

El pasado 18 de noviembre se realizó la **III Jornada Internacional y la V Jornada Nacional de Calidad y Acreditación en Salud** que reunió a instituciones nacionales e internacionales, entidades académicas y organismos del Estado del Sector Salud, para debatir y profundizar aspectos relacionados a la calidad y acreditación en el sistema asistencial. La Jornada, que se extendió durante toda la mañana y parte de la tarde, se llevó a cabo, como otras oportunidades, en el Salón Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina, donde se desarrollaron conferencias y mesas de trabajo en las cuales mantuvieron a La Calidad en Salud como eje temático, ante una cantidad de participantes que superó los cálculos más optimistas.

La presencia del Presidente Honorario del Comité Científico, Académico Abraam Sonis, la apertura por parte Presidente del CENAS, Prof. Dr. José María Paganini y la del Presidente de la CIDCAM, Dr. Héctor Vazzano, le dieron el marco adecuado al evento que continuó con las conferencias de los invitados extranjeros.

El Dr. Astolfo Franco, Director del Programa de Seguridad del Paciente del Centro Imbanaco de Colombia, se refirió a «La Calidad en los hospitales de Colombia» e hizo un relato de cómo se trabajó para ser galardonados con el Premio «Hospital Seguro» que otorga la Asociación de Clínicas de Colombia.

El responsable del Área de Calidad y Auditoría en Salud del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, Dr. Javier Luna Orozco, abordó el tema de «La Calidad en los hospitales de Bolivia», dejando en claro que los hospitales no son entes aislados y siempre debe haber una interdependencia entre ellos; por lo tanto para lograr la calidad deben existir profundas transformaciones internas de las instituciones y una constante aplicación de instrumentos de evaluación, seguimiento y control.

La Conferencia del Director de Fiscalización Sanitaria del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dr. Pablo Binaghi, titulada «El enfoque contemporáneo de la Calidad en Salud», se destacó, cuando expresó que para lograr la Calidad en Salud se debe contar con recursos humanos calificados, funcionar transdisciplinariamente basados en evidencias y contar con viabilidad económica.

Las mesas redondas, con reconocidos profesionales en la presidencia, en la coordinación y en sus panelistas, abordaron temas de actualidad como «Ley 26.529, derechos del paciente», «Quirófano Seguro» e «Infección Hospitalaria».

Dentro de las conclusiones, la más trascendente, fue la relacionada con la necesidad de ajustar permanentemente las estrategias de desarrollo de la calidad y el apoyo a las instituciones del sector. En ese sentido y respondiendo a los mismos lineamientos, la CIDCAM ha decidido ampliar su estrategia de apoyo a las clínicas basadas no sólo en la autoevaluación, sino también en la identificación de los procesos críticos, su desarrollo y certificación; el nuevo Manual 2011, del cual se dan más detalles en éste número, será uno de los instrumentos de ésta estrategia.

En el cierre el Prof. Dr. José María Paganini, se refirió a como deben continuar los procesos de acreditación haciendo un análisis de cómo está la Argentina en relación a otros países, lo cual tuvo la oportunidad de evaluar en la última reunión de la International Society for Quality in Health Care (ISQUA) celebrada en París el pasado mes de octubre y a continuación anunció el nuevo Manual del CENAS con seiscientos dos estándares.

Por último, los Presidentes de CENAS y CIDCAM hicieron entrega de diplomas a las entidades acreditadas reconociéndolas como «Líderes de la Calidad».

Finalmente, como en otras oportunidades, los participantes en forma unánime reconocieron el nivel académico alcanzado, hecho que compromete al Comité Organizador para superarlo en el 2011.

Comité de Redacción



HACIA LA
CALIDAD
en Salud

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/
4277399
email:cidcam@cidcam.org.ar

Diseño
DCV Carol Tri
Impresión
Emanuel San Juan

HACIA LA CALIDAD en Salud



1. Editorial



3. III Jornada Internacional y V Jornada Nacional de Calidad y Acreditación en Salud



9. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica



16. Noticias FOPBA.



18. CENAS. Nuevo manual de acreditación. Año 2010.

22. CIDCAM. Nuevo manual para la autoevaluación y certificación de procesos. Año 2011



23. La celebración del 55° aniversario de FECLIBA



Agenda

Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad en la Atención Médica (CIDCAM)

Presidente

Dr. Héctor Vazzano. FECLIBA

Vicepresidente

Dr. Roberto Dávila. FEMEBA

Secretario

Dr. Héctor Ralli. FEMECON

Tesorero

Cr. Andrés Marensi ACLIFE

Vocal 1°

Dr. Gonzalo Hernández. AMP

Vocal 2°

Dr. Horacio Rumbo. ACLIBA I

Vocal 3°

Dr. Gustavo Mammoni. FECLIBA D. I

Vocal 4°

Dr. Jorge Lloves. FECLIBA D. II

Vocales suplentes

Vocal 1°

Dr. Carlos Peruzzetto. FABA

Vocal 2°

Dr. José Lago. FEMECON.

Vocal 3°

Dra. Silvia Lescano. FOPBA

Vocal 4°

Dr. Abel Oliveros. FEMEBA



Comisión revisora de cuentas

Dr. Enrique Triaca. FECLIBA I

Dr. Claudio Duymovich. FABA

Suplentes

Dr. Gustavo Marinucci. AMP

Dr. Jorge Ochoa. FEMEBA.

Dr. Horacio Sovanni. FEMECON

Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud (CENAS)

Presidente

Dr. José María Paganini

Vicepresidentes

1° Dr. Gustavo Mammoni

2° Dr. Norberto Cabutti

3° Dr. Jorge Ochoa

4° Dr. Jorge Jañez

Director Ejecutivo

Dr. Héctor Vazzano

Directores

Actividades Programáticas

Dr. Roberto Scarsi

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

III Jornada Internacional y V Jornada Nacional de Calidad y Acreditación en Salud



Drs. Vazzano y Paganini

El pasado 18 de noviembre, organizadas por el Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud (CENAS) y la Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (CIDCAM) se llevaron a cabo en el Salón Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina. En éste número se transcriben las tres primeras conferencias y en el próximo, el desarrollo de las Mesas Redondas y la Conferencia de Cierre.

CONFERENCIA N° I

La Calidad en los Hospitales de Colombia Dr. Astolfo Franco

El Dr. Astolfo Franco, Director del Programa de Seguridad del Paciente del Centro Imbanaco de Colombia, se refirió a la Calidad en los hospitales de ese país, e hizo un relato de cómo se trabajó para ser acreedores del Premio «Hospital Seguro» que otorga la Asociación de Clínicas de Colombia.

El Centro Médico Imbanaco cuenta con:

- 305 especialistas accionistas.
- 117 camas: 12 UCI.
 - 11 Cuidados intermedios.
 - 8 UCI neonatales.
 - 12 Cuidados intermedios y cunas.
- 4.500 ingresos por urgencias
- 650 egresos de hospitalización por mes.
- 12.058 cirugías al año.
- 104.908 estudios de imágenes.
- 780.00 exámenes de laboratorio al año.

Certificaciones, acreditaciones y premios colombianos logrados:

- ISO 9001: ISO 14001: ISO 18001.
- Acreditación del Laboratorio Clínico por el CAP desde 2004.
- Premio Calidad en Salud Colombia: Categoría Plata 2006.
- Acreditación en Salud desde 2006.
- Premio Colombiano a la Calidad de la Gestión 2007.

- Orden al Mérito en gestión humana 2009.
- Galardón Nacional Hospital Seguro 2010.
- Premio Cruz Esmeralda a la gestión en salud ocupacional 2010.

En Colombia los componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad, según decretos 2309/02 y 1011/2006 son:

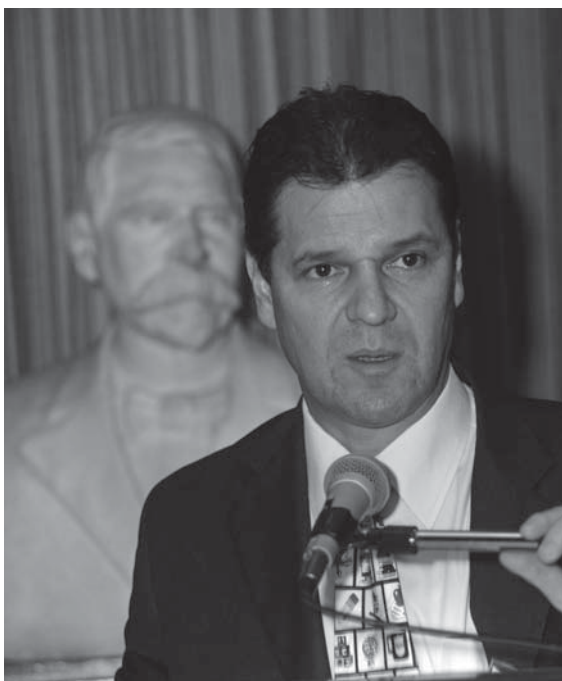
- Sistema Unico de Habilitación.
- Sistema Unico de Acreditación.
- Auditoría para el mejoramiento de la Calidad.
- Sistema de información para la Calidad.

La Junta de Acreditación en Salud, en su sesión del 27 de junio de 2010, ratificada por el Consejo Directivo del ICONTEC el 20 de julio de 2010 otorgó el Certificado para el Nuevo Ciclo de Acreditación al Centro Médico Imbanaco de Cali S.A., sede principal y sedes de Chipichape y Ciudad Jardín con los siguientes estándares evaluados:

- Hospitalarios: 302
- Ambulatorios: 302
- EPS: 155
- Laboratorio Clínico: 160
- Imagenología: 170
- Habilitación y Rehabilitación: 95
- Direcciones territoriales en salud: 112

Los ejes de la acreditación en salud considerados fueron:

- Seguridad del Paciente.
- Humanización de la Atención.
- Gestión de Tecnología.
- Enfoque de riesgo.



Dr. Astolfo Franco

Los grupos de estándares evaluados fueron:

- Asistenciales.
- Direccionamiento.
- Gerencia.
- Recursos Humanos.
- Planta Física.
- Información.
- Gestión de tecnología.
- Integración de redes.

Esquema de calificación para el otorgamiento de la acreditación

- Menos de 200 puntos: *No Acreditado.*
- Entre 200 y 279 puntos: *Acreditación condicionada.*
- Entre 280 y 399 puntos: *Acreditado.*
- Más de 400 puntos: *Acreditado con excelencia.*

Desde el año 2005 a la fecha, en Colombia se presentaron 28 solicitudes de acreditación, de las cuales 19 correspondieron a instituciones privadas y 9 a públicas.

En relación a la Política sobre la Seguridad del Paciente (PSP), en el Centro Imbanaco, está fundamentada en dos aspectos: adherencia a guías y listado de chequeos y al reporte de fallas, incidentes y resultados clínicos; para que la misma sea un hecho se necesitan:

- 1- Liderazgo colectivo.
- 2- Aplicación del pensamiento sistémico, disciplina que consiste en ver la totalidad.
- 3- Localismo, que consiste en acatar la autoridad, el poder y la responsabilidad del «CIMA», dando autonomía a los colaboradores y a los líderes del proceso; el 99% de las dificultades se resuelven localmente.

CONFERENCIA N° 2

**La calidad en los hospitales de Bolivia
Dr. Javier Luna Orosco E.**

El Dr. Javier Luna Orosco E. es el Responsable del Área de Calidad y Auditoría en Salud del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, quién dejó en claro que los hospitales no son entes aislados y siempre debe haber una interdependencia entre ellos y para lograr la calidad deben existir profundas transformaciones internas de las instituciones y una constante aplicación de instrumentos de evaluación, seguimiento y control.

El Dr. Javier Luna Orosco comenzó diciendo que hay que tener en claro que significa la Calidad y la Seguridad del Paciente en los hospitales:

- Es un cambio que conmueve la estructura del sistema.
- No hay que banalizar conceptos (tema de moda, mercadoterapia o de simple mejoramiento y actualización tecnológica)
- Debe obedecer a un marco legal y regulatorio único para todos y de cumplimiento obligatorio.
- Implica profundas transformaciones internas de las instituciones.
- Es un proceso continuo que no tiene reversión.
- Conlleva readecuaciones de actitud y comportamiento en el personal médico sanitario.
- Requiere la aplicación constante de instrumentos de evaluación, seguimiento y control.

Preocupaciones Iniciales

- Denuncias crecientes por mala atención en los servicios de Salud.
- Casos de mala praxis comprobada.
- Trato deshumanizado o mal trato.
- Vulnerabilidad de usuarios, prestadores e instituciones.
- Desorden sectorial.

Puntos de partida

- Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico (diciembre de 2005).
- Creación de la Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoría (junio de 2006).
- Nueva Estructura Ministerial.
- Programa Nacional de Calidad en Salud (PRONACS).



Dr. Javier Luna Orosco E.



Drs: Vazzano, Franco, Orosco, Pagés y Paganini

CALIDAD: «Condición de la organización sanitaria que de acuerdo a caracterización y normativa claramente definida dentro de un sistema, permite cumplir funciones bien realizadas y seguras que cubren satisfactoriamente las expectativas, requerimientos y necesidades de los usuarios, con recursos optimizados y equitativamente distribuidos». *Comisión Nacional de Calidad y Auditoría.*

Calidad es en esencia la condición o conjunto de condiciones que permiten **hacer bien hechas las cosas**, sean estas acciones, servicios o productos, **causando satisfacción** en quienes las reciben y en quienes las realizan.

La importancia ineludible de la caracterización

Permite definir el perfil pormenorizado del establecimiento de salud, sobre la base de un **mínimo común ético** imprescindible, que permita la funcionalidad con calidad y seguridad.

Gestor de la calidad

Para que lo explicado se cumpla y la calidad no quede en el plano teórico, debe asegurarse la existencia de un equipo humano que promueva cotidianamente la gestión y atención de calidad al interior de los propios establecimientos de salud.

No otra cosa es el Gestor de Calidad, piedra angular que le da sustento al sistema, porque de acuerdo a su formación y capacidad técnica en calidad, es el nivel específico que tiene el establecimiento de salud, para estimular, hacer el seguimiento y controlar que las distintas reparticiones y unidades presten servicios de calidad y seguridad de acuerdo a indicadores bien definidos, logrando así satisfacción de los usuarios internos y externos y, un estado de credibilidad (acreditación) permanente.

Identificando la problemática

- Ausencia de sistema.
- Competencias institucionales poco precisas.
- Débil rectoría del Ministerio de Salud y Deportes.
- Redes de salud no estructuradas. Ausencia de una política de hospitales.
- Dispersión, imprecisión o ausencia de normativa.
- Insuficiente capacidad resolutive.
- Ausencia de una política sectorial de RR HH.
- Participación ciudadana mal definida.

Avances

- Propuesta de Ley del Sistema Único de Salud.
- Ley Orgánica de Salud en curso de elaboración.
- Reglamento General de Establecimientos de salud en curso de aprobación.
- Propuesta elaborada del Instituto Médico de Conciliación y Arbitraje (Instituto de Calidad).
- Propuesta para la normalización sistémica del Expediente Clínico.
- Norma Nacional para la estructura de Redes de Servicio.
- Norma Nacional de referencia y retorno.
- Caracterización del Primer Nivel.

Tareas pendientes

- Concluir, aprobar y poner en práctica el marco normativo.
- Alinear los establecimientos de salud a la norma de caracterización.
- Alinear los establecimientos de salud a la nueva política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI).
- Formalizar la institucionalidad del Gestor de la Calidad en los hospitales y cabeceras de red.
- Crear un sistema de supervisión y control.

Dificultades

- Politización de las instancias técnicas.
- Disgregación de los mandos sanitarios.
- Falta de continuidad gestionaaria.
- Insuficiente voluntad política para impulsar la calidad en salud como una prioridad nacional.
- Limitación de recursos para la «inversión» que implica mejorar la calidad.



Ipensa

Primer Clínica de IV Categoría de la Ciudad de La Plata Acreditada y Reacreditada

Calle 59 N° 434, La Plata. Conmutador (0221) 427 1190 Turnos (0221) 421 2396
info@ipensa.com | www.ipensa.com

- Deficiencias de flujo en los procesos administrativos financieros.
- Limitaciones en la difusión de la normativa elaborada.
- Falta de cultura de calidad, indiferencia y resistencia al cambio en los RR HH del sector salud.

Desafíos futuros

- Asumir la Calidad como **razón de estado** en las políticas de salud.
- Lograr sustentabilidad de **Calidad** en todos los establecimientos de salud.
- Acreditar el **conjunto** del sector y hacer más confiable los servicios de salud.
- Recuperar la confianza de la población y lograr mayor satisfacción de los usuarios.
- Aplicar esquemas validados de atención intercultural en los establecimientos de salud.
- **Unificar** condiciones de infraestructura, organización y funcionamiento de los establecimientos de salud.
- Definir indicadores de Calidad para **todos** los servicios y prestaciones de salud.
- Alcanzar niveles internacionales de Calidad.
- Incorporar el uso y aplicación de instrumentos más exigentes para el mejoramiento de la Calidad.
- Tener capacidad de evaluar.

CONFERENCIA N° 3

El enfoque contemporáneo de la calidad en salud

Dr. Pablo Binaghi

El Dr. Pablo Binaghi hizo un detallado análisis de cómo el médico, la tecnología, las instituciones, los financiadores, el proceso asistencial y la evaluación externa participan como garantes de la Calidad de la Atención Médica.

El médico como garante de mejor calidad asistencial

- Modelo Médico-Hegemónico.
- Sobreestimación del Médico.
- El Médico como Garante personal, ético, moral y técnico.
- Paciente sometido, sumiso.
- El paciente está perfectamente asistido.

Fallos de calidad

- Bajo Nivel de Evidencia.



Dr. Pablo Binaghi

La tecnología como garante de la mejor calidad Asistencial

Desarrollo de nuevas tecnologías:

- Inducción al consumo de los nuevos desarrollos tecnológicos.
- Superespecialización médica.
- Dilución de la imagen del «Médico de Familia».
- Pérdida del criterio semiológico y clínico.

Paciente Cliente:

- El Paciente como variable económica de la inversión.
- El Paciente como inductor del consumo tecnológico.
- Internet y el masivo acceso a la información.

Fallos de calidad

- Criterios erróneos en la utilización de nuevas tecnologías, mayores costos y sobreprestación.

Las instituciones como garantes de mejor calidad Asistencial

Institucionalización de la Medicina:

- La Tecnología es patrimonio de la Empresa de Salud.
- La Tecnología y los Equipos Médicos se institucionalizan.
- Surgen las Sistemas de Emergencia y Atención Domiciliaria.
- Desaparece el Médico Domiciliario.
- Crece la creencia que la interdisciplina asegura Calidad.
- Aumenta el riesgo de sobreprestación.
- Aumentan los costos.

Fallos de calidad

- Fragmentación del acto médico que facilita fallas.

BIOSEGURIDAD

OFIMED s.r.l. ofrece certificaciones de SEGURIDAD ELÉCTRICA (IEC 60601-1/ IRAM 4220) y PERFORMANCE para su equipamiento médico, otorgándole confianza y seguridad para sus pacientes y la posibilidad de cumplimentar los requisitos para la obtención de certificados de Calidad, Quirófano, Neonatología, UT I, Esterilización, Laboratorio, etc

Av. 51 N° 1069 -La Plata- Bs.As. | Tel. / Fax (0221) 451.8000 LinRot | info@ofimed.com.ar | www.ofimed.com.ar



Dres: Franco, Binaghi, Vazzano, Orosco, Paganini

- Pérdida del trato personalizado que facilita fallas.
- Aumento de cosos con crisis del sistema financiador.
- El paciente cautivo de un sistema ineficiente.
- Inequidad: «La salud según pueda Ud. pagar...».
- El que no tenga recursos que sea asistido por el Estado.
- Criterios de desarrollo y regulación disímiles y desarticulados entre el Estado y el Sistema Privado de Salud.

Los financiadores como garantes de mejor calidad asistencial

- Se fortalece el concepto de Gerenciamiento en Salud.
- Las Entidades Intermedias, Asociaciones, Federaciones Gremios, etc. como actores centrales de la regulación de la salud.
- Limitación de costos basados en la lógica del sistema: Módulos, cápitas, visitas vestidas, etc.
- Limitación desde la entrada basada en la restricción del pago.
- El paciente se transforma en un número.
- El paciente se informa, reclama y se transforma en enemigo.
- Judicialización, litigiosidad debida e indebida.
- Medicina defensiva.

El proceso asistencial como garante de mejor calidad asistencial

- Donabedián: La estructura, los procesos y los resultados.
- El Ciclo de Demy y la Mejora Continua: Planear, Hacer Medir y Mejorar.
- En Argentina el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica. PNGCAM, 1993.

- Reaparece la necesidad de Médico Hospitalista.
- El Paciente vuelve a ser percibido como beneficiario del sistema.

La evaluación externa como garante de mejor calidad asistencial

La Certificación de Procesos:

- Las Normas ISO (International Standards Organization). 1987
- La Certificación de los Laboratorios Bioquímicos. 1987.
- CIDCAM y la Declaración de La Plata. 1996. Más de 300 Establecimientos.

La Acreditación de Calidad:

- The Joint Comision (USA). 1951
- El Centro Especializado para la Acreditación y Normalización en Salud (CENAS). 2004. Buenos Aires, San Juan, Tucumán, Ente Ríos, Mendoza, Chaco, Corrientes y Formosa.

Para tener calidad en salud se debe

- Contar con RR HH altamente calificados.
- Funcionamiento transdisciplinario.
- Con la tecnología adecuada.
- Basados en la evidencia.
- Con viabilidad económica.
- Mediante procesos homologados y certificados.
- En organizaciones sistemáticamente acreditadas.
- Tanto estatales como privadas.
- Garantizando la accesibilidad y la seguridad de las personas.



FECLIBA

5 Aniversario
1956-2011

INSTITUTO SUPERIOR EN SALUD

La mejor alternativa para lograr el objetivo



- Enfermería Profesional
- Cursos, Capacitaciones y Especializaciones
- Pasantías y Prácticas Profesionales

Av. 7 N. 532, PB - La Plata - Pcia. Bs As.
Tel. (0221) 412-9100. Internos 150/159/169
docencia@fecliba.org.ar



INSTITUTO
SUPERIOR
EN SALUD
FECLIBA

Incorporado a la
Educación Oficial.
DIPREGEP Nro.6269

www.fecliba.org.ar

Estudio IBEAS

Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica

Segunda parte

El 21 de septiembre de 2009 tuvo lugar en México la presentación del *Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos (IBEAS)*, proyecto dirigido por el Ministerio de Salud y Política Social y la Organización Mundial de la Salud en colaboración los Ministerios de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú y gestionado por la Organización Panamericana de la Salud. En el número anterior, transcribimos el prólogo, los antecedentes y justificación del estudio. En éste número van las hipótesis, objetivos generales y específicos, metodología, procedimientos, variables, el análisis de los datos y las dificultades y limitaciones del Estudio.

Hipótesis

Basándose en los antecedentes expuestos, la hipótesis de trabajo es que los sucesos adversos puedan alcanzar al menos al 10% de los sujetos atendidos en el hospital y que al menos un 40% de ellas puedan ser evitados.

Objetivos generales

1. Mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente, por medio de la aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de los Efectos Adversos (EA) y el análisis de las características de los pacientes y de la asistencia que se asocian a la aparición de EA evitables.
2. Identificar áreas y problemas prioritarios de la seguridad del paciente para facilitar y

dinamizar procesos de prevención para minimizar y mitigar los efectos adversos.

3. Incrementar la masa crítica de profesionales involucrados en la seguridad del paciente.
4. Incorporar a la agenda de todos los países, en los diferentes niveles organizativos y asistenciales, objetivos y actividades encaminadas a la mejora de la seguridad del paciente.

Objetivos específicos

1. Estimar la prevalencia de EA asociados a la asistencia hospitalaria de 5 países de Latinoamérica.
2. Estimar la incidencia de EA asociados a la asistencia hospitalaria en una muestra de los pacientes en estudio.
3. Identificar las características del paciente y de la asistencia en los pacientes con y sin EA relacionado con la asistencia hospitalaria.
4. Estimar el impacto de la asistencia en los EA distinguiendo los evitables de los que no lo son.
5. Describir los tipos de EA asociados a la asistencia hospitalaria.
6. Analizar la distribución de los EA asociados a la asistencia sanitaria con relación a los diversos servicios.
7. Valorar ventajas y limitaciones de la aproximación a la seguridad de los pacientes desde la incidencia o desde la prevalencia de EA.
8. Facilitar la discusión de los resultados entre los profesionales según niveles de compromiso, por medio de informes ordenados por región, país y hospital.

9. Identificar los EA de mayor trascendencia para diseñar estrategias preventivas que faciliten la minimización de los mismos por valoración de la evolución temporal mediante estudios en panel.

Metodología

Diseño

Estudio observacional analítico de corte transversal. Complementariamente, estudio de seguimiento para estimar la incidencia de EA en una muestra de los sujetos del estudio.

Ámbito de estudio

Hospitales de cinco países de Latinoamérica: México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia.

Sujeto de estudio

Todos los pacientes ingresados en el hospital en el momento del estudio (una semana) sea cual sea la causa del ingreso o la especialidad o el servicio (incluyendo niños sanos en programa de protección de menores).

Muestreo

Se estimó necesario un tamaño de muestra en torno a 2000 pacientes en cada país para alcanzar una precisión mínima de un 1,5% con una prevalencia estimada del 10% y unas pérdidas del 5%, aunque no se pretendía realizar inferencia debido a que el muestreo no era aleatorio. Se esperaba encontrar 40 EA por hospital, 200 EA por país y 800 EA para todo el proyecto. Debido a que el objetivo del estudio era dotar a los países de esta metodología antes que hacer inferencia de los resultados obtenidos a la región o al propio país, el muestreo en cada uno de los países fue por oportunidad.

Se formó un Comité de Dirección en cada país a propuesta de cada coordinador del estudio. Este Comité eligió los hospitales que participarían en el proyecto según una serie de criterios:

- Hospitales con más de 300 camas, de tal modo que el conjunto de los cinco hospitales de cada país supusiera alrededor de 1500 camas.
- Hospitales de agudos, estancia media debería ser inferior a 15 días.
- Complejidad asistencial media-alta.

- Se excluían hospitales monográficos o centrados en una patología concreta.

Teniendo en cuenta estos criterios se determinó la inclusión, inicialmente, de 20 hospitales en el estudio.

Procedimiento

Estudio transversal:

Para identificación de EA se utilizó un cuestionario elaborado a partir de una investigación previa, de una lista de condiciones similar a la de los estudios de Nueva Cork, UTA y Colorado, bajo técnicas de consenso. Las historias clínicas que cumplían al menos uno de los criterios fueron examinadas en detalle para la caracterización precisa del EA.

Dos investigadores por cada hospital examinaban todas las historias clínicas buscando alguna de las condiciones alerta de EA, para determinar si éste se había producido y entonces lo clasificaban. Se estudiaban las 24 horas anteriores al proceso de revisión, independientemente del tiempo de duración del ingreso.

Todos los hospitales debían realizar el estudio en un solo día, en la misma fecha, en un tiempo máximo de una semana. Si el paciente no se encontraba en la habitación pero si su historia clínica, se realizaba el estudio normalmente. Cuando ni el paciente ni su historia se encontraban presentes en el momento de la revisión se difería el estudio al final de la jornada. Si para entonces no había vuelto el paciente (o su historia clínica), se consideraba que la cama estaba vacía a efectos del estudio. Sólo se estudiaba un paciente una sola vez. Si un paciente había sido estudiado previamente en otro servicio y se trasladaba a otra cama, no valía estudiarse. Se hacía un recorrido ordenado de cada Servicio o Unidad.

Estudio retrospectivo:

Sobre un 10% de las historias estudiadas en el corte transversal elegidas al azar se realizó una revisión retrospectiva del caso en la que se investigó la incidencia de algún EA independientemente de que estuviera presente en el corte transversal o no. La revisión se realizó sin conocer el resultado del estudio transversal.

El cribado se realizó en forma retrospectiva tras el alta del paciente teniendo en cuenta todo el proceso de hospitalización y el médico estudió las historias clínicas cuyo cribado hubiera dado positivo, caracterizando los EA que se hubieran originado en cualquier momento de la atención de ese paciente.

VARIABLES RESULTADO

Efecto Adverso:

Todo accidente imprevisto e inesperado recogido en la historia clínica que ha causado muerte, lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente.

Se incluyeron los EA activos, presentes en el momento de realización de la encuesta, los que hubiesen precisado tratamiento que se mantuviera en el momento de la recogida de los datos o aquellos cuyas secuelas estuviesen todavía presentes en el paciente.

Efecto Adverso grave:

Aquel que está relacionado con el fallecimiento del paciente o ha necesitado de una intervención quirúrgica para su reparación.

Efecto Adverso evitable:

Para determinar que el suceso adverso era evitable los revisores puntuaron en una escala creada al efecto.

VARIABLES INDEPENDIENTES

Ligadas al paciente:

- Edad.
- Sexo.

- Factores de riesgo intrínseco: coma, insuficiencia renal, diabetes, neoplasia, EPOC, inmunodeficiencia, neutropenia, cirrosis hepática, drogadicción, obesidad, desnutrición, ulcera por presión, malformaciones, insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, hipertensión.

Ligadas a la asistencia:

- Complejidad del hospital.
- Tipo de ingreso.
- Estancia en días.
- Factores de riesgo extrínsecos: sonda urinaria abierta, sonda urinaria cerrada, catéter venoso periférico, catéter venoso central, catéter central de inserción periférica, catéter venoso central, nutrición parenteral, nutrición enteral, sonda nasogástrica, terapia inmunosupresora.

Ligadas a la enfermedad o procedimiento:

- Diagnóstico principal.
- Procedimiento diagnóstico o terapéutico.

Ligadas al impacto:

- Estancia ocasionada por el efecto adverso.
- Diferencia entre duración de estancia con y sin EA.
- Procedimientos y tratamientos añadidos como consecuencia del EA.
- Incapacidad.

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos se introdujeron en la base de la aplicación informática para la gestión de los datos, realizándose una depuración de los mismos mediante rangos y cruce de campos lógicos.



ASSII LA RED
ADMINISTRACION DE SOLICITUDES DE IMPLANTES



GESTION DE LA CALIDAD
RS 9000-1497
Sistema de Gestión de Calidad certificado por IIRAM certificado por ISO 9001:2008

**Licitaciones Online | Gestión Certificada | Asesoramiento y Consultoría
Inscripción en el Registro de Proveedores | Trayectoria Profesionalizada**

**Calle 6 n° 663 (1900) La Plata - Teléfono: (0221) 439-5000
e-mail: info@femape.org.ar - www.femape.org.ar**

Se realizó un análisis estratificado por país para comparar las diferentes relaciones halladas en el análisis bivariado.

Finalmente se realizó un modelo de regresión logística o multinomial ordinal para explicar la prevalencia de EA, su gravedad y su carácter evitable estudiándose fenómenos de confusión e interacción.

Dificultades y limitaciones del estudio

La identificación del EA se realizó mediante la información recogida en la historia clínica. Una mala calidad de ésta podría haber llevado a infraestimar la prevalencia. Un estudio de corte permitió consultar al equipo médico en el momento de la recogida de los datos, para aclarar cualquier incertidumbre o duda relacionada con el efecto adverso.

La caracterización del EA como provocado por la asistencia mas que por el proceso nosológico en sí, era un juicio de valor del encuestador, por lo que para aumentar la confianza de que así fuese, se le pedía que puntuase de 1 a 6 la probabilidad de que se debiese a la asistencia, requiriéndose un valor igual o mayor a 4 para ser considerado como tal. El mismo criterio se utilizó para calificar el efecto adverso como evitable.

La guía de cribado se ha utilizado en los estudios americanos, australianos y en distintos países europeos. Ha presentado una alta sensibilidad (84%) para la detección de EA, por lo que asumimos que el número de falsos negativos sería pequeño y que el número de falsos positivos se podría detectar con la revisión del segundo cuestionario. Esta valoración permitió adecuar las condiciones de alerta para los estudios transversales.

La versión en español del cuestionario modular para revisión de casos ha sido adaptado en España para la realización del proyecto IDEA, y modificado después del estudio ENEAS. Se trata de un cuestionario en el que el investigador debe realizar algunos juicios de valor, por lo que debe ser una persona experta en el tema, capaz de detectar los sucesos adversos mediante criterios implícitos en la mayoría de las ocasiones. Aunque a priori esto suponía una limitación importante, podría ser útil para que el experto se implicase y participase en el proceso de análisis del problema y, a posteriori, colaborase en la propuesta de medidas preventivas. La fiabilidad del cuestionario evaluada en otros estudios ha sido caracterizada como moderada.



ACLIFE

ASOCIACIONES DE CLÍNICAS Y SANATORIOS FEDERADAS

ACLIBA I: Calle 5 N° 669 La Plata Tel: (0221) 483-9590

ACLIBA II: Lavalle 51 Of. A Avellaneda Tel: 4201-7181

ACLIBA III: Larrea 478 Morón Tel: 4627-5716

ACLIBA IV: Av. Rolón 881 Boulogne Tel: 4766-1060

Av. Callao 449 Piso 7ª Of. A y B - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
T.E. 4373-4102 / 4123

E-mail: info@aclife.com.ar / Web: www.aclife.com.ar

Infección hospitalaria: Recomendaciones para su prevención y control

Uso racional de los antimicrobianos

Como parte de los procesos de prevención y de control de la infección hospitalaria, en éste número y como una de las actividades específicas se tratará el tema del «uso racional de los antimicrobianos».



Cuando se prescribe un antibiótico debe tenerse en cuenta que, no solamente estamos actuando contra un microorganismo «blanco», sino también alterando el equilibrio microbiológico del paciente y asimismo presionando sobre la ecología bacteriana del área en que éste se halla, tanto sea internado como ambulatorio.

Si bien el advenimiento tanto de los quimioterápicos como de los antibióticos significó un importante logro en la lucha contra las enfermedades infecciosas, ello trajo también diversos inconvenientes, tales como:

- Relajamiento de las normas de asepsia y antisepsia.
- Peligrosa tendencia a no profundizar en la búsqueda del diagnóstico correcto por la falsa sensación de seguridad que brinda su uso.

- Surgimiento de polirresistencias, aún en gérmenes tradicionalmente sensibles.
- Desconocimiento, cada vez mayor, de su mecanismo de acción y cualidades farmacológicas, lo que determina el uso inadecuado de los mismos.
- Abuso de prescripción. Los antimicrobianos no pueden reemplazar el oportuno control quirúrgico de una colección de un foco de sepsis.

La resistencia bacteriana (RB) es uno de los grandes problemas emergentes en salud pública, pues aumenta la morbilidad, la mortalidad, los fracasos terapéuticos y, a la vez, incrementa los costos. Los mecanismos que la determinan, algunos de los cuales son médico-dependientes son:

- Presión antibiótica, en particular de amplio espectro.
- Uso inapropiado.
- Sobreprescripción (el efecto placebo de los antimicrobianos oscila entre el 30 y el 40%).
- Abuso de la terapéutica empírica sin criterio. Esta está justificada ante cuadros muy severos hasta la obtención de los resultados bacteriológicos.
- Tratamientos profilácticos innecesarios o demasiados prolongados.

Si es meta de la buena práctica médica brindar **calidad de atención con costo razonable**, la elección correcta del tratamiento antimicrobiano es uno de los caminos.

Enfrentamos en la actualidad nuevos problemas y modalidades de empleo:

- Mayor expectativa de vida, pero a veces en condiciones precarias.
- Tendencia hacia el tratamiento oral de las infecciones severas.
- Tratamientos acortados.
- Comienzo de la utilización de la terapia en domicilio por vía endovenosa de las infecciones que antes eran necesariamente de manejo con el paciente hospitalizado. Ejemplos: osteomielitis, artritis séptica, endocarditis, infecciones en inmunocomprometidos, infecciones pleuropulmonares. Debe utilizarse sólo ante infecciones controladas, condiciones de confort, cooperación familiar y del paciente, enfermería idónea, acceso vascular y posibilidad de control periódico.
- Ecuación costo / beneficio. Tener en cuenta que hay costos de adquisición, administración (vía, descartables, enfermería, internación), de utilización (monitoreo) y de las posibles consecuencias.

Criterios de selección

El mejor antimicrobiano será el que reúna las siguientes cualidades:

- Actuar específicamente contra el microorganismo causal y en forma bactericida.
- Lograr concentración adecuada en el foco u órgano afectado.
- No ser lesivo para el paciente por estar adecuado a su estado orgánico (antibiótico personalizado).
- No inducir la aparición de resistencias.
- Tener bajo porcentaje de efectos colaterales o reacciones adversas.
- A igual efectividad, se mas barato.

Para la selección se tendrán en cuenta dos aspectos fundamentales: la prescripción individual y la política institucional.

I- Prescripción individual: la selección del antimicrobiano debe ser el resultado de un razonamiento lógico que comprende los siguientes interrogantes:

- ¿Hay infección?
- Si la hay, ¿necesita tratamiento?
- ¿Se conoce el agente causal?
- ¿Se realizó diagnóstico etiológico?
- ¿Se conoce la sensibilidad el germen?
- ¿Dónde está ubicado el proceso?
- ¿El antibiótico puede alcanzar el foco?
- Si no se conoce la etiología, ¿cual es el perfil clínico del cuadro?
- ¿Hay antecedentes epidemiológicos de interés?
- ¿Cuáles son las variables del huésped (edad, embarazo, insuficiencia renal, inmunocomprometido, etc.). La idea es indicar el antibiótico de manera «personalizada» y no solamente en función del agente causal.



Bermúdez, Lose & Asociados
AUDITORES, CONSULTORES Y ASESORES TRIBUTARIOS

Sarmiento 776 1º piso Oficina «B» C1041AAP C.A.B.A.

Tel./Fax: 54 11 4393-2948 (líneas rotativas)

e-mail: estudio@blyasoc.com.ar

- ¿Dónde fue adquirida la infección:
 - En la comunidad?
 - En el establecimiento asistencial?
 - En el exterior?
- ¿Cuál es la gravedad del caso clínico?
- ¿Se requiere un antibiótico bacteriostático o bactericida?
- ¿Se necesita más de un antibiótico?
- ¿Cuáles son los criterios de asociación de antibióticos?
- ¿Cuáles es la vía más adecuada y operativa.
- ¿Cuál es la dosis a utilizar y la duración estimada del tratamiento?
- ¿Cuál es el costo aproximado?
- ¿Hay factores que pueden modificar la respuesta?
- Efectos adversos probables.

2- Política institucional: se basará en el cumplimiento de las Normas de Diagnóstico y Tratamiento vigentes en el establecimiento asistencial. Cada institución establece su política

de antimicrobianos que debe ser dinámica y acorde con la de las obras sociales, mutuales y prepagos con quienes tenga convenio:

- Vademecum adecuado.
- Uso prudente.
- Auditoría.
- Utilización terapéutica o profiláctica, según normas.
- Rotación oportuna de la vía parenteral a la oral.
- Compra de productos de calidad al mejor precio.

Bibliografía:

- Cechini E., González Ayala S.: Quimioantibioticoterapia. En Microbiología Biomédica de Basualdo Ja, Coto CE, de Torres RA. Cap. 94; pp 865-870. Editorial Atlante, Buenos Aires. 1996.
- Eickhoff TC. Antibiotic and nosocomial infections In Hospital Infections by Bennett JV, Brachman PS, Chapter 14, pp 201-214, 4^a edition. Lippincott-Raven Publishers. Philadelphia. 1998.
- Phillips I., French GI: Nosocomial infections and antimicrobial resistance. In Hospital Epidemiology and Infection Control by Mayhall CG, Chapter 74, pp 980-1000, Williams & Wilkins, Baltimore. 1996.



FABA

Federación Bioquímica de la
Provincia de Buenos Aires

**La Calidad y la Responsabilidad profesional son
los principales objetivos de los laboratorios que integran
la Red de la Federación Bioquímica
de la Provincia de Buenos Aires**



Porque primero es la Salud

“SOMOS PRIMEROS EN CALIDAD”

Madres y padres: la columna vertebral de pacientes con Discapacidad

La Clínica de atención a personas con Discapacidad en FOPBA, causa un gran impacto en quienes se asoman a conocer su funcionamiento y realidad. A la afectuosa atención de los profesionales y la respuesta confiada de los pacientes, hoy sumamos un tercer factor fundamental y estructurante de todo este proceso: la opinión de los padres. Es muy gratificante percibir a través de sus testimonios, la forma en que ellos se articulan con mucho amor para satisfacer las necesidades de sus hijos. Una vez más FOPBA muestra su estrategia para mejorar la Calidad de la Atención Odontológica.

Historias particulares, problemáticas comunes

Es indudable que cada persona y cada familia constituyen un mundo particular; pero determinadas situaciones que deben ser atravesadas, dejan huellas indelebles en el rostro y en el alma de las personas. Cada uno tiene su historia, pero los padres de pacientes con discapacidad, parecen tener un distintivo común: espíritu de lucha y postura militante frente a la vida, que los hace perseguir el objetivo de lograr que sus hijos tengan las mejores oportunidades posibles y que puedan acceder a todos sus derechos.

Aquí se transcriben algunos testimonios

Mamá de Lucas, 20 años

A Lucas no lo pude llevar nunca de chico al odontólogo, y el trato que observé en la Clínica hacia todo el grupo me motivó a que lo trajera sin faltar a una sola citación.

Él tenía miedo a todo, así que cuando me invitaron, al no ver tanta gente como en un hospital, enseguida lo traje, con la esperanza de que se quisiera hacer atender; en experiencias anteriores siempre llegábamos hasta la puerta, pero entraba en pánico y no había forma de ingresar.

Me enteré a través del Instituto Ayelén de la existencia de esta Clínica, ahí nos dijeron que probáramos y que nos iban a recibir bien. El primer día le costó, y después de media hora, lo convencí para que ingresara. Le tocó una doctora muy buena, y además ayudó el hecho de que acá vinieran otros compañeros del Instituto. La segunda vez ya confió y entró con más ganas.

A nosotras como madres, como ellos respetan lo que indican las doctoras, el hecho de nombrarlas en casa cada vez que les pedimos a los chicos que se pasen el cepillo, o que se enjuaguen, nos facilitan esas las tareas.

Madre de Débora, 30 años

Mi hija tuvo una experiencia previa terrible cuando tenía alrededor de 6 años en un hospital público. En aquel momento no nos permitían a los padres entrar, y recuerdo que un día la nena se negó rotundamente a seguir asistiendo. No entendí bien qué había pasado, pero años después ella pudo expresar que esta profesional (incluso recordaba el nombre, que yo había olvidado) la había maltratado y tuvo que pasar mucho tiempo para poder superar esa situación traumática. Cuando otro de mis chicos, Nacho, que también es especial y jamás tuvo ningún problema, necesitó atención odontológica, en Ayelén me recomendaron este lugar y decidí preguntar por la posibilidad de probar otra vez con Débora. Apenas llegó, entró en confianza con las doctoras, les contó lo que le había pasado de chiquita, ellas la escucharon con atención, le hablaron pacientemente e hizo el «clic»: confió y no hubo más problemas, a tal punto que hoy tiene los aparatos puestos.

Hay respeto como en todos lados, pero hay gestos que nos sorprenden, como el de Estela, la odontóloga de mi hija Débora, que la llamó dos veces durante las vacaciones, una para saber cómo se encontraba y la otra para enterarse de como había pasado las fiestas. Es un gesto muy amoroso y digno de reconocimiento ya que no tenía ninguna obligación de hacerlo.

Madre de Lautaro, 6 años

Nosotros hace poquito que venimos, y hoy es la primera vez que me quedo afuera. Mi forma de llegar fue inusual: un señor en un colectivo me dio un papelito con el número de teléfono de la Clínica; a ese señor, también padre de una chica especial, creo que me lo mandaron los ángeles. Lautaro padece una estenosis pulmonar, motivo por el cual no puede tener ningún tipo de infección en su cuerpo. El tema es que le aparecieron caries, y había que resolverlas. Fuimos por la obra social, pero no logramos que Lautaro abriera la boca, quizás un poco por la novedad y otro poco por la falta de experiencia del profesional con este tipo de pacientes.

Por ese motivo, me decidí a llamar, me contacté con Nilda Nobile, y hace ya 4 meses que estamos en este centro de atención odontológica; hoy entró solo por primera vez, y estoy tranquila, porque sé cómo lo tratan y cómo le hablan. Cuando se levanta, ya sabe que vamos a la odontóloga a ver a Majo, y viene con su cepillito. Todavía está adaptándose a los movimientos del consultorio, y a veces se asusta cuando escucha a los otros chicos cuando los atienden, pero cada vez menos y es comprensible, a cualquiera le pasaría algo similar por el temor al dolor. Creo que es mejor cuando empiezan desde chiquitos, porque se van haciendo al hábito ya que los trata siempre el mismo odontólogo.

El problema surge cuando nos mandan a hacer estudios a distintos lugares y los chicos suelen negarse a hacérselos, por lo tanto, al verlos sufrir, tratamos de evitarlos. En este lugar los profesionales trabajan con nosotros, además de

hacerlo con los chicos; ellos nos dan calor humano desde la primera vez y cada vez que venimos, actitud que nos ayuda mucho.

Madre de Lizzy, de 6 años

Yo hice una especie de aprendizaje previo con la odontopediatría: la nena se sentaba arriba mío y al ir confiando de a poco, no fue para nada traumático. Esta es la segunda vez que la traigo, y los avances ya se notan. Lo que se evidencia en éste lugar es un clima y una energía espectaculares que, para las mamás de niños especiales, es fundamental. A mí me lo recomendó Inés, la fonoaudióloga del ISI en el momento que algunas personas me decían que había que resignarse de alguna manera a que los chicos especiales perdieran sus piezas dentales; no me cerraba que los dientes se fueran perdiendo uno a uno y sin hacer nada para poder evitarlo.

En otras oportunidades nos encontramos con muy buenos odontólogos, pero que no sabían cómo tratar a pacientes con discapacidad; Aquí a los chicos los saben llevar: si no es con un muñequito, es con un peluche y de esa manera van logrando que se metan el cepillo en la boca y con mucha paciencia se les va ganando la confianza. En los otros lugares que concurrimos de entrada hay un pedido inmediato de abrir la boca, acto contraproducente porque los chicos se asustan y se sienten agredidos, aunque no sea la intención del odontólogo.

En este lugar no son solo hay cobertura odontológica, también psicológica y psicopedagógica; se toman el tiempo necesario para que el chico entre en confianza, sin importar cuanto lleve; Nos dijeron en el colegio: «si hay que ir 20 veces hasta que se puedan sentar para ser atendidos, se irán 20 veces».

Papá de Hemilse, de 30 años

Esta es la segunda vez que vengo, y la verdad es que estoy sorprendido, sobre todo por los testimonios de las mamás y estoy en condiciones de decir que desde que la traje a este lugar, mi hija está mejor. Hemilse es muy chúcara, y hasta que su hermana se fue a vivir a Bariloche, era ella quién se ocu-

paba de todo; pero se fue, y ahora soy yo quién está aprendiendo un montón de cosas. Ya tenía un acercamiento a través de Gabriela, la psicopedagoga, que es una bella persona y nos ayuda mucho acá. Desde el primer día que vino entró sola, entonces me di cuenta de que su desconfianza también tenía que ver con los demás, quienes no perciben que ellos tienen otros modos y otros tiempos.

Mi hija se acuesta todos los días entre las 7 u 8 de la mañana y luego duerme hasta la 1 o 2 de la tarde, por lo que se acostumbró a trasnochar. Hemilse es una chica bastante independiente, se cocina, se baña sola, se pinta, se cambia, limpia su cuarto, y es muy tranquila. Esta mañana, a pesar del sueño, se levantó temprano y sin quejarse, porque sabe que acá se encuentra con sus compañeras. Es una motivación muy grande poder verse con sus pares, y también conocer chicos nuevos. Cuando comento la experiencia de la Clínica a mi familia se sorprenden y preguntan si es tanto como decimos nosotros, y yo les contesto que hay que vivirlo para entenderlo.

Conclusiones y temas comunes

Al momento de preguntarles a los padres sobre cuáles son los temas que consideran que faltan o que les preocupan, es llamativo percibir que el temor principal es perder lo que han logrado, o pensar que lo positivo adquirido podría llegar a no tener continuidad en el tiempo. Lo primero que manifiestan es «que esto siga», o que se multipliquen los puntos de atención similares, porque otra cosa que caracteriza a los padres de chicos con discapacidad, es la falta de egoísmo y la necesidad de multiplicar las experiencias positivas hacia otros padres que pueden llegar a estar en la misma situación; por esa razón piden mayor difusión de estas experiencias.

Les preocupa también que en algunos hospitales para niños haya límites de edad, como en el Hospital Odontológico de la Boca, que los deja afuera de la atención en determinadas etapas de la vida (mayores de 16 años) y que no haya lugares con la misma metodología que se emplea en esta Clínica.

Otro de los pedidos es que los estudios radiográficos se lleven a cabo en la misma Clínica, porque en los lugares a los cuales derivan, el trato no es el mismo.

El gran objetivo es «conservar lo bueno, para que los chicos puedan vivir mejor».



7º año de Certificación CIDCAM.

5º año de Acreditación CENAS.

Calidad para estar bien, calidez para estar mejor

Año 2010

Nuevo manual de acreditación

Luego de 6 años de aplicación del «Manual de Acreditación de Establecimientos de Salud» definido en el año 2004, el CENAS ha considerado oportuno una revisión del mismo, teniendo en cuenta los progresos experimentados en el tema, ya sea a nivel internacional como nacional.

En esta nueva versión, el CENAS, pone a disposición su experiencia acumulada como miembro activo de la ISQUA, participante en las reuniones internacionales como asesor de la OPS/OMS en programas de calidad y acreditación y especialmente en la práctica de trabajar en conjunto con las instituciones que conforman el Sistema de Salud: prestadores públicos y privados, financiadores, asociaciones de prestadores y profesionales, ministerios y secretarías de salud.

En el ámbito internacional es de destacar:

- La experiencia reciente de las renovaciones de la acreditación de Estados Unidos, Canadá, Australia, Inglaterra, España, Francia, Irlanda y demás países europeos a través de la Comunidad Económica Europea entre otros.
- La experiencia de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) y OMS (Organización Mundial de la Salud) desde la década de los 80 con la publicación del Manual de Acreditación de Establecimientos de Salud para Latinoamérica y el Caribe y los recientes aportes de la Alianza para la seguridad del paciente.
- Los aportes de la ISQUA (International Society for Quality in Health Care) y su programa de Acreditación de Servicios de Salud.

En el ámbito nacional es de destacar:

- Los desarrollos metodológicos de la COMCAM (Comisión Mixta para el Desarrollo de la Calidad de Atención Médica) y CONFELISA (Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados), en los años 70.
- Los programas de evaluación y acreditación de laboratorios clínicos de la Fundación Bioquímica Argentina.
- El Programa Nacional de Garantía de Calidad del Ministerio de Salud de la Nación.
- El Programa de Autoevaluación Participativa Estructurada para la Calidad (APEC) para los establecimientos de salud de la Provincia de Buenos Aires, desarrollado por la CIDCAM con la cooperación del Centro INUS de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, en los años 90.
- El Programa Argentino de Acreditación de la Calidad en Salud (PAACS), impulsado a través del CENAS, en los últimos 6 años.



- El Programa de Acreditación de Instituciones de Financiación de la Salud (PAIFIS), impulsado a través del CENAS, en los últimos años.
- El Programa de Capacitación para la Evaluación de los Efectores de Primer Nivel, impulsado por el Centro INUS de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata.

Además de las experiencias anteriores, el CENAS realiza permanente recopilación de las evidencias proporcionadas por la ISSS que le permiten avalar científicamente sus estándares de evaluación. En este sentido, recientes trabajos científicos que han analizado las características de la estructura y procesos organizacionales y su relación con los resultados, permiten definir formas más eficientes de gestión en establecimientos de salud, cualquiera sea su complejidad tecnológica, proporcionando las siguientes conclusiones:

- Desarrollo de políticas explícitas hacia la calidad y seguridad y una organización que responde a dicha política.
- Desarrollo de procesos de formación de RRHH en salud.
- Organización de la atención médica en equipo.
- Integración de la atención de la especialidad dentro de la atención médica integral.
- Adecuado desarrollo y utilización de sistemas de información.
- Desarrollo y utilización de normas y protocolos de atención.
- Definición de responsabilidades y funciones del personal y su activa participación.
- Ambiente laboral seguro y humanizado.
- Sistema de financiación que promueven la calidad.

De esta forma, el CENAS ofrece a los establecimientos que se incorporen a su programa PAACS un documento actualizado y de utilidad para afrontar los desafíos futuros de mejoría de calidad.

Estándares contenidos en el nuevo Manual:

- Identificación y Caracterización del Establecimiento.
- La Dirección y Conducción. La Gestión Integral de Calidad.
- La Gestión de Recursos Humanos.
- El Sistema de Información.
- Servicios de Diagnóstico y Tratamiento.
- Los Servicios y Áreas de Apoyo.
- La Organización y la Atención del Paciente.
- Seguridad del Paciente y su Familia, del Personal y Medio Ambiente.
- Los Derechos del Paciente y su Familia.

Listado de establecimientos acreditados

Sanatorio San Miguel de Servicios y Prestaciones Médicas SRL San Miguel Buenos Aires **desde:** 15/12/2010 - **hasta:** 15/12/2012

Clínica Del Parque Crespo Entre Ríos **desde:** 29/11/2010 - **hasta:** 29/11/2012

Hospital Español La Plata - **desde:** 01/10/2010 - **hasta:** 01/10/2012

Clínica de la Visión S.R.L San Juan - **desde:** 01/11/2009 - **hasta:** 01/11/2011

Clínica España S.A San Juan - **desde:** 01/11/2009 - **hasta:** 01/11/2011

SAJUMED San Juan - **desde:** 01/11/2009 - **hasta:** 01/11/2011

Clínica Privada Provincial S.A - Merlo - Bs.As - **desde:** 01/10/2009 - **hasta:** 01/10/2011

Clínica Güemes S.A. Lujan - Bs.As - **desde:** 01/08/2009 - **hasta:** 01/08/2011

Sanatorio Modelo Tucumán - **desde:** 01/01/2009 - **hasta:** 01/01/2011

Sanatorio Parque Tucumán - **desde:** 01/01/2009 - **hasta:** 01/01/2011

Sanatorio Rivadavia Tucumán - **desde:** 01/01/2009 - **hasta:** 01/01/2011

Sanatorio Regional Tucumán - **desde:** 01/01/2009 - **hasta:** 01/01/2011

Sanatorio Médico Los Tilos La Plata - **desde:** 01/01/2010 - **hasta:** 01/01/2012

Instituto Privado Clínico Quirúrgico de Diagnóstico y Tratamiento S.A. (IPENSA) La Plata - **desde:** 01/09/2010 - **hasta:** 01/09/2012

Clínica Colón S.A.A. Mar del Plata - **desde:** 01/08/2008 - **hasta:** 01/08/2010

Sanatorio San Carlos Maquinista Savio - Bs.As - **desde:** 01/11/2008 - **hasta:** 01/11/2010

Sanatorio 9 de Julio S. M. de Tucumán - **desde:** 02/06/2008 - **hasta:** 02/06/2011

Instituto de Diagnóstico Cardiovascular La Plata - **desde:** 01/01/2008 - **hasta:** 01/01/2010

Sanatorio Infantil San Lucas S. M. de Tucumán - **desde:** 01/01/2008 - **hasta:** 01/01/2010

Instituto de Cardiología S.R.L. S. M. de Tucumán - **desde:** 01/01/2008 - **hasta:** 01/01/2010

Clínica Espora S.A. Adrogué, Buenos Aires - **desde:** 01/11/2007 - **hasta:** 01/11/2009

Clínica del Niño y la Familia Quilmes, Buenos Aires - **desde:** 01/11/2007 - **hasta:** 01/11/2009

Centro Privado de Cardiología S. M. De Tucumán - **desde:** 01/09/2007 - **hasta:** 01/09/2009

Clínica 25 De Mayo (OMASA) Mar del Plata - **desde:** 21/12/2010 - **hasta:** 21/12/2012

Clínica Privada Pueyrredón S.A Mar del Plata - **desde:** 15/05/2009 - **hasta:** 15/05/2011

Instituto Privado de Pediatría S.A. Paraná, Entre Ríos - **desde:** 01/01/2009 - **hasta:** 01/01/2011

Instituto Central de Medicina La Plata - **desde:** 01/01/2011 - **hasta:** 01/01/2012

SAT Médica S. A. (CIMED) La Plata - **desde:** 01/06/2009 - **hasta:** 01/06/2012

Diagnóstico Maipú por Imágenes S. A. San Isidro - **desde:** 01/06/2009 - **hasta:** 01/06/2012

Diagnóstico Maipú por Imágenes S. A. Vte. López - **desde:** 01/06/2009 - **hasta:** 01/06/2012

COLÓN
CLINICA Y MATERNIDAD

Hospital Público Provincial de Pediatría de Autogestión Posadas, Misiones - desde: 18/10/2006 - hasta: 18/10/2008

Clínica Integral Oberá S.R.L. Oberá, Misiones - desde: 18/10/2006 - hasta: 18/10/2008

Hospital Dr. Felipe Glasman de la Asociación Médica de Bahía Blanca Bahía Blanca - desde: 12/10/2006 - hasta: 12/10/2008

Instituto Materno Infantil S.A. (I.M.I.S.A.) El Dorado, Misiones - desde: 18/09/2006 - hasta: 18/09/2008

Sanatorio Montecarlo De Montecarlo Salud S.A. Montecarlo, Misiones - desde: 18/09/2006 - hasta: 18/09/2008

Sanatorio Dallmann de Montecarlo Salud S.A. Montecarlo, Misiones - desde: 18/09/2006 - hasta: 18/09/2007

Clínica IMA S.A. Adrogué - desde: 17/07/2006 - hasta: 17/07/2008

Fundación Científica del Sur Lomas de Zamora - desde: 01/06/2006 - hasta: 01/06/2009

Sanatorio Boratti S.R.L. Posadas, Misiones - desde: 12/09/2005 - hasta: 12/09/2007

Sanatorio Nosiglia S.A. Posadas, Misiones - desde: 12/09/2005 - hasta: 12/09/2007

Sanatorio Integral IOT, de Guillermo Carlos Vymazal Posadas, Misiones - desde: 12/09/2005 - hasta: 12/09/2007

Clínica Privada del Buen Pastor (CIIMO S.A.) Del Mirador - desde: 06/04/2005 - hasta: 06/04/2006

Clínica Cruz Celeste S.A. Villa Luzuriaga - desde: 06/04/2005 - hasta: 06/04/2007

Listado de Establecimientos que han obtenido la Reacreditación

Clínica 25 de Mayo (OMASA)- Mar del Plata. Provincia de Buenos Aires.

Clínica Privada Pueyrredón S.A. - Mar del Plata. Prov. de Bs As.

Diagnóstico Maipú. -Vicente López. Provincia de Buenos Aires.

Instituto Central de Medicina- La Plata. Provincia de Bs As.

Sanatorio Médico Los Tilos. -La Plata. Provincia de Bs As.

SAT Médica S.A. (CIMED). - La Plata. Provincia de Buenos Aires.

Instituto Privado de Pediatría S.A. - Paraná, Provincia de Entre Ríos

IPENSA - La Plata. Provincia de Buenos Aires.



FEMEBA

Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires

Establecimientos que recibieron el Certificado V

FECLIBA	DISTRITO
Instituto Central de Medicina	I
Sanatorio Urquiza	II
Clínica Calchaquí «19 de enero»	II
Clínica Cruz Celeste	III
Clínica Privada del Buen Pastor	III
Clínica Pergamino S.A.	V
Sanatorio San Carlos	V
Clínica 25 de Mayo	IX
Hospital Felipe Glasman de la AMBB	X
Instituto Médico del Oeste SRL.	V

ACLIBA	
Clínica Instituto Médico de la Ribera	I
Sanatorio IPENSA	I
Clínica IMA	II
Sanatorio Modelo Quilmes S.A.	II
Sanatorio Prof. Itoiz S.A.	II

Clínica Espora S.A.	II
Clínica del Niño de Quilmes S.A.	II
Sanatorio San Miguel de Servicios y Prestaciones Médicas SRL.	IV
Clínica de la Vida De Dacari Salud S.A. de Don Torcuato.	IV

Convenios individuales

Clínica Güemes
Clínica Pueyrredón
CRIA SRL. de La Plata.
Instituto Médico Platense.
Sanatorio Medico Los Tilos
Instituto de Diagnóstico de La Plata.
Clínica Privada Provincial Merlo
Hospital Español de La Plata.
Clínica Estrada de Remedios de Escalada.
Sanatorio Argentino de La Plata.
Instituto Médico Modelo - San Fcio Solano

Dra. Blanca Ferraresi

Su fallecimiento

Enorme congoja, tanto en CIDCAM como en CENAS, produjo el fallecimiento de la Dra. Blanca Ferraresi, luego de una corta, pero severa enfermedad.

Había nacido en La Plata, hija menor del comerciante Rómulo Ferraresi y de la maestra Blanca Zarranz, cursó sus estudios primarios en la Escuela N° 84, egresó como bachiller del Normal N° 3 y se recibió de abogada, muy joven y con brillantes calificaciones en la Facultad de Derecho de la Universidad Católica de La Plata.

Experta en temas administrativos y en derecho de la salud, fue asesora legal de distintas instituciones, entre ellas la CIDCAM y el CENAS.

Vital e inagotable, no se le escapaba ningún detalle de todo aquello que emprendía; atenta a las necesidades de los otros, mostró una notable predisposición a la ayuda y fue una amiga querida y respetada que cosechó numerosas y estrechas relaciones.

Reconocida por una meritoria carrera profesional, con un profundo sentido de la justicia, batalladora y enérgica a la hora de enfrentar dificultades, será recordada por su calidad humana y los firmes principios con los que encaró la vida.

Aquellos que tuvimos el privilegio de trabajar con ella, le rendimos a través de éstas páginas, su merecido homenaje.

Comité de Redacción



Clínica 25 de Mayo

Organización Médica Atlántica S.A.

25 de Mayo 3542/58 | Tel: 0223-499-4000 (7600) Mar del Plata
E-mail: cl25demayo@clinica25demayomdp.com.ar
Web: www.clinica25demayomdp.com.ar

IV Categoría de establecimiento Polivalente otorgada por el Ministerio de Salud.
V Certificado otorgado por la CIDCAM. Acreditación otorgada por el CENAS.

Nuevo manual para la autoevaluación y certificación de procesos



Después de 15 años de actividad para el desarrollo de la calidad en la atención médica en la Provincia de Buenos Aires a través de programas de difusión, capacitación y asesoría, la CIDCAM ha decidido renovar el Programa de Autoevaluación Participativa Estructurada para la Calidad (APEC).

La experiencia de estos años, con la participación en el programa APEC de cerca de 200 establecimientos de atención de la salud, la organización de actividades de capacitación en asociación con la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata y el Centro INUS y la acreditación en coordinación con el CENAS, nos ha llevado a definir la renovación del programa en base a dos objetivos:

1. Reforzar el apoyo a las instituciones de salud de la Provincia de Buenos Aires para la Autoevaluación y la definición de un Plan Estratégico para la Calidad (PEC).
2. Incorporar un nuevo desafío para los establecimientos: identificar, documentar, analizar, implementar y perfeccionar por lo menos dos de sus procesos críticos.
3. Incorporar una nueva estrategia de evaluación: a la autoevaluación se le agrega la evaluación y certificación externa

De esta forma, al finalizar el Programa APEC, el prestador de salud habrá definido no solo un Plan Estratégico para la Calidad en base a un diagnóstico institucional profundo, objetivo, participativo e integral mediante la comparación con estándares de calidad, sino que también habrá documentado, analizado y perfeccionado por lo menos dos de sus procesos críticos, utilizando en ambos casos la **Estrategia de Autoevaluación Participativa** y de esta forma los establecimientos estarán en mejores condiciones de continuar con nuevos logros hacia la calidad.

En base a estos dos objetivos, el **Manual se divide en dos partes:**

Parte I: Diagnóstico estructurado y Plan estratégico para la calidad en **6 pasos**.

Parte II: Documentación, análisis y mejora de procesos críticos en **6 pasos**

La CIDCAM otorgará al ESTABLECIMIENTO la certificación correspondiente en el caso de que cumplimente los requerimientos del programa:

- Autoevaluación en base a estándares de calidad y definición de un Plan Estratégico para la Calidad.
- Documentación, análisis, implementación y mejora de por lo menos dos procesos críticos de la institución

Este nuevo objetivo definido por la CIDCAM incorpora una estrategia adicional de evaluación, ya que además de la autoevaluación, el prestador de salud experimentará la evaluación externa de por lo menos dos de sus procesos críticos. De esta manera se trata de darle mayores posibilidades de afrontar una evaluación integral al efecto de obtener la acreditación. De esta manera, la CIDCAM no solo refuerza su estrategia básica de la necesidad del **desarrollo integral de la calidad** en los establecimientos, sino que incorpora a su programa APEC la certificación de por lo menos dos de sus procesos críticos, entendiendo que de esta forma se incrementa el aporte de la CIDCAM con el establecimiento que se está preparando para una ACREDITACION integral.



Federación Odontológica
de la Provincia de Buenos Aires

La celebración del 55° aniversario de FECLIBA

En las jornadas del 12 y 13 de mayo, La Red de establecimientos asistenciales privados de excelencia en la Provincia, concretó importantes convocatorias que se desarrollaron en el marco de su quincuagésimo quinto aniversario.



FECLIBA cumplió el día 2 de mayo 55 años transcurridos desde su creación y lo celebró con sendos eventos. El día 12 del corriente a modo de agasajo y de compartir tan festivo acontecimiento, en el Salón Auditorio de la FECLIBA, se reunieron los representantes de las Asociaciones de Establecimientos asistenciales, que integran la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales –CONFECLISA- y la Cámara Argentina de Empresas de Salud –CAES-, bajo la égida de ARGENTINA SALUD COMUNIDAD, oportunidad en la que líderes en las políticas y doctrinas de la actividad, expusieron el pensamiento de las Entidades, formulando propuestas para que se apliquen, según algunos aportes, las disposiciones legales y medidas dictadas y adecuen o modifiquen las reglamentaciones y mecanismos vigentes, para generar una mayor accesibilidad de toda la población a los servicios de

salud del mejor nivel posible, cumpliendo los principios de universalidad, igualdad y uniformidad a la que tiene derecho toda la población, sin discriminación o exclusión.

El día siguiente, viernes 13, disfrutando del majestuoso ambiente que conforma el Salón Dorado de la Municipalidad de La Plata, cedido cordialmente y a modo de compartir los actos celebratorios de la Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y Otros Establecimientos de la Provincia de Buenos Aires, se realizó la Jornada Internacional de Líderes «Aportes para la Reforma en Salud» a la que asistieron más de 400 personas y en la que participaron el Señor Intendente Dr. Pablo Bruera, el Presidente del Instituto de Obra Médico Asistencial -IOMA- Dr. Antonio La Scaleia, quien asumió la representación que le delegó el Señor Ministro de Salud de la Provincia Dr. Alejandro Collia, quien no pudo estar presente por temas de agenda.



Clínica Privada Pueyrredón





GUARDIA DE EMERGENCIA LAS 24 HORAS. TODAS LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

Habilitación Cat. IV - Min. Salud Prov. Bs.As. | Inscripción S.S.Salud N° 1062/06
 Acreditación Calidad CENAS 20/12/06 | Renovación CENAS 21/12/08

Jujuy 2176 | Mar del Plata | Tel. 499-2400 | www.clinicapueyrredon.com

Se sumaron asimismo Funcionarios provinciales y del IOMA, legisladores, representantes de Entidades afines y el Consejo Directivo y Empleados de la Federación central y de sus diez Distritos. El Señor Presidente de FECLIBA, Dr. Héctor Salvador Vazzano, dio la bienvenida y en su discurso hizo un relato sobre quienes participaron de su fundación, los fines, propósitos y principios tenidos en miras y una pormenorizada mención a la actividad desarrollada desde su inicio, consistente no sólo en la representación y defensa de la actividad médico asistencial y de sus Establecimientos, sino de todo el accionar en la búsqueda de optimizar el funcionamiento del sector, y de su relación con las Autoridades, los miembros entre sí, la relación con otras Entidades y fundamentalmente la intervención en la creación de otras Instituciones y Centros, destinados a buscar el mejor nivel prestacional y la acreditación de todos los efectores del Estado y privados, como el mejor modo de dar la mayor seguridad a la población en el cuidado de la Salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad.

Acto seguido el Dr. La Scaleia brindó una enjundiosa conferencia, refiriendo la problemática de las acciones de Salud y a la actividad que desarrollan la COSSPRA y del Instituto ambos bajo su Presidencia.

A continuación un Panel Internacional integrado por los Dres. **Carlos Garavelli**, Director Regional de la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social para el Cono Sur -OISS-; **José Soto Bonel**, Presidente de la Organización Iberoamericana de Prestadores de Servicios de Salud -OIPSS-; **Rubén Torres**, Asesor Principal en Gobernanza de Salud, Política y Planificación del Área de Sistemas de Salud, Organización Panamericana de la Salud



Sr. Norberto Larroca, Dr. Héctor Vazzano

-OPS- y el Sr. **Norberto Larroca**, Presidente de la Federación Latinoamericana de Hospitales -FLH- y coordinada por el Dr. **Juan Carlos Linares**, Miembro del Consejo de Gobierno de la Federación Internacional de Hospitales -FIH-, abordó el tema de ambas jornadas, sobre aportes para una reforma en Salud y a su terminación, los Dres. **Gustavo Mammoni** Presidente de CONFELISA y **Antonio Burgueño Carbonell**, Director General de Hospitales de la Consejería de Sanidad, Comunidad Autónoma de Madrid dieron una semblanza de las conclusiones sobre lo brillantemente disertado en las jornadas del jueves 12 y el viernes 13 por tan solventes y experimentados participantes.



Agremiación Médica de Ezeiza

Asociación de Médicos de San Martín y Tres de Febrero

Asociación Médica de Alte. Brown

Círculo Médico de Esteban Echeverría

Círculo Médico de Lomas de Zamora

Círculo Médico de Matanza

Círculo Médico de Morón, Hulingham e Ituzaingó

Círculo Médico de San Isidro

Círculo Médico de Vicente López