

CIDCAM: Decimocuarto aniversario

La Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (CIDCAM), en conjunto con la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata y otras entidades, colabora desde hace 14 años con Instituciones de Salud y Profesionales, para lograr mayor Calidad en la Atención Médica.

Esta Comisión tiene como antecedente la convocatoria realizada en 1995 por el entonces Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, Prof. Dr. José Carlos Fassi, a las instituciones oficiales y privadas relacionadas con la atención médica y a los organismos de gobierno que nuclean a los médicos y a otros profesionales de la salud, de donde surgió la Declaración de La Plata.

La CIDCAM obtuvo la Personería Jurídica en noviembre de 1999; desde entonces, nuclea a Instituciones Privadas de Salud, al Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires, Establecimientos Públicos, Médicos, Bioquímicos y Odontólogos, además de otros profesionales de la salud.

Al compromiso asumido por FECLIBA, FEMEBA, FEMECON, ACLIFE, FABA, FOPBA y la Agronomía Médica Platense, se suma el sustento académico que como Ente Asesor brinda el Centro INUS de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata.

Los objetivos trazados en su creación y cumplidos a lo largo de éstos catorce años fueron:

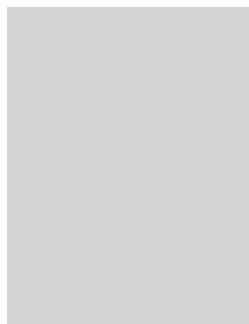
- Colaborar con las instituciones de atención médica públicas y privadas y a su solicitud, en el logro de la calidad de la atención médica brindada por las mismas.
- Colaborar con las instituciones de atención médica públicas y privadas y a su solicitud, en el logro del uso racional de la capacidad instalada y una mayor eficiencia prestacional.
- Crear un ámbito objetivo, científico, participativo y comprometido con la calidad, favoreciendo la implementación de un proceso de autoevaluación continuo.
- Proponer y aplicar estándares de evaluación de calidad y su permanente perfeccionamiento.
- Participar en el apoyo a redes Nacionales e Internacionales para la promoción de la calidad de la atención médica.

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 los 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 éste 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).

A lo largo de éstos años, la metodología propuesta por la CIDCAM, que ha sido la "Autoevaluación Participativa" desarrollada a partir de indicadores que reflejan la estructura, los procesos y los resultados, ha dado respuesta a la demanda de instituciones públicas y privadas que la han solicitado en forma voluntaria para construir su propio cuadro de situación, sobre cual es la calidad y eficiencia de la atención médica que brindan.

A 14 años de su creación, estamos convencidos, que esta metodología ha sido muy valiosa para alcanzar la tan ansiada Calidad de la Atención Médica y el paso necesario para llegar a la Acreditación.

Comité de Redacción



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

Imagen de Tapa

HACIA LA CALIDAD en Salud



- 1. Editorial
- 3. La Autoevaluación Institucional una estrategia gerencial para la Calidad en Salud
- 5. Infección Hospitalaria: Recomendaciones para su prevención y control



- 9. El Hospital del Milenio: ¡Aprender y Desaprender!
- 11. Gestión de riesgos en la atención del paciente



- 15. Conferencia Global Anticaries en Río de Janeiro
- 17. Noticias CENAS
- 19. Noticias CIDCAM



- 20. IV Jornada Nacional de Calidad y Acreditación en Salud
- 21. Valor probatorio de la historia clínica Errores de registración más frecuentes



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**
Dr. Julio Domínguez. ACLIFE
- Vocal 1°**
Dr. Horacio Rumbo. ACLIBA I
- Vocal 2°**
Dr. Gustavo Mammoni. FECLIBA D. I
- Vocal 3°**
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

Comisión revisora de cuentas

- Dr. Enrique Triaca. FECLIBA
Dra. Blanca Ferraresi. FECLIBA
Dr. Norberto Cabutti. FABA

Suplentes

- Dr. José Barán
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. Juan Larzabal
4° Dr. Jorge Ochoa
5° Dr. Jorge Jañez

Director Ejecutivo

- Dr. Héctor Vazzano

Directores

- Planeamiento: Dr. Ignacio Szapira
Actividades Programáticas

Dr. Roberto Scarsi

Hacienda

Lic. Roberto Ortiz

Científico

Dr. Julio Domínguez

Técnico

Dr. Juan Carlos Linares

Jurídico

Dr. Ernesto Badi

Enfermería

Lic. Albertina González

La Autoevaluación Institucional una estrategia gerencial para la Calidad en Salud

JOSÉ MARÍA PAGANINI*

INTRODUCCIÓN



Luego de casi 15 años de aplicación de la estrategia de autoevaluación participativa en aproximadamente 270 establecimientos de atención de la salud tanto de dependencia privada como estatal estamos en condiciones de analizar no solo la experiencia pasada si no también considerar las implicancias que esta estrategia tiene para el futuro en relación con la gestión en salud.

Como ya ha sido mencionado en muchas ocasiones tanto dentro de esta Revista así como en la mayoría de las presentaciones en Congresos y reuniones por numerosos líderes del sector, esta estrategia tuvo sus orígenes en el ámbito de la provincia de Buenos Aires en base a un programa desarrollado por la CIDCAM con la asesoría del Centro INUS de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP, cuyo objetivo principal fue y sigue siendo EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS DE CALIDAD EN INSTITUCIONES DE PRESTACIÓN DE LA SALUD, creando mecanismos de autoevaluación, y de capacitación permanente.

*** Director Centro INUS UNLP
Presidente CENAS
Asesor CIDCAM**

Dicha actividad, iniciada en la Provincia de Buenos Aires, se extendió, en coordinación con el CENAS a establecimientos localizados en las Provincias de Misiones, Entre Ríos, Tucumán, Santiago del Estero, San Juan, La Pampa, Chaco, Corrientes y Formosa.

En cada una de esas provincias, por decisión de los propios establecimientos de salud en muchos casos acompañados por las organizaciones provinciales que los agrupan, iniciaron, en forma voluntaria, actividades destinadas a mejorar su calidad utilizando la estrategia de autoevaluación participativa las que incluyen componentes de asesoría y de evaluación externa.

La magnitud de la tarea y la trascendencia presente y futura que esta experiencia significa, se puede medir en diferentes formas

Por un lado, un resultado evidente consiste en que, hasta la fecha, 40 establecimientos de salud hayan alcanzado la acreditación en calidad otorgada por el CENAS en un marco de cumplimiento de estándares de calidad definidos para la excelencia en la atención de la salud en consonancia con normativas originadas por organismos especializados tanto a nivel nacional como internacional. (Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica, MSN, OMS/OPS, Internacional Society for Quality (ISQUA).

Esos establecimientos, sus directivos, profesionales y personal de todas las categorías merecen nuestro reconocimiento. Conocemos el esfuerzo y compromiso de los mismos para lograr ser acreditados, lo que significa no solo ofrecer una atención de calidad a los usuarios de los mismos si no también la creación de un ámbito de seguridad y eficiencia en la salud.

Pero además de este logro importante, quere-

mos destacar otro resultado también de alta trascendencia, relacionado con todos aquellos establecimientos que, en estos casi 15 años, participaron en actividades de autoevaluación.

En este sentido queremos reafirmar los objetivos de esta estrategia, centrados en posibilitar el inicio y el desarrollo de una gestión de salud para la calidad en forma permanente.

Para mayor explicación será de utilidad destacar las características centrales de la propuesta de autoevaluación.

a) Apoya la definición y desarrollo de una POLÍTICA INSTITUCIONAL Y DE DESARROLLO DE PROGRAMAS PERMANENTES hacia la calidad.

b) Promueve la participación y capacitación en servicio de todos los recursos humanos del establecimiento y su compromiso para la calidad.

c) Fomenta el trabajo en equipo, el apoyo mutuo y la interdisciplinariedad.

d) Abarca a todas las áreas del establecimiento a través de la utilización de un Manual que requiere una visión integral del mismo.

e) Promueve la definición de estructuras, procesos de organización y gestión, normas y protocolos de atención y la evaluación de resultados orientados hacia la calidad.

f) Relaciona esta actividad con un sistema de información adecuado para tal fin.

g) Incorpora la asesoría externa realizada por pares los que facilitan y orientan el desarrollo de la institución a través de intercambio de documentos de evaluación y de análisis así como tareas de capacitación en servicio.

h) Promueve la formación de grupos de profesionales orientados hacia la calidad no solo en las instituciones de atención de la salud participantes si no también en diversos ámbitos institucionales, tales como los ámbitos universitarios, de gestión de salud, financiadores, entre otros.

Para medir la magnitud de esta actividad se puede analizar los siguientes datos:

Un total de 105 establecimientos completaron de manera participativa el manual de autoevaluación,

lo que significó seguramente la intervención de por lo menos 10 a 15 profesionales y personal de cada establecimiento.

El análisis de dichos documentos por parte del equipo de evaluación externa determinó el envío a cada establecimiento de sendos documentos de asesoría. Un total de 75 establecimientos enviaron documentos de análisis internos (Juicios valorativos internos) lo que también determinó los comentarios del equipo de asesoría externa. Finalmente, 46 establecimientos elaboraron Planes Estratégicos para la

Calidad (PEC) los que también fueron analizados y comentados por parte de los equipos de asesoría.

Además se realizaron unas 200 visitas e informes y recomendaciones de asesoría a los establecimientos participantes.

En resumen, y en base a estas actividades, es posible afirmar que este proceso de autoevaluación participativa con asesoría externa, permitió la participación de alrededor de 1500 profesionales de la salud y el intercambio de unos 650 documentos técnicos.

Se ha logrado la formulación y ejecución de una estrategia válida, participativa, de gestión institucional en salud.

Esta estrategia resultó accesible a las necesidades de los establecimientos los que a partir de su implementación encontraron formulas propias de mejorar su gestión para la calidad en salud y seguridad del paciente destacándose el ordenamiento que otorga la aplicación del Manual de Autoevaluación y las normas de elaboración del Juicio Valorativo Interno y del Plan estratégico.

Se destaca además las características de la participación externa por parte de los equipos de asesoría de las instituciones participantes los que aportan el componente necesario para avanzar en forma objetiva hacia la calidad.

Ante la necesidad imperiosa de mejorar la calidad y seguridad del paciente anunciada en diversos documentos del sector, reafirmamos el objetivo central de la estrategia de autoevaluación orientada al desarrollo de la Gestión Integral de la calidad y ponemos a disposición de los organismos que definen y aplican políticas de salud a nivel nacional, provincial y municipal esta experiencia.

Se ha logrado la formulación y ejecución de una estrategia válida, participativa, de gestión institucional en salud.

Infeción Hospitalaria: Recomendaciones para su prevención y control

Como parte de los procesos de prevención y el control de la infección hospitalaria, en éste número se tratarán algunas consideraciones sobre la higiene hospitalaria y desinfección.

Limpeza o higiene del establecimiento asistencial

La limpieza o higiene del establecimiento asistencial es uno de los aspectos básicos en el control de la infección hospitalaria. Debe incorporarse el concepto que todo aquello que se encuentre limpio y seco no permitirá el desarrollo de agentes patógenos y por lo tanto no constituirá un reservorio o una fuente de infección para las personas.

Objetivo

Disminuir la cantidad de microorganismos contaminantes en el medio ambiente.

Equipo

- Guantes.
- Calzado de goma.
- Dos baldes.
- Dos trapos de piso.
- Dos trapos de rejilla.
- Un secador o cepillo de piso.
- Detergente.
- Lavandina.
- Agua tibia.
- Agua fría.



Procedimiento

- Colocarse los guantes.
- Llenar el balde con agua tibia y agregarle de-

tergente en una proporción suficiente para que haga espuma. El trapo, que debe estar limpio y seco, se moja en esta solución.

- Limpiar vigorosamente (fregado) las distintas superficies (mesada, repisa, etc.) y piso con el fin de arrastrar la suciedad por acción mecánica. Así se eliminan gran parte de los microorganismos transitorios.
- Enjuagar con el otro balde con agua fría y lavandina al 5%. El trapo deberá estar empapado de manera tal que la superficie quede húmeda durante unos 5 minutos, tiempo que requiere la lavandina para desinfectar.
- Los trapos utilizados deben ser lavados con lavandina, enjuagados y secados al terminar la limpieza del área.

NO DEBEN UTILIZARSE: plumero, franela, escobillón o escoba

Frecuencia

- **Pisos:** serán limpiados una vez por turno y cuando se encuentren visiblemente sucios.
- **Paredes y techos:** depende del tipo de material y las características de las superficies (vidrio y melamina se limpian dos veces por semana; techos y paredes de material antes de los 12 meses).
- **Baño:** una vez por día y si luego del uso si está visiblemente sucio.
- **Ventanas y cortinas:** según criterio o cuando estén ostensiblemente sucias.

Limpeza Terminal

Es la que se realiza al egreso del paciente o cuando éste ha dejado de constituir una fuente de infección o cuando se ha suspendido el aislamiento.

Está dirigida a todos los objetos que hayan estado en contacto directo con el paciente o con material infectante (secreciones, sangre, etc.)

- Los elementos no descartables (frascos de aspiración, chatas, orinales, etc.) deben ser lavados (agua y detergente) y descontaminados (lavandina al 5%) en la habitación.
- El material descartable será desechado previa descontaminación si es eliminado con los residuos. Es importante cumplir con la descontaminación con el fin de evitar accidentes en el personal que los manipula.
- Toda superficie horizontal, muebles, cubierta plástica del colchón y la almohada, pisos, etc., serán limpiados como se describió precedentemente en Procedimiento. Se agrega un tercer paso que es la desinfección.
- La desinfección se realiza con lavandina al 5%. Se utiliza trapo limpio y seco que se pasa por las superficies dejando para el final el piso y el baño.

Personal de limpieza

Si es factible se evitarán las rotaciones del personal. El personal deberá estar capacitado en el procedimiento y será supervisado de manera continua. Para su tarea utilizará guantes y calzado de goma. Además, se enfatizará la importancia de la práctica del lavado de manos una vez finalizada la tarea, después de una limpieza, antes de ingerir alimentos, etc.

Desinfección

Los conceptos de uso corriente son:

- *Desinfección*: es la destrucción de agentes infecciosos que se encuentran fuera del organismo por medio de la aplicación directa de medios físicos o químicos.
- *Desinfección concurrente*: es la aplicación de medidas desinfectantes lo más pronto posible después de la expulsión de secreciones y excreciones (material infectante) del cuerpo de una persona infectada o después que se hayan contaminado con éstas algunos objetos, reduciéndose al mínimo el contacto de personas con tales materiales y objetos antes de dicha desinfección.

- *Desinfección terminal*: es la que se realiza después del egreso del paciente en la práctica es reemplazada por la limpieza terminal.
- *Desinfección de alto nivel de potencia*: esteriliza si el tiempo de contacto usado es lo suficientemente prolongado y el compuesto inactiva los microorganismos resistentes y esporulados.
- *Desinfección de nivel intermedio o bajo*: elimina algunos microorganismos, pero, no puede matar microorganismos resistentes como el bacilo de la tuberculosis, los esporos o ciertos virus.
- *Agente desinfectante*: es la sustancia que se utiliza para la destrucción de los agentes infecciosos que se encuentran en objetos inanimados. Pueden ser físicos o químicos.

Desinfectantes químicos

Se clasifican en:

- *Esporicidas*: en tiempos prolongados de exposición destruyen toda forma de vida microbiana.
- *Desinfectantes generales*: tiene acción limitada (compuestos mercuriales, compuestos de amonio cuaternario).
- *Desinfectantes hospitalarios*: tienen indicaciones precisas de usos según el tipo de material (crítico, semicrítico y no crítico) de acuerdo al riesgo potencial de producir infección.

Clasificación de los materiales según el riesgo de producir infección

- **Material o elemento crítico**: instrumental u objeto que se introduce directamente dentro del torrente sanguíneo o dentro de áreas normalmente estériles del cuerpo (instrumental quirúrgico, catéteres, implantes, compartimiento de sangre del hemodializador, etc.)
- **Material o elemento semicrítico**: instrumental u objeto que está en contacto con las membranas mucosas intactas del paciente y en general, no entra en contacto con áreas estériles (endoscopios rígidos, flexibles no invasivos, tubos endotraqueales, litoscopios, circuitos del equipo de anestesia, etc.)
- **Material o elemento no crítico**: es el que no entra en contacto o sólo toca la piel intacta del paciente (estetoscopio, tensiómetro, etc.).

Métodos de desinfección según material . Nivel de potencia

	NIVEL ALTO	NIVEL BAJO
	Estarán en contacto con piel y mucosas, pero no entrarán en el sistema vascular.	Estarán en contacto con la piel intacta o no en contacto
	Procedimiento	Procedimiento
Objeto	Tiempo de exposición > 10 a 30 minutos	Tiempo de exposición < = 10 minutos
De superficies lisas y duras	<ul style="list-style-type: none"> - Solución de formaldehído (8%) - Peróxido de hidrógeno estabilizado al 6% (Corrosivo para el cobre, bronce y zinc). - Pasteurización a 75° por 30 minutos Después de la limpieza con detergente. - Hipoclorito de sodio, 20 cm en 10 litros de agua (corroe instrumentos De metal). - Solución de fenol al 3%. - Iodopovidona al 10%. - Alcohol etílico o isopropílico 70-90%. - Glutaraldehído al 2%. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alcohol etílico o isopropílico al 70-90% - Hipoclorito de sodio diluido. - Solución de detergente fenólica. - Solución jabonosa de iodopovidona. - Detergente de amonio Cuaternario.
De goma catéteres y tubuladuras	<ul style="list-style-type: none"> - Peróxido de hidrógeno estabilizado 6% (corrosivo para cobre, zinc y Bronce). - Pasteurización 75° por 30 minutos, después de la limpieza con detergente. - Solución de fenol al 3%. - Iodopovidona solución al 10%. - Glutaraldehído al 2%. 	
De polietileno catéteres y tubuladuras	<ul style="list-style-type: none"> - Formaldehído 8% alcohol 70%. - En ocasiones se necesita un inbidor de la corrosión. - Alcohol etílico o isopropílico (70-90%). - Además de las opciones para los Objetos de goma. 	
De lentes	<ul style="list-style-type: none"> - Peróxido de hidrógeno al 6% Estabilizado (corrosivo para bronce, Zinc y cobre). - Glutaraldehído al 2%. 	
Termómetros oral - rectal	<ul style="list-style-type: none"> - Alcohol etílico al 70% 	

Métodos de desinfección

El uso adecuado de los agentes desinfectantes tiene un papel determinante en la prevención de la infección hospitalaria.

La elección de los agentes es una decisión en la que participan varios niveles del establecimiento asistencial. Los factores a tener en cuenta son:

- El nivel de microorganismos a eliminar.
- La naturaleza y composición del elemento a tratar.
- El costo y la adaptabilidad del uso de los agentes disponibles.

Los niveles de desinfección dependen de los siguientes factores:

- El tiempo de contacto.
- La temperatura.
- El tipo y concentración de los constituyentes activos de los germicidas químicos.

- La naturaleza de la contaminación microbiana.

Procedimiento

- Con guantes, la limpieza cuidadosa para remover toda sustancia orgánica (sangre y proteínas) que puede contener altas concentraciones de microorganismos. En cada área de internación o consultorios se contará con una sola pileta destinada siempre al lavado del material contaminado.
- Desinfección con un agente de nivel alto o intermedio, según el caso.
- Enjuagar con agua estéril y realizar todo el procedimiento con guantes estériles.
- Empaquetar en bolsas de papel, tela o polietileno.
- Almacenar en lugar limpio, seco y libre de polvo.

Bibliografía

- Cecchini E., González Ayala S. Normas para el Control de la Infección Hospitalaria. Ed. FECLIBA, 1991.
- Ezcurra MC. Guías y recomendaciones para la higiene hospitalaria. SADI. Guías y recomendaciones para la prevención y control de las infecciones hospitalarias. Infectología y microbiología clínica. 11 (3): 41-43. 1999.

- Rutala WA: Selection and use of disinfectants in health care. In Hospital Epidemiology and Infection Control by Mayhall CG, Chapter 69, pp 913-936. Williams y Wilkins. Baltimore. 1996.
- Malagamba MI. Guías y recomendaciones para la esterilización y desinfección. SADI. Guías y recomendaciones para la prevención y control de las infecciones hospitalarias. Infectología y microbiología clínica. 11 (3): 60-71. 1999



Federación Odontológica
de la Provincia de Buenos Aires

**II Congreso Peruano de Administración Hospitalaria y
I Curso Institucional de Gestión Económica Financiera
en Hospitales Públicos y Privados**

El Hospital del Milenio: ¡Aprender y Desaprender!

El II Congreso Peruano de Administración Hospitalaria y el I Curso Institucional de Gestión Económica Financiera en Hospitales Públicos y Privados, bajo el lema «EL HOSPITAL DEL MILENIO: ¡ APRENDER Y DESAMPRENDER!», organizado por FEPAS (Federación Peruana de Administradores de Salud), se llevó a cabo entre el 27 y el 29 de mayo en la ciudad de Lima.



El evento, que fue inaugurado por la Presidente de FEPAS, Dra. Liz Loo de Li, contó en la primera Mesa sobre «Desafíos de la Administración Hospitalaria» con la participación del Presidente de Argentina Salud y Comunidad y de la Federación Latinoamericana de Hospitales, Sr. Norberto Larroca, a quién acompañaron entre otros, el Presidente de la Federación Internacional de Hospitales (FIH), Dr. José Abrahao y el Dr. Elías Meliton Arce, Viceministro de Salud de Perú.

El Congreso tuvo un importante marco con la participación de 1000 inscriptos que tuvieron la oportunidad de escuchar importantísimas ponencias de destacados profesionales de varios países.

Se abordaron temas tales como:

- Salud, Empresa y Comunidad.
- Los Desafíos de la Responsabilidad Social.
- Desarrollo Tecnológico y Comunicaciones.
- Desempleo Hospitalario.
- Lecciones Aprendidas y Desafíos.
- Gestión económica financiera en Hospitales Públicos y Privados.

- Gestión de Costos.
- Mecanismos de Pagos en Salud.
- Gobernanza Clínica y Gestión Hospitalaria.
- Hospitales Seguros y Saludables en el Milenio.
- Arquitectura Hospitalaria.
- Alianzas Públicas y Privadas.
- Los Desafíos de la gestión del Capital Humano.
- Acreditación Hospitalaria.
- Gestión de Riesgos en la Atención del Paciente.

La Gerente de Recursos Humanos de FECLIBA, Zulma Tellechea, tuvo una destacada participación en la Mesa Redonda sobre «LOS DESAFÍOS DE LA GESTIÓN DEL CAPITAL HUMANO/ TALENTO HUMANO EN SALUD EN INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS, desarrollando un trabajo basado en la temática que al respecto está llevando a cabo en los Federación y sus distritos.

La acompañaron en la Mesa, el Dr. Osvaldo Artaza, ex Ministro de Salud de Chile, el Dr. Julián Czapski, de Brasil, el Dr. Christian de Paul Barchifontaine, Rector del Centro San Camilo de

San Pablo, el Dr. Cevallos Velarde, Socio Fundador de FEPAS y el Dr. Fernando Astudillo, Director del Instituto Superior en Salud Pública de la Universidad Central de Ecuador.

A su vez, el Presidente de FECLIBA y de la CIDCAM, Dr. Héctor Vazzano, tuvo la oportunidad de participar en dos Mesas Redondas.

En la Mesa sobre Acreditación en Salud, puso de relieve todo el trabajo que viene desarrollando desde hace muchos años como Presidente de la CIDCAM y como Director Ejecutivo del CENAS, exponiendo todos los logros obtenidos y cómo día a día se ve acrecentado el número de Establecimientos Acreditados. En la misma Mesa, también fueron presentadas las experiencias de Brasil, a través del Dr. Roberto Cury y la de Perú, a través del Dr. Ormeño Ara.


También participó en la Mesa sobre Gestión, en la cual expuso al experiencia de mas de 8 años en «Gestión de Prevención del Riesgo Médico» a través de su participación como Presidente de la Asocial Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional.

El Dr. Vazzano mostró una importante casuística sobre cómo se han beneficiado los



establecimientos adheridos a La Mutual con los Programas que vienen llevando a cabo dicha Entidad y que ha permitido disminuir los riesgos y mejora su gestión y bajas los costos en el caso de padecer algún problema de litigiosidad.

En dicha Mesa expuso su experiencia sobre gestión Clínica, el Sr. José Soto del Hospital San Carlos de la Comunidad de Madrid y el Dr. Teodoro Peralta de la Asociación de Clínicas Particulares de Perú.



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

Gestión de riesgos en la atención del paciente

Los sistemas sanitarios cada vez más complejos, junto con pacientes más vulnerables y a la vez más informados y demandantes, conforman un entorno clínico en el que aparecen los Eventos adversos (EA) ligados a la asistencia sanitaria. La incidencia de EA en pacientes hospitalizados se ha estimado entre el 4 y el 17%. Una cuarta parte fueron graves y un 50% de ellos se los consideró como evitables. La mayoría de los EA se deben a fallos técnicos, defectos en la toma de decisiones, no actuación de la manera mas apropiada en función de la

información disponible, problemas de anamnesis y ausencia o prestación inadecuada de cuidados necesarios. El modelo explicativo de la cadena causal de un efecto adverso demuestra que son más importantes los fallos de sistema que los fallos de las personas. Para facilitar el necesario cambio de la cultura punitiva a la de cultura preactiva es necesario el enfoque multidisciplinario del problema teniendo en cuenta el punto de vista de los profesionales, los pacientes, los líderes sociales y la justicia.

PACIENTE	EQUIPO DE SALUD	FINANCIADORES
Accesibilidad Trato Confort Información. Conocimiento del costo	Calidad Técnica . Tecnología de punta. Mínimas complicaciones	Costos conocidos. Riesgos compartidos Uso eficiente de los recursos.
SEGURIDAD	PACIENTE MEJORADO	CONTENCION DE COSTOS

PACIENTE	PRESTADORES	FINANCIADORES
Daño físico, psíquico o moral Insatisfacción Pérdida de Credibilidad	Demandas Pérdida de prestigio. Mayores costos.	Mayores costos.

Eventos Adversos

- Problema frecuente cuya magnitud y repercusiones están siendo dimensionados.
- Hasta hace poco se consideraba como una verdadera epidemia silenciosa.
- Existe evidencia de morbilidad y muertes asociadas.
- Existe evidencia de aumento significativo de los costos en relación a EA.
- Muchos de los EA se deben a situaciones latentes del propio sistema y no a negligencias o imprudencias del personal.
- El análisis debe focalizarse menos en el individuo y más en factores sistémicos.
- Necesidad de conocer su magnitud y establecer programas preventivos.

Definiciones

Incidente: acción u omisión que podría haber dañado al paciente, pero, la prevención o la mitigación de la misma, no lo dañó.

Evento Adverso (EA): daño resultado de una intervención sanitaria relacionada con la atención médica, y no por condiciones basales del paciente.

Evento Adverso Prevenible: daño atribuible a un error por acción u omisión, por falla en el cumplimiento de una práctica a nivel individual o de sistema.

Listado de eventos adversos

- Errores de prescripción o administración de medicamentos.
- Infecciones Intrahospitalarias.
- Análisis de riesgos incorrectos (riesgo anestésico, suicidios).
- Caída de pacientes.
- Desconexión de drenajes.
- Retiro de catéteres y autoextubaciones.
- Quemaduras.
- Errores transfusionales.
- Error del sitio quirúrgico.
- Retención de cuerpos extraños.

Estudios internacionales

Harvard Medical Practice Study. 1984

- 30.195 egresos hospitalarios.
- 3,7% incidencia de Eventos Adversos.
- 2,6% discapacidad permanente.
- 13,6% mortalidad.
- 58% Eventos Adversos prevenibles.

Colorado, UTA. 1992

- 15.000 egresos hospitalarios.
- 2,9% incidencia de Eventos Adversos.
- 8,8% mortalidad.
- 53% Eventos Adversos Prevenibles.

En este estudio se estimó que el 66% de los incidentes den los hospitales se originaron en pacientes quirúrgicos.

New South Wales. Australia. 1995

- 14.179 Egresos hospitalarios.
- 16,6% incidencia de Eventos Adversos.
- 13,7% discapacidad permanente.
- 4,9% mortalidad.
- 51% Eventos Adversos Prevenibles.

Reino Unido. 2000

- 10% de incidencia de Efectos Adversos.
- 850.000 Eventos al año.
- 400 Muertes o Daño Severo al año.
- Costo estancia hospitalaria 2.000 millones de libras al año. La mitad por infecciones intrahospitalarias.
- Costos en indemnizaciones 400 millones de libras al año.

España. Estudio ENEAS. 2005

- 5.755 Egresos hospitalarios. (24 hospitales)
- 8,4% Incidencia de Eventos Adversos.
- 4,4% de Mortalidad.
- 42,8% de Eventos Adversos Prevenibles.
- Cada día de estancia hospitalaria aumentaba en 5 veces el riesgo de ocurrencia de EA.
- 37,4% asociados a tratamiento farmacológicos.
- 25,3% correspondieron a IH.
- 25% asociados a Procedimientos Quirúrgicos con Anestesia.

¿Que se está haciendo con los Eventos Adversos a nivel global?

- 1989. USA. Creación de la Agency for HealthCare Research and Quality.
- 2000. UK. Creación de Expert Group on Learning form Adverse events l the NHS: An organisation with a memory.
- 2004. OMS: Crea la Alianza Mundial para Seguridad el Paciente.
- 2005. CE. Crea Working Group on Patient Safety. Estudio SIMPATIE (Safety improvements for Patients in Eurpoe), para desarrollar Indicadores y Medición de Resultados en EA.
- 2007. Chile. Creación del Departamento de Seguridad del paciente.
- 2007. Argentina. Seguridad del Paciente y Error en Medicina. Instituto De Investigaciones Epidemiológicas. Academia Nacional de Medicina.

Barreras para la notificación de los Eventos Adversos

Se estima que el 95% de los EA quedan ocultos:

- Falta de conciencia de que un error ha ocurrido.
- Miedo a las acciones disciplinarias o denuncias.
- Pérdida de la autoestima.
- La percepción de que el paciente es indemne al error.
- Los profesionales sienten que están demasiado ocupados para documentar.
- Falta de conciencia de qué se debe documentar y porqué.
- Falta de «feedback» cuando se produce un registro.

Objetivos de la Gestión de Riesgos en la Atención del Paciente

- Hacer más seguras las prácticas clínicas.
- Sistematizar la detección, análisis y prevención de Eventos Adversos.

- Gestionar adecuadamente los Eventos Adversos ya ocurridos.
- Abordar y controlar el riesgo sanitario, legal y financiero.

Componentes de la Gestión de Riesgos en la Atención del Paciente

I-Sistema de certificación y sistema de control y protección de calidad (Área preventiva):

- Acreditación previa de los médicos.
- Base de datos con los médicos acreditados.
- Definición previa de prestaciones factibles de realizar y calendario de incorporación progresiva de estas prestaciones.
- Consentimiento informado de pacientes.
- Detectar factores de riesgo.
- Sistematizar procedimientos de control y verificación que detecten y eviten el riesgo de EA.
- Monitorizar la ocurrencia de estos riesgos y su causa.



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

- Generar mediadas correctivas.
- Tener indicadores de calidad que demuestren control y prevención de EA.

2- *Sistema de Gestión de Evento Adverso (área de intervención):*

- Unidad de Calidad.
- Sistema de detección de EA: notificación voluntaria y vigilancia activa.
- Asesoría legal preventiva y protección legal institucional y profesional.
- Manual de manejo de EA.
- Comités de Apoyo.
- Comités de Crisis.

3- *Sistema de Gestión de Reclamos (área de vigilancia activa):*

- Confección de indicadores.
- Desarrollar y aplicar normas.
- Supervisión programada y permanente.

La calidad del paciente atendido debe ser sistemáticamente evaluada de manera tal, que permita modificar la planificación de la asistencia sanitaria a fin de eliminar los errores y eventos adversos que se produjeron durante el proceso de la atención.

Bibliografía

- Estrategia para el cambio de conducta de los médicos. Madrid: MC Gestión Sanitaria; 2004.
- The National Quality Forum. Safe practices for better healthcare: A consensus report. Washington: The National Quality Forum. May 2003.
- Organización Mundial de la Salud. Informe de la 55ª Asamblea Mundial. Ginebra: OMS; marzo 2002.
- Mc Donald CJ, Weiner M., Hui SL. Deaths due to medical errors are exaggerated in Institute of Medicine report. JAMA 2000; 284: 93-95.
- Chomali M., Miranda F. Gestión de riesgo en la atención de la salud; Hacia una cultura de la calidad basada en la seguridad. Rev. Med. Área Académica de la Clínica Las Condes, 2003.
- Chassin M., Becker E. The Wrong Patient. Ann Intern Med 2002; 136: 826-833.
- Wanzel K., Jamieson C., Bohnen J. Complications on a general surgery service: Incidence and reporting. Canadian J Surg 2002; 43: 113-117.
- Thomas EJ, Brennan TA. Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients; population based review of medical records. BMJ 2000; 320: 741-744.



COLEGIO DE
NUTRICIONISTAS
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Con aproximadamente 1500 Nutricionistas y Licenciados en Nutrición matriculados, el **Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Buenos Aires** es uno de los más nuevos colegios profesionales del país.

Además de trabajar para el **mejor** desempeño de sus colegiados, el Colegio promueve el **bienestar de la comunidad** promocionando **una mejor alimentación y nutrición** para un **mejor estado de salud**.

Si necesita ubicar en su región un Nutricionista o Licenciado en Nutrición colegiado, consulte el Mapa en **www.nutricionistaspba.org.ar**

Calle 11 N° 1037. Oficina. La Plata – Tel/fax: (0221) 423-3699
info@nutricionistaspba.org.ar

Noticias de FOPBA

Conferencia Global Anticaries en Río de Janeiro



Entre el 15 y el 17 de julio de 2009 se llevó a cabo en la ciudad de Río de Janeiro la Conferencia Global Anticaries, promovida por la Asociación Brasileña de Odontología (ABO) y por la Federación Dental Internacional (FDI), en el marco del 19° Congreso Internacional de Odontología de Río de Janeiro, Brasil.

La Conferencia aunó a representantes de entidades profesionales odontológicas de todo el mundo, a las que se sumaron representantes del sector público del país anfitrión.

Su objetivo consistió en dar inicio al establecimiento de una solución integrada para la salud bucal pública en todo el mundo, a través de una red de colaboración global. La Federación Odontológica de la Provincia de Buenos Aires participó de este encuentro a través de su Presidente, Dr. Roberto Rossi, el Vicepresidente, Dr. Adrián Jouglard y el Dr. Eduardo Cecotti, líder de la Campaña de Prevención del Cáncer Bucal que FOPBA desarrolla en la provincia de Buenos Aires, como parte de su compromiso con la Calidad de la Atención Odontológica. En la Conferencia se realizó un pedido formal, a través de la Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA), para que se instituya el 5 de diciembre como el Día de las Américas para la Lucha contra el Cáncer Bucal, solicitud que fue aprobada por unanimidad por todos los países del continente.

Reconocimiento a la trayectoria de FOPBA

La aprobación unánime de las entidades profesionales de todos los países de América que conforman la Federación Odontológica de

Latinoamérica (FOLA), significa un importante reconocimiento para la Campaña de Prevención del Cáncer Bucal implementado por la FOPBA en la Provincia de Buenos Aires, campaña que está en marcha desde diciembre de 2005 y que ya se ha convertido en sistema. Es la primera vez que una entidad provincial como la FOPBA recibe el aval de las entidades reunidas en una Conferencia como la realizada en Río de Janeiro.

La elección del 5 de diciembre no es casual, sino que implica un homenaje al Dr. Julio César Santana Garay, reconocido especialista cubano nacido en esa fecha, y que fuera invitado especialmente al lanzamiento de la Campaña sobre Cáncer Bucal en FOPBA, en diciembre de 2005.

Los integrantes de la comitiva de FOPBA participaron además en mesas de trabajo con otros dirigentes, como por ejemplo, el Secretario de Salud del Brasil, Dr. Gilberto Alfredo Pucca Junior, quien expuso detalles sobre la forma en que se desarrolló el Programa Brasil Sorriente (Brasil Sonriente). En esa mesa también se llevó a cabo un intercambio sobre la fuerza de trabajo de la salud y el acceso a los servicios básicos, a partir de la perspectiva regional y de las experiencias de Brasil.

La conferencia de Río de Janeiro tuvo 20 mil inscriptos, y se planteó como la continuidad

del Taller de Salud Oral para las Américas, realizado en México en el mes de abril de 2009.

La organización

Participaron activamente en la organización de la Conferencia el Presidente de la FDI, *Dr. Burton Conrod*, el Presidente electo de la FDI y Presidente de la Conferencia de Río, *Dr. Roberto Vianna* y el Presidente de la Asociación Brasileña de Odontología (ABO), *Dr. Norberto Francisco Lubiana*.

El Dr. Vianna explicó que «a diferencia de las acciones que fueron tomadas hasta ahora contra las caries, esta iniciativa busca una convergencia de los esfuerzos que vienen siendo realizados aisladamente por los sectores de la Odontología asociados a la academia, a la prestación de servicios por los cirujanos-dentistas en asociaciones gremiales o en consultorios particulares y a los sectores gubernamentales»

La temática abordada en la Conferencia

- Mapeo de las caries en el mundo, especialmente en América Latina.
- Prevención y actualización global sobre el flúor.
- Lagunas entre investigación, graduación y práctica en Cariología.
- Conocimiento de las caries.
- Nuevos abordajes en la clasificación y diagnóstico de las caries.
- Experiencias del Sistema Internacional de Evaluación y Descubrimiento de las Caries.
- Descubrimiento de lesiones precoces e intervención mínima.
- Enseñanza de la Cariología en América Latina.
- Implicaciones para la prevención y manejo de las caries dentales.
- Cambios globales en la formación en Cariología.
- Educación continuada para dentistas clínicos.

El anclaje sobre la experiencia argentina

Consultado el Dr. Roberto Rossi, Presidente de FOPBA, sobre aquellos puntos clave tratados en la Conferencia de Río de Janeiro, sostuvo que «se trabajó sobre algo que en FOPBA

se aborda desde hace tiempo: *la forma en que los determinantes sociales inciden en la salud bucal*. No se puede hablar de prevención cuando no hay agua potable, cuando existen tierras contaminadas con arsénico, cuando la población no tiene accesibilidad a los servicios básicos. Es claro que la salud bucal es un tema socio-sanitario, no solamente sanitario.

Para enfrentar esta situación es necesario que el sector público se articule con el privado, a través de las entidades que representan a la profesión organizada. En ese sentido, Brasil es un ejemplo claro y contundente, ya que con su servicio público y con la participación muy fuerte de las entidades profesionales, lograron conformar una especie de seguro público, por el cual están brindando servicio a millones de personas que nunca antes habían tenido acceso, una idea básica muy similar a lo que en su momento era en Argentina el Seguro Público de Salud.

El tema de los determinantes sociales permite ver cómo incide la pobreza a la hora de la atención de la salud bucal. Existen factores comunes en varios países de Latinoamérica, que se reflejan perfectamente en la Provincia de Buenos Aires. En una provincia con 4 millones de pobres, con gente que no tiene ningún tipo de cobertura, la pregunta es cómo hacemos para aumentar las posibilidades de los excluidos para acceder al sistema de salud. Está claro que el Estado solo no puede.

La FDI emitió un comunicado en el que expresa «no hay salud general sin salud bucal». Entonces, si en la Provincia de Buenos Aires hay un porcentaje superior al 80% de personas con caries, ¿es posible decir que la población bonaerense tiene salud? La respuesta es no. Y si a esto se le suma que en Argentina se registran más de 3 mil muertes por año como consecuencia del cáncer bucal, es necesario hacer un replanteo poner todo en la balanza.»

«Es rescatable que instituciones como la FDI, la OPS, la FOLA planteen hoy con total claridad que el problema de la salud es de carácter socio-sanitario. Hoy en Latinoamérica y en el mundo se está hablando de los determinantes sociales y su impacto en la salud, una bandera que FOPBA viene llevando desde hace tiempo», afirmó el Dr. Rossi.

Listado de Establecimientos Acreditados

Sanatorio Modelo Tucumán desde: 01/01/2009 - hasta: 01/01/2011	SAT Médica S.A. (CIMED) La Plata - desde: 01/06/2009 - hasta: 01/06/2012
Sanatorio Parque Tucumán - desde: 01/01/2009 - hasta: 01/01/2011	Diagnóstico Maipú por Imágenes S.A. San Isidro - desde: 01/06/2009- hasta: 01/10/2012
Sanatorio Rivadavia Tucumán - desde: 01/01/2009 - hasta: 01/01/2011	Diagnóstico Maipú por Imágenes S.A. Vte. López - desde: 01/06/2009- hasta: 01/10/2012
Sanatorio Regional Tucumán - desde: 01/01/2009 - hasta: 01/01/2011	Hospital Público Provincial de Pediatría de Autogestión Posadas, Misiones - desde: 18/10/2006 - hasta: 18/10/2008
Sanatorio Médico Los Tilos La Plata - desde: 01/01/2009 - hasta: 01/01/2010	Clínica Integral Oberá S.R.L. Oberá, Misiones - desde: 18/10/2006 - hasta: 18/10/2008
Instituto Privado Clínico Quirúrgico de Diagnóstico y Tratamiento S.A. (IPENSA) La Plata desde: 01/09/2008 - hasta: 01/09/2010	Hospital Dr. Felipe Glasman de la Asoc. Médica de Bahía Blanca Bahía Blanca - desde: 12/10/2006 - hasta: 12/10/2008
Clínica Colón S.A.A. Mar del Plata - desde: 01/08/2008 - hasta: 01/08/2010	Instituto Materno Infantil S.A. (I.M.I.S.A.) El Dorado, Misiones - desde: 18/09/2006 - hasta: 18/09/2008
Sanatorio San Carlos Maquinista Savio – Bs.As - desde: 01/11/2008 - hasta: 01/11/2010	Sanatorio Montecarlo De Montecarlo Salud S.A. Montecarlo, Misiones - desde: 18/09/2006 - hasta: 18/09/2008
Sanatorio 9 de Julio S. M. de Tucumán - desde: 02/06/2008 - hasta: 02/06/2011	Sanatorio Dallmann de Montecarlo Salud S.A. Montecarlo, Misiones - desde: 18/09/2006 - hasta: 18/09/2007
Instituto de Diagnóstico Cardiovascular La Plata - desde: 01/01/2008 - hasta: 01/01/2010	Clínica IMA S.A. Adrogué - desde: 17/07/2006 - hasta: 17/07/2008
Sanatorio Infantil San Lucas S. M. de Tucumán - desde: 01/01/2008 - hasta: 01/01/2010	Fundación Científica del Sur Lomas de Zamora - desde: 01/06/2006 - hasta: 01/06/2009
Instituto de Cardiología S.R.L. S. M. de Tucumán desde: 01/01/2008 - hasta: 01/01/2010	Sanatorio Boratti S.R.L. Posadas, Misiones - desde: 12/09/2005 - hasta: 12/09/2007
Clínica Espora S.A. Adrogué, Buenos Aires - desde: 01/11/2007 - hasta: 01/11/2009	Sanatorio Nosiglia S.A. Posadas, Misiones - desde: 12/09/2005 - hasta: 12/09/2007
Clínica del Niño y la Familia Quilmes, Buenos Aires - desde: 01/11/2007 - hasta: 01/11/2009	Sanatorio Integral IOT, de Guillermo Carlos Vymazal Posadas, Misiones - desde: 12/09/2005 - hasta: 12/09/2007
Centro Privado de Cardiología S. M. De Tucumán - desde: 01/09/2007 - hasta: 01/09/2009	Clínica Privada del Buen Pastor (CIIMO S.A.) Del Mirador - desde: 06/04/2005 - hasta: 06/04/2007
Clínica 25 De Mayo (OMASA) Mar del Plata - desde: 21/12/2008 - hasta: 21/12/2010	Clínica Cruz Celeste S.A. Villa Luzuriaga - desde: 06/04/2005 - hasