que la ISQUA, es una organización no gubernamental, científica, integrada a partir del año 1985, cuyo objetivo es la calidad en salud a través de la promoción de la investigación, la asesoría, la difusión de conocimientos y metodologías de evaluación y acreditación.

La secretaría de la ISQUA funciona en Australia, siendo su Presidente el Dr. Johns Helfrick, de la Universidad de Harvard, USA, y Secretaria Ejecutiva la Lic. Lee Tregloan.

La presencia del CENAS en la conducción de la ISQUA a través del Dr. Paganini constituye un reconocimiento institucional y personal a la trayectoria en calidad en salud a nivel Nacional e Internacional y un compromiso para continuar en la promoción de estas actividades.



# Manual de Normas y Técnicas para el Control de las Infecciones Intrahospitalarias.

**La infección hospitalaria (IH) es la infección adquirida en el establecimiento asistencial, que no estaba presente ni en período de incubación ni al ingreso, y cuyas manifestaciones clínicas se presentan durante la internación (luego de 48-72 horas) o después de haber sido de alta el paciente, concepto aplicable para las personas internadas; pero, la IH también puede ser adquirida por el personal del equipo de salud, pacientes ambulatorios, alumnos y visitantes. Puede estimarse que una institución asistencial tipo, tendrá una prevalencia de entre el 4% y el 8% de la misma. Para colaborar con esta situación la C.I.D.C.A.M. ha publicado su documento: INFECCION HOSPITALARIA. Recomendaciones para su prevención y control.**

Instituciones deberán contar, como requisito para su acreditación, con Programas de Prevención y Control de Infecciones coordinados por un médico infectólogo. Este Programa tendrá como principal tarea adoptar las normas de prevención y control de infecciones vigentes a cada institución y auditar el cumplimiento de las mismas. Las autoridades instituciones y el personal deberán comprometerse a su cumplimiento"

Desde el inicio de su actividad, la **C.I.D.C.A.M.** solicita que los establecimientos que participan en los procesos de autoevaluación formulen programas de prevención y control de infecciones coordinados por médicos infectólogos. En ese camino hacia la calidad y en busca de erradicar los altos índices de infección hospitalaria, como resultado de numerosas reuniones de su comisión directiva y de los responsables del Comité de Infecciones, se decidió encomendar al Profesor Dr. Emilio Cechini la redacción de un Manual de Recomendaciones para su Prevención y Control.

Este documento actualizado, ágil, de uso institucional y profesional, que la **C.I.D.C.A.M.** brinda a toda la comunidad de la salud, contribuirá, sin lugar a dudas, a mejorar la calidad de la atención médica, que es su máximo objetivo. En el mismo se encuentran el conjunto de

La infección hospitalaria agrega morbilidad, mortalidad y costos. En ocasiones puede acarrear también problemas administrativos o jurídicos: débitos de obras sociales o prepagos, juicios de mala praxis, etc. Su dimensión e importancia han aumentado paulatinamente por lo que en la década del 70 algunos países iniciaron acciones formales para lograr su control; se evidenció así que los establecimientos que poseían e implementaban programas adecuados de control presentaban tasas progresivamente menores de IH, con reducción de riesgos y economía de costos.

El Sistema Nacional de Vigilancia de la Infección Hospitalaria en los Estados Unidos da una estimación de 2,2 al 4,1% de los egresos, en Europa las cifras oscilan entre el 5,0 y 10,0% y en la Argentina van el 4,5 al 8,5%.

La magnitud del costo derivado de la asistencia directa de IH es significativa: se calcula un exceso de más de 2.000 millones de dólares/año en EE UU; si bien no existen datos comparables en

nuestro país, la cifra puede ser proporcionalmente equivalente. Actualmente, el control de la IH es uno de los indicadores más importantes de calidad de la atención médica que brinda una institución y su prevención y control debe ser una de las principales metas de todo equipo de salud.

Quienes desde hace mucho tiempo vienen bregando por la calidad total entienden que el control de infecciones se ha tornado más complejo por múltiples razones, por lo que hay que tomar los máximos resguardos para su prevención en beneficio de toda la sociedad. La infección hospitalaria, como es de amplio conocimiento, está costando muchas vidas no sólo en nuestro país sino en la comunidad mundial toda.

El Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica del Ministerio de Salud de la Nación (Decreto 1424 del 23/12/1997) y las Normas de Prevención y Control de Infección Hospitalaria (Resolución 355, Expediente 1-2002-10809-97/ del 31/10/2002) establecen: "Las rol de



# Importante reconocimiento para el CENAS.

## Reconocimiento para el CENAS. ■

medidas de estructura organizacional y de procesos de gestión clínica y gerencial con el fin de evitar los riesgos de la infección, realizar el diagnóstico precoz y las intervenciones necesarias para su más rápido control; para su fácil manejo está dividido en seis capítulos, a saber:

- 1- **Introducción. Definición. Concepto.**
- 2- **Aspectos de la organización para la prevención y el control.**
- 3- **Los procesos para la prevención y el control.**
- 4- **Actividades específicas.**
- 5- **Los riesgos.**
- 6- **Necesidades.**

## INFECCION HOSPITALARIA.

Recomendaciones para su prevención y control es un documento imprescindible para la comprensión de un tema que no puede faltar en ninguna institución de salud.

Comité de Infecciones  
CIDCAM

LA ISQua (INTERNATIONAL SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTH CARE) ES UN ORGANISMO INDEPENDIENTE NO LUCRATIVO CON MIEMBROS EN MAS DE 70 PAISES QUE PROPORCIONA SERVICIOS PARA LOGRAR LA EXCELENCIA EN LA PRESTACION DE LA ATENCION DE LA SALUD EL CENTRO ESPECIALIZADO PARA LA NORMALIZACION Y ACREDITACION EN SALUD (CENAS) ASUMIO COMO MIEMBRO INSTITUCIONAL DEL COMITÉ EJECUTIVO DE LA MISMA.

En la reciente reunión de la sociedad Internacional para la calidad de los servicios de Salud (ISQUA) realizada en VANCOUVER, CANADA, la Asamblea de la ISQUA designo las nuevas autoridades para el periodo 2005 / 2007.

Durante esa Asamblea el Presidente del CENAS, **DR. JOSE MARIA PAGANINI**, fue designado miembro Institucional del COMITÉ EJECUTIVO.

Es de destacar que la ISQUA, es una Organización no gubernamental, científica, integrada a partir del año 1985, cuyo objetivo es la calidad en Salud a través de la promoción de la investigación, la asesoría, la difusión de conocimientos y Metodologías de evaluación y acreditación.

La Secretaria de la ISQUA funciona en Australia, siendo su Presidente el **Dr. JOHNS HELFRICK** de la Universidad de HARVARD USA, y la Secretaria Ejecutiva la **Lic. LEE TREGLOAN**.

La presencia del CENAS en la conducción de la ISQUA a través del **Dr. PAGANINI** constituye un reconocimiento institucional y personal a la trayectoria en calidad en Salud a nivel Nacional e Internacional y un compromiso para continuar en la promoción de estas actividades.



# Reunión de la Federación Latinoamericana de Hospitales y la OIPSS.

## ■ La firma del acta de Buenos Aires .

### REUNION DE LA FEDERACION LATINOAMERICANA DE HOSPITALES Y LA ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE PRESTADORES PRIVADOS DE SERVICIOS DE SALUD Y LA FIRMA DEL ACTA DE BUENOS AIRES.

Los representantes de ambas instituciones analizaron la propuesta presentada por el **CENAS** entendiendo que el desarrollo de los procesos de acreditación en salud en los diferentes países de Latinoamérica tiene una importancia estratégica con el fin de contribuir a la mejoría de la calidad de atención para toda la población; que existen ya experiencias válidas en la mayoría de los países y que es necesario avanzar en el intercambio de las mismas específicamente relacionadas con los procesos técnicos, de investigación, de desarrollo de RRHH, de manuales, indicadores, estándares, material científico, entre otros, lo que redundará sin lugar a dudas a una mejoría de cada uno de los programas presentes y futuros y que la propuesta presentada incorpora en general estos objetivos acuerdan:

**1-** Continuar los esfuerzos en cada uno de los países con el fin de analizar y consolidar la propuesta de un mecanismo de coordinación latinoamericana de entidades de acreditación.

**2-** Analizar la incorporación de esta actividad como una sección de la Federación Latinoamericana de Hospitales y

proponer los mecanismos correspondientes.

**3-** Invitar a otros organismos similares de otros países, en especial a España y Portugal, participantes de la reunión, a integrarse en este esfuerzo.

**4-** Informar a organismos científicos, de asesoría, entre ellos la **OPS, OMOS, ISQUA, BID, BM** y otros sobre esta iniciativa con el fin de lograr con ellos la necesaria coordinación y definición de programas de interés común.

**5-** Solicitar a la delegación del **CENAS**, para que en conjunto con la delegación de Brasil y de Uruguay continúen el intercambio de información y mantengan informados a los demás participantes de nuevos avances.

**6-** Organizar una reunión preparatoria de este grupo en Uruguay a fecha a definirse.

**7-** Incorporar en esta temática en la próxima reunión a realizarse en Brasil, entre el 20 y 23 de junio de 2006 con motivo del Congreso Internacional de Calidad y Acreditación, organizado por la ONA, con el fin de concretar esta iniciativa.

#### Firman:

##### Por Argentina:

###### F.L.H.:

Sr. Norberto Larroca.

###### CONFELISA:

Dr. Gustavo Mammoni.

###### CAES:

Dr. Juan Antonio Larzabal.

###### CENAS:

Dr. Héctor Vazzano

Dr. José María Paganini

Dr. Ignacio Szapira.

###### FUNDACION BIOQUIMICA:

Dr. Norberto Cabutti.

###### FEMECON:

Dr. Roberto Scarsi.

###### ITAES:

Dr. Ricardo Durlach.

##### Por Brasil:

Dr. Julián Czaspski

Dr. José De Souza Abrahao

Dr. Fabio Leite Gastal.

##### Por Cuba:

Dr. Bartolomé Arce.

##### Por Chile:

Dr. Patricio Figueroa.

##### Por España:

Dr. Jesús López Varela

##### Por Puerto Rico:

Dr. Enrique Baquero

##### Por Méjico:

Dr. Guillermo Fajardo Ortiz

##### Por Perú:

Dr. Juan Luis Ormeño Ara

##### Por Uruguay:

Dr. Alarcón Espalter

Dr. Carlos Testoni

Dr. Oscar Ressia.



# Plan de Mejora Continua de la Calidad Asistencial.

Instituto Central de Medicina / La Plata. ■

## Informe Técnico

Uno de los objetivos de la **Revista del CENAS - CIDCAM**, consiste en divulgar y promocionar aquellos esfuerzos realizados por los establecimientos en su trabajo hacia la calidad.

En este número se debe destacar al **Instituto Central de Medicina de La Plata**, el que recibió el **Premio Albarelos** al mejor trabajo sobre calidad otorgado por **FECLIBA**.

### Premio Albarelos

La Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y Otros Establecimientos de la provincia de Buenos Aires FECLIBA- con el objetivo de fomentar y estimular la mejora continua de la gestión y la calidad en la atención de la salud y procurando alcanzar un crecimiento genuino que asegure la viabilidad de las instituciones, ha establecido una distinción, el "**Premio Albarelos**".

Este concurso anual tiene como finalidad la de recompensar los proyectos que se hayan implementado en los establecimientos orientados a alcanzar aquellos objetivos. En la edición del año 2005, el tema a premiar fue "**Proyectos de Mejora en la Gestión y la Calidad Asistencial**", siendo galardonado en primer lugar el **Instituto Central de Medicina de La Plata** por su "**Plan de Mejora Continua de la Calidad Asistencial**".

A continuación se detallan los principales lineamientos del trabajo premiado

## Plan de Mejora Continua de la Calidad Asistencial

Instituto Central de Medicina - La Plata

### 1. Descripción General del Proyecto y Problemas que le dieron origen.

La necesidad de generar un crecimiento institucional en calidad y la realidad de que en el Instituto Central de Medicina de La Plata no se contaba con instrumentos que permitieran el desarrollo de un programa de calidad, motivaron en el más alto nivel institucional suscribirse al Programa de Autoevaluación de Calidad de la **CIDCAM**, con el fin de generar un proceso de mejoría continua y acreditación. Durante la implementación del mismo y ante la problemática detectada se optó por implementar una estrategia fuertemente orientada a la participación horizontal de todos los agentes de la estructura, utilizando herramientas de comunicación efectiva, liderazgo, trabajo en equipo y *empoderamiento* del personal.

El proyecto, que lleva 4 años de ejecución, ha pasado por diferentes fases, a saber:

#### 2002 Decisión Política de incorporarse al Programa de Autoevaluación de la CIDCAM

#### 2002 Creación del Área de Calidad

2002 / 2003 Cursos de Evaluadores  
Capacitación técnica del área, realizando *Cursos de Evaluadores*

*para Calidad de la Atención Médica* dictados por la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata, **CIDCAM**.

#### 2003 Autoevaluación del Instituto (Certificado II)

#### 2003 Detección de Fallas (Certificado III y IV)

Mediante el análisis de lo relevado, el Grupo evaluador interno (**GEI**) y la **CIDCAM** elaboran el Juicio Valorativo Interno (**JVI**) y el Juicio Valorativo Externo.

Como conclusión de estos informes y a modo de resumen se detallan las principales fallas detectadas y las estrategias globales para su corrección.

#### Área de organización y Dirección Médica

Ausencia de organigrama operativo

La Dirección Administrativa sobredimensionada en sus funciones.

Desvirtuación de la figura del Director Médico.

Sobrecarga de funciones en la figura del Administrador.



# Plan de Mejora Continua de la Calidad Asistencial.

## ■ Instituto Central de Medicina / La Plata.

### 1) Área Administrativa

- Ausencia de sector orientado a la satisfacción del cliente.
- Inexistencia de un sistema informatizado adecuado.
- Registros de datos inadecuados o ausencia de los mismos.
- Inexistencia de HC única.

### 2) Protocolos de procesos y procedimientos

- La mayoría de los procesos y procedimientos no se encontraban normalizados ni protocolizados.

### 3) Capacitación y personal

- Inexistencia de área de Recursos Humanos.
- No se contaba con un programa de capacitación.
- Presencia de enfermeros empíricos y auxiliares de enfermería.

### 4) Planta física

- Desde el punto de vista estructural edilicio la Institución evidenciaba fallas edilicias, encontrándose en plan de remodelación.

No obstante lo antes descrito, fue nuestra intención ir más allá de este análisis destacando las principales dificultades que se presentaron al intentar realizar este relevamiento.

El grupo evaluador encontró como obstáculo central a la implementación de cualquier proceso de cambio, cierto grado de resistencia a la aplicación del mismo en los diferentes sectores institucionales. A continuación se destacan los principales elementos que componían a nuestro entender dicha resistencia.

#### ■ Imposición

La implementación de reglas o procedimientos en forma inconsulta con quienes deben llevarlas a cabo, conlleva distintas dificultades prácticas. En primer lugar hemos observado que la importación de procedimientos de una institución a otra presenta como dificultad el hecho de que todas las instituciones tienen características diferentes a pesar de tener objetivos generales similares, de esta forma, aquellos procedimientos que son de utilidad en una institución no son útiles en otra. Asimismo, aunque fueran adecuadas, la imposición de las mismas genera rechazo de los efectores como primera reacción, obligando a tener que diseñar un sistema de control o supervisión para que las mismas se cumplan lo cual aumenta la estructura administrativa generando mayores costos y más resistencia aún ya que ante el error, el empleado tenderá a su ocultamiento por temor a la sanción por parte de la supervisión, en el caso de áreas

técnicas, o al enjuiciamiento por sus pares en el caso de áreas profesionales.

De esta forma es que se sugiere una actitud que de lugar a la participación de los efectores en el desarrollo de los procedimientos de su sector.

#### ■ Desconfianza

Es un hecho que la gran mayoría de las instituciones sanatoriales basan su funcionamiento en un sistema centralizado escasamente consensuado. Dicho proceder hace que la sola propuesta de establecer un sistema participativo genere desconfianza en su veracidad y transparencia interpretándose la propuesta como un acto de sondeo para detectar sectores ineficientes para su remoción, o sanción de algún tipo. Dado que la confianza no es exigible y por el contrario depende directamente de quien confía, será tarea del equipo de calidad el generar confianza con un desempeño transparente depurado y consensuado. El logro de confianza en el proceso es importante ya que una vez lograda podremos contar con la genuina y espontánea participación de los agentes de tal forma que se vuelve innecesaria la instrumentación de supervisiones superpuestas, ya que el primer interesado será el propio empleado en que sus ideas y sugerencias se lleven a cabo con buen fin.



# Plan de Mejora Continua de la Calidad Asistencial.

Instituto Central de Medicina / La Plata. ■

## ■ Desconocimiento

Los planes de desarrollo de la calidad aún no se encuentran ampliamente difundidos y habitualmente son confundidos con sistemas de control relacionados con políticas de reducción de personal o disminución indiscriminada de gastos. Estas creencias generan importantes rechazos en el personal de la Institución siendo necesario revertirlo previamente a la implementación del plan.

## ■ Control

El control es ampliamente conocido como una herramienta útil de los sistemas de calidad. Esta acepción del Control vs. Descontrol no es percibida de igual forma por quienes desconocen la utilidad de desarrollar sistemas controlados previsibles y que permiten una proyección estratégica a futuro. La percepción por el común de los empleados es el control de tipo punitivo con intenciones de sanción y por supuesto es francamente rechazada.

## ■ Castigo

Todos nuestros sistemas laborales se basan, al menos teóricamente, en un régimen de Premio / Castigo. De esta manera al empleado que cumpla con sus obligaciones debería premiársele

y a aquel que no lo hiciera brindarle algún tipo de sanción o castigo.

En la observación de la realidad de prácticamente todas nuestras instituciones este sistema se encuentra tergiversado, ya que al empleado eficiente se lo estimula pobremente considerándose que: "para ello percibe su salario" y al ineficiente se lo castiga. Esta deformación genera dos efectos altamente negativos. En primer lugar si el empleado eficiente no percibe que sus esfuerzos son ni siquiera reconocidos termina desmotivándose. Por otro lado si el empleado ineficiente no cumple correctamente con su trabajo por desconocimiento o ignorancia, al sentirse amenazado por el castigo, esconderá su déficit haciendo muy difícil su detección para la corrección a través de programas de capacitación.

## ■ Temor

Tal vez la suma de todas las resistencias antedichas se resuman en el **temor**.

Temor a ser examinado, al cambio, a la pérdida del trabajo, alridículo, etc.

El temor es el sentimiento paralizante por excelencia, por lo que si generamos temor no habrá movimiento hacia el cambio genuino, lográndose algunos progresos cosméticos que desaparecerán al disminuir el nivel de amenaza.

## ■ Fallas Comunicacionales

Hemos percibido durante el proceso de autoevaluación un importante déficit comunicacional en todas las áreas de la Institución. Este fenómeno se produce tanto entre distintos niveles organizacionales como así también entre los mismos compañeros de un sector. Consideramos de capital importancia el revertir este fenómeno, el cual produce aislamiento, supuestos y reacciones desmedidas a problemas fácilmente solucionables en un ámbito de consenso.

Este déficit comunicacional cobra mayor importancia cuando se percibe entre las áreas gerenciales y la planta de empleados ya que los primeros pierden el contacto con la problemática de sus empleados y las medidas o directivas que toman son mal recibidas por no responder a las necesidades.

Por otro lado el desconocimiento por parte del personal de la problemática institucional, económico gerencial, hace que reclamen o esperen estrategias discordantes con la realidad económica financiera institucional.

Es por ello que nos propusimos realizar el plan estratégico de calidad (**PEC**) mediante las siguientes ideas rectoras.

En primer lugar consideramos que para el diseño y desarrollo del PEC es imprescindible la



# Plan de Mejora Continua de la Calidad Asistencial.

Continuación de la Página 9

## ■ Instituto Central de Medicina / La Plata.

participación de todos los sectores institucionales, para ello es básica la concientización de los actores sobre la trascendencia del mismo. De esta forma se espera lograr un trabajo consensuado, siendo el consenso una de las más valiosas herramientas para su aplicación.

Uno de los primeros objetivos a cumplir es la optimización del mecanismo de comunicación. Para ello es necesario establecer un sistema confiable de información, de tal forma que los niveles gerenciales estén al tanto de las necesidades de los distintos sectores y estos conozcan la situación y estrategias macro de la Institución.

Una vez establecido el sistema de información, estaremos en condiciones de optimizar la comunicación, entendiendo por esta al diálogo, intercambio de opiniones, compromisos de gestión, etc.

Como resultado final de la suma de estrategias se espera lograr fortalecer la confianza en la Institución ya sea por su gerencia o por los coordinadores de área, logrando de esta forma fortalecer los lazos entre todas las personas que componen y constituyen la esencia misma institucional.

### **2004 Mejoramiento y Sustento, Plan Estratégico de calidad (Certificado V)**

Siguiendo los fundamentos propuestos en el diagnóstico y continuando la metodología del

Programa de autoevaluación se desarrolla el Plan Estratégico para la Calidad. A continuación se detallan sus principales Lineamientos

#### **Plan Estratégico de Calidad**

El desarrollo de un Programa estratégico de Calidad, tiene como objetivo trazar el proceso que lleve a la Institución desde su situación actual, detallada en lo observado en el proceso de autoevaluación, hasta una meta deseada expresada como la Visión institucional.

En el JVI se destacan, descartando lo edilicio, déficit en la estructura y procesos de conducción, con ausencia de sectores relacionados con los RRHH por un lado y fallas en la protocolización de procesos, en todos los sectores así como en el registro y medición de los mismos.

Por lo antedicho se propuso para el Plan Estratégico de Calidad del ICM en primer término una revisión del organigrama institucional, buscando redefinir funciones y crear las áreas faltantes.

Para las demás deficiencias detectadas nos propusimos desarrollar a partir del Área de Calidad una estructura representativa, ágil, que privilegie la comunicación, la capacitación, y que funcione como factor sensibilizador interno y guía para el desarrollo de los distintos sectores y su eficaz interacción.

La estrategia aplicada fue crear por debajo de la coordinación de calidad un grupo de facilitadores que representen a todas las áreas de la organización.

Estos facilitadores no ostentan ningún tipo de autoridad sobre sus pares, ni representan el medio de defensa de tipo gremial de sus compañeros

Son en esencia aquellas las personas en quienes más **confianza** depositan sus pares de modo tal que funcionen como verdaderos canales de comunicación horizontal y vertical de la estructura.

#### **■ 2004 Curso Taller Sobre Comunicación, Liderazgo, Estrategias para el Cambio y Trabajo en equipo de Salud**

El reconocimiento de las fallas comunicacionales imperantes, y el hecho de que la Comunicación Organizacional requiere el manejo depurado de técnicas específicas nos llevó a convocar asesoría externa, desarrollando en el Instituto un Curso Taller sobre **Comunicación, Liderazgo, Estrategias para el Cambio, Trabajo en Equipo y Reuniones Efectivas**", en el período comprendido entre Abril y Agosto de 2004, el mismo concluyó con una Jornada Plenaria Integradora, "**Primera Jornada para la Mejora de la Calidad de Servicios**"

Se Formaron tres grupos de trabajo:



# Plan de Mejora Continua de la Calidad Asistencial.

Instituto Central de Medicina / La Plata. ■

## Grupo Gerencial (llamado G9)

El grupo G9 fue constituido con aquellas personas con funciones de gestión dentro de la organización

## Grupo Profesional

Fueron convocados para la conformación de este grupo todos los profesionales de la Institución

## Grupo de Personal

Para la constitución de este grupo fueron invitados todos los demás empleados ya sea administrativos, enfermeros, técnicos etc. La modalidad de trabajo fue mediante exposiciones, juegos didácticos, simulaciones, juegos de roles y ejercicios prácticos, con cada uno de los grupos por separado, en forma semanal, total tres talleres semanales desde abril a Agosto de 2004. Finalmente se concluyó con una Jornada Plenaria, donde cada sector propuso mejoras y ofrecimientos para la *Mejora Continua de la Calidad*, donde se destacaron los déficit de procesos, normativas y capacitación del personal. Al concluir la jornada se entregaron certificados de participación.

## 2. Resultados Obtenidos del Plan

### ■ **Capacitación en Comunicación efectiva, Liderazgo y Trabajo en equipo.**

□ El 100% del G9 participó del Curso y Jornada de comunicación Liderazgo y Trabajo en equipo.

□ El 80% del Personal (Enfermeras, Mucamas, Técnicos, Maestranza y Administrativos) participó del Curso y Jornada de comunicación Liderazgo y Trabajo en equipo.

□ El 17% del Plantel Profesional (Médicos, Bioquímicos, Contadores) participó del Curso y Jornada de comunicación Liderazgo y Trabajo en equipo.

### ■ **Concreción del 68% de los temas propuestos en la Jornada de Calidad.**

#### ■ **Capacitación Técnica.**

□ 6% del Plantel profesional desarrolló actividades de capacitación en Calidad para el desarrollo del plan.

□ El 58% de la planta de Enfermería se encuentra realizando actividades de capacitación en diferentes disciplinas.

□ El 72% de la planta de Mucamas se encuentra realizando actividades de capacitación en diferentes disciplinas.

#### ■ **Sistematización de Trabajo**

□ Reuniones periódicas de *Facilitadores* para la detección de problemas y propuestas de mejoría.

□ Reuniones periódicas del Grupo G9 para la detección de problemas y resolución de aquellos detectados por los facilitadores de los distintos sectores.

□ Creación del Sector de RRHH

#### ■ **Normalización de Procesos**

□ Desarrollo de Manuales de rantes

□ Procedimientos, Guías Clínicas, etc., en forma consensuada por los integrantes de cada sector.

□ Optimización del Sistema informático, Trazado de indicadores y construcción del Tablero de Comando.

#### ■ **Optimización de funcionamiento**

□ Capacitación en servicio de normas de funcionamiento

□ Mejoría de fallas detectadas por el personal de contacto.

#### ■ **Mejora del Clima Organizacional**

#### ■ **Mejoría de Costos**

A pesar del incremento gradual del nivel de facturación (30%) en el período de desarrollo del plan, la mejor utilización de los recursos y la nula o muy escasa incorporación de personal, debida a la predisposición de los mismos para absorber este incremento laboral, se obtuvo una reducción relativa del costo fijo y variable. No obstante los valores absolutos se han visto tergiversados por el aumento de salarios por Ley, y de insumos por las variaciones del mercado.

## 3. Perspectivas de futuro del proyecto

Actualmente continuamos trabajando en pos de cumplir con los objetivos detallados previamente logrando posicionar en el mejor nivel al Instituto Central de Medicina de La Plata como referente en Calidad.



# Capacitación para la Calidad en Argentina.

## ■ Trabajo Original.

### ■ Autores:

*Etchegoyen G., Paganini J.M., Barragán H.L., Arrieta M.L.*

Los procesos de capacitación de Profesionales de la Salud en temas relacionados con la calidad y la gestión integral del establecimiento se considera como una necesidad estratégica para avanzar en el desarrollo de la calidad y la seguridad del Paciente.

Dentro de la UNLP, en la Facultad de Ciencias Médicas, su departamento de posgrado y el centro INUS existe ya una experiencia en desarrollo sobre la formulación y ejecución de cursos de capacitación en gestión de la Calidad.

El trabajo que se expone en forma resumida, presenta los resultados de un curso de entrenamiento para evaluadores de calidad.

## INTRODUCCIÓN

Dicho curso surgió como una necesidad percibida por los distintos profesionales que trabajan en el tema de la calidad dentro de la organización del **INUS** (Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud) y la **CIDCAM** (Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad en Atención Médica). Con el fin de promover la calidad de la atención en los establecimientos del estado Provincial y privados.

## LOS PROPÓSITOS DEL CURSO

- Formar un cuerpo asesor de profesionales para apoyar las actividades de evaluación y participar en los procesos **APEC** (autoevaluación participativa

estructurada de calidad).

- Integrar un equipo de trabajo para cooperar en futuras actividades de acreditación y apoyo a la calidad.

- Revisar dentro del proceso educacional los instrumentos de autoevaluación proponiendo actualizaciones y ajustes.

## LOS OBJETIVOS

Al finalizar el curso los participantes serán capaces de:

- Conocer y aplicar el desarrollo conceptual, las definiciones y los instrumentos para la evaluación de calidad y eficiencia definidos por el Programa **APEC**.

- Diferenciar los contenidos y

estrategias de la auditoría médica, evaluación interna y externa, la acreditación, y la autoevaluación.

- Conocer y aplicar las definiciones de indicadores, estándares y normas para la calidad.

- Analizar los establecimientos en sus estructuras, procesos y resultados.

- Conocer e interpretar la evolución de la evaluación de calidad en el mundo, en Latinoamérica y en Argentina.

- Conocer las instituciones líderes en la evaluación de calidad y la acreditación.

- Conocer y aplicar los



## Hacia la Calidad en Salud. ■

instrumentos de autoevaluación. Realizar el control de calidad de la información.

- Realizar un análisis evaluativo de la información de autoevaluación producida por cada establecimiento incorporado al Programa **APEC**.

- Asumir una actitud de diálogo que permitan el trabajo de asesoría y su aplicación por los responsables institucionales.

- Valorar los esfuerzos institucionales para la calidad potenciando los mismos en beneficio de la población y los pacientes.

### EL DESARROLLO PEDAGOGICO

El curso se desarrollo en 20 módulos, teórico-prácticos, con una carga horaria total de 120 horas cátedra (80 presenciales y 40 de trabajo de campo), durante los meses de mayo a septiembre de 2002. Una vez por semana-de 15 a 19 hs-. se realizaron clases teórico-prácticas y talleres donde se plantearon, analizaron y

discutieron casos reales basados en el proceso de Autoevaluación Participativa Estructurada para la Calidad (**APEC**).

La dinámica de los encuentros comprendió una exposición a cargo de experto durante las dos primeras horas, seguida del trabajo de taller, que culminaba en la mayoría de los casos- con un plenario y discusión para consolidar el tema planteado.

### LOS CONTENIDOS:

Los temas desarrollados fueron:

Historia de los procesos hacia la calidad, diferentes esfuerzos a nivel latinoamericano (**OPS, FLH**) y norteamericano (Joint Commission). Antecedentes institucionales internacionales y nacionales dedicadas a la calidad. Distintos emprendimientos y experiencias (**CONFELISA, FECLIBA**). Normas nacionales e internacionales. Programa Nacional de Garantía de Calidad. Normas legales.

Análisis de los distintos aspectos de la organización y funcionamiento de los establecimientos de salud,

desde la administración y la gerencia hasta los servicios de mantenimiento, seguridad e higiene laboral.

Análisis integral de los formularios de autoevaluación, la elaboración de juicios valorativos y la certificación de las diferentes etapas de la misma.

Finalmente se desarrolla el tema de la elaboración de propuestas para la calidad, plan estratégico y la redacción del trabajo final.

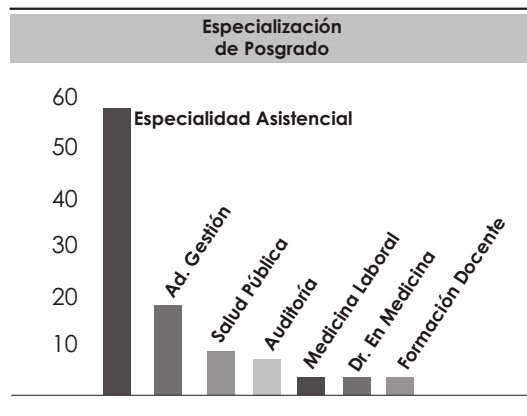
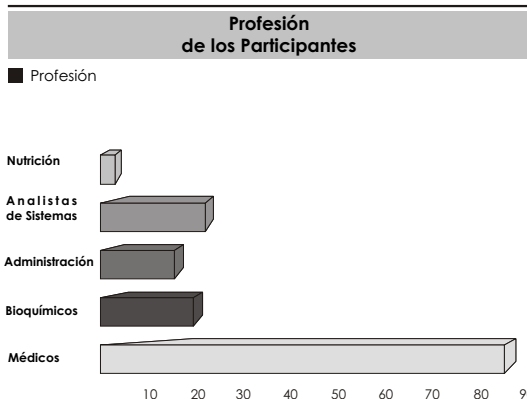
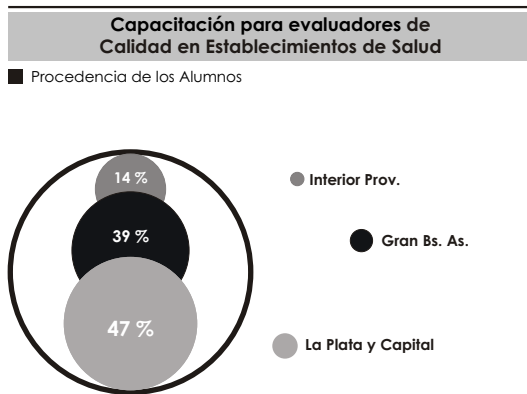
### MATERIAL DE APOYO

Se prepararon fascículos para cada módulo con diversos trabajos y artículos de lectura obligatoria y en donde se proporcionaron citas de bibliografía adicional. Para la confección de estos fascículos se utilizó bibliografía del Centro **INUS** y la proporcionada por los docentes convocados.



# Características de los participantes.

## ■ Procedencia de los Participantes.



**86 %**  
Proceden de Capital y Gran Bs. As.

Solo el **3 %**  
abandonan el curso.

**100 %**  
evalúan Muy Bueno o Bueno el curso.

**98 %**  
consideran el Temario Bueno o Muy Bueno.

**21 %**  
evalúan Regular el Material Bibliográfico.

**90 %**  
son Médicos.

**83 %**  
considera Favorable el Clima de las Actividades.



## 1) Los alumnos fueron evaluados

a) mediante un cuestionario de 60 preguntas con respuestas de selección múltiple.

El mismo tuvo la característica de ser anónimo y no eliminatorio, de respuesta individual en primera instancia y luego corregido dentro de cada grupo.

Para ello cada respuesta tenía dos casilleros: el de la respuesta individual y el de la respuesta grupal.

La intención fue valorar el grado de aprendizaje.

### Resultados:

Sobre 56 alumnos, rindió la prueba el 93% de los participantes.

El promedio general fue de 35 puntos +/- 2 DS. (6.3)

Los eventuales "desaprobados" fueron el 4%.

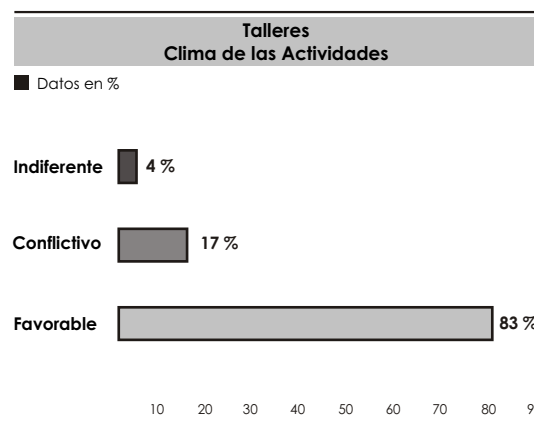
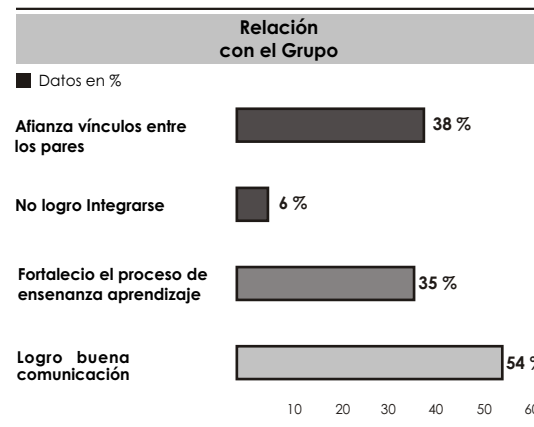
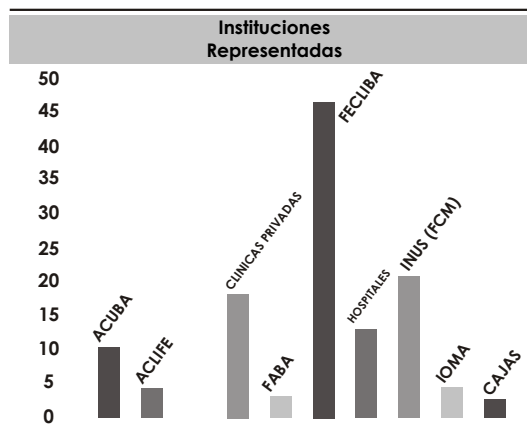
b) Como evaluación final, cada grupo debió presentar un trabajo crítico sobre las guías de evaluación existentes haciendo propuestas sobre indicadores, estándares, etc. basándose en lo dado en clase y en la bibliografía suministrada y existente.

### Resultados:

Los 5 grupos presentaron sus trabajos y fueron aprobados.

## 2. Los alumnos evalúan el curso.

Mediante una encuesta se preguntó a los alumnos sobre distintos aspectos de organización y modalidad del curso.





# Evaluación de los Organizadores.



## Comentarios finales de los alumnos

A pesar de que el 90% de los alumnos opinó que el nivel docente y la bibliografía fue entre **bueno y muy bueno**, señalaron lo siguiente:

### Aspectos a Mejorar

- **Nivel de docentes desparejo**  
A pesar de que el 90 % opinó que fue entre **Muy Bueno y Bueno**.
- **Algunas consignas de trabajo poco claras**
- **Mejorar la Bibliografía**  
80 % opinó que fue entre **Muy Bueno y Bueno**.
- **Herramientas mas precisas para llevar al terreno**



# Evaluación de los Organizadores.

## Los organizadores evalúan los resultados

Analizando los diferentes aspectos académicos y operativos del desarrollo del curso, tanto de las clases teóricas como los trabajos en taller, los resultados de las evaluaciones sobre conocimientos/ aprendizaje y la opinión de los alumnos, además de la opinión de los propios organizadores, se consideraron los puntos que se muestran en el cuadro siguiente:

### Aspectos a Mejorar y desarrollar

Práctica en Terreno  
Mayor Número de horas / taller  
Revisión del Material Bibliográfico  
Curso Nivel II  
Educación a Distancia

Asimismo se rescataron los siguientes:

### Aspectos Positivos

Se cumplieron los objetivos  
Se superaron las expectativas de participación  
Gran Motivación de los Participantes

Como conclusión se decidió impulsar la propuesta de los alumnos de:

**Creación de una red de Autoevaluación Hospitales Públicos y Privados Provinciales.**

## Conclusión

El rendimiento de los asistentes y su activa participación y motivación nos permiten inferir que es una necesidad latente la capacitación para la evaluación de calidad que comience con la implementación del proceso de autoevaluación hasta llegar a la definición de un Plan estratégico para la calidad.



# La Federación Odontológica de la Provincia de Buenos Aires (FOPBA) se incorpora a la CIDCAM.

## ■ Nueva Incorporación desde la Provincia de Buenos Aires.

La Federación Odontológica de la Provincia de Buenos Aires es una Asociación Civil sin fines de lucro, conducida por odontólogos y orientada a mejorar la profesión y la salud bucal de la población. Creada en otros escenarios y tiempos en 1937, se encuentra actualmente compuesta por más de setenta y ocho entidades primarias distribuidas por todo el extenso territorio provincial. Su tarea está respaldada por una trayectoria de muchos años de vida institucional, dedicados en su mayoría a participar activamente dentro del sector de la salud. Recientemente el Consejo Directivo decidió su incorporación a la CIDCAM que fue aceptada.

■ La Federación Odontológica de la Provincia de Buenos Aires (**F.O.P.B.A.**) no puede estar ajena a todo el trabajo que desarrollan instituciones como la **CIDCAM** y el **CENAS** y al estar convencidos que la calidad en la atención de la salud debe ser cada vez mayor, es que se ha solicitado su incorporación.

La odontología era la única disciplina que no estaba presente en la Comisión siendo sus representantes el Dr. Roberto Rossi, responsable del área Interinstitucionales de

**FOPBA**, la Dra. Silvia Lescano., Delegada titular del área geográfica 1 y de la Junta Directiva de **FOPBA**. Ambos han expresado que en la realidad en que vivimos, el trabajo intersectorial, la educación y la prevención son las herramientas que sustentan la calidad prestacional.

Actualmente constituye una oferta asistencial que le permite competir en inmejorables condiciones como prestador de servicios odontológicos; en estos momentos tiene a su cargo la prestación de servicios a más de setenta obras,

mutuales y prepagos, dando cobertura en el ámbito provincial a un universo que supera los dos millones de personas.

**F.O.P.B.A.** considera como **CENAS**, que la calidad de la atención de la salud es un derecho que tiene toda la población sin distinción de situación económica o social, forma de financiamiento ni lugar donde se produce la atención y que la Calidad es un componente fundamental de la equidad en salud.



Estamos alertas. ■

A través de este segundo número “**Hacia la Calidad en Salud**”, publicación de la Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (**CIDCAM**) y del Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud (**CENAS**), queremos compartir la preocupación tanto de los pacientes como de los prestadores y financiadores de los sistemas de salud en todo lo relacionado a la calidad y a la acreditación de establecimientos asistenciales.

En América Latina y el Caribe, desde hace años, existe una importante tendencia vinculada al desarrollo de programas de Garantías de Calidad. Durante el año 1991 la Organización Panamericana de la Salud (**OPS**) y la Federación Latinoamericana de Hospitales (**FLH**), propiciaron varias reuniones y conferencias en las que se discutió el tema y de las cuales surgió el documento “Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe” en el cual se describió el panorama de la región y se propusieron un conjunto de estándares para la acreditación de hospitales. Dentro de este contexto y contando con importantes antecedentes de distintas entidades se ubica la experiencia que se llevó a cabo en nuestro país, dónde el sector privado, la seguridad social y las sociedades científicas impulsaron la creación de la “Comisión Mixta para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica en la Argentina” (**CONCAM**).

Además de esta experiencia, es junto destacar que en otros países de América se han desarrollado proyectos de acreditación como en Colombia, Cuba, Puerto Rico y Chile, Brasil, México, Costa Rica, entre otros.

Sin embargo, la evaluación de la extensión de esta actividad nos lleva a concluir que existe todavía un largo camino por recorrer.

Para dar respuesta a este verdadero desafío, no cabe ninguna duda que la metodología a seguir, propuesta por la **CIDCAM**, es la de la “Autoevaluación Participativa” desarrollada a partir de indicadores que reflejan la estructura, los procesos y los resultados. Este proceso participativo y voluntario permite construir un cuadro de situación sobre cuál es la calidad y eficiencia de la atención médica que se brinda, poniendo de manifiesto los problemas e induciendo a la búsqueda de soluciones a corto plazo.

Este programa cuenta con la asesoría y apoyo del Centro **INUS** de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata y el aval del Ministerio de Salud y del **IOMA**.

Por otra parte, el **CENAS** ofrece a todos los establecimientos de salud la posibilidad de acreditar la calidad de atención que brindan poniendo a su disposición el “Programa Argentino de Acreditación en Salud (**PAACS**)”, diseñado con las más modernas técnicas de acreditación a nivel internacional en base a 99 estándares y 311 criterios de comprobación.

Por lo tanto, estamos convencidos, que para alcanzar la tan ansiada calidad en salud, la Autoevaluación propuesta por la **CIDCAM** y el proceso de Acreditación del **CENAS** son las herramientas incuestionables y aplicables fácilmente ya sea a establecimientos estatales como a privados.

COMITE DE REDACCION



**Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud.**

**Presidente**

Dr. José María Paganini

**Vicepresidentes**

1ª Dr. Gustavo Mammoni

2ª Dr. Norberto Cabutti

3ª Dr. Juan Larzabal

4ª Dr. Jorge Ochoa

5ª Dr. Jorge Jañez

**Director Ejecutivo**

Dr. Héctor S. Vazzano

**Directores**

Planeamiento

Dr. Ignacio Szapira

**Actividades Programáticas**

Dr. Carlos Peruzzetto

**Hacienda**

Lic. Roberto Ortiz

**Científico**

Dr. Julio Domínguez

**Técnico**

Dr. Juan Carlos Linares

**Prensa**

Dr. Juan Carlos Pusseto

**Jurídico**

Dr. Ernesto Badi

**Enfermería**

Lic. Albertina González

**Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad en la Atención Médica**

**Comisión Directiva**

**Presidente**

Dr. Héctor Vazzano. **FECLIBA**

**Vicepresidente**

Dr. Juan Pusseto. **FEMEBA**

**Secretario**

Dr. Héctor Ralli. **FEMECON**

**Tesorero**

Dr. Julio Dominguez. **ACLIFE**

**Vocal 1ª**

Dr. Oscar Ojea. **AMP**

**Vocal 2ª**

Dr. Horacio Rumbo. **ACLIBA I**

**Vocal 3ª**

Dr. Gustavo Mammoni. **FECLIBA D I**

**Vocal 4ª**

Dr. Jorge Lloves. **FECLIBA D II**

**Vocales suplentes:**

**Vocal 1ª**

Dr. Carlos Peruzzetto. **FABA**

**Vocal 2ª**

Dr. José Lago. **FEMECON**

**Vocal 3ª**

Dr. Roberto Dávila. **FEMEBA**

**Vocal 4ª**

Dr. Enrique Mules. **AMP**

**Comisión Revisora de Cuentas**

**Titulares**

Dr. Enrique Triaca. **FECLIBA**

Dra. Blanca Ferraresi. **FECLIBA**

Dr. Norberto Cabutti. **FABA**

**Suplentes**

Dr. José Barán. **AMP**

Dr. Jorge Ochoa. **FEMEBA**

Dr. Jorge Manfredi



**Por sugerencias contáctenos**  
**Tel/Fax:** 54 (221) 423 5755  
**e mail:** [cidcam@cidcam.com.ar](mailto:cidcam@cidcam.com.ar)  
Calle 60 y 120 - La Plata  
Fac. De Cs. Médicas, UNLP

Ed. De la Biblioteca 1e.Piso.  
**Buenos Aires**  
**Argentina**





## Excelencia en Alta Complejidad

## Máximo Nivel de Cobertura en todas las Prestaciones

### **1.500.000 beneficiarios de:**

- . La Administración Pública Provincial.
- . 129 municipalidades adheridas.
- . Planes de adhesión voluntaria.

### **200 oficinas de atención.**

### **Libre elección entre:**

- 31.500 médicos.
- 7.000 odontólogos.
- 2.100 bioquímicos.
- 520 centros de internación.
- 290 centros de atención para la discapacidad.
- 430 centros de alta complejidad diagnóstica.
- 150 centros de diálisis.
- 5.200 farmacias adheridas.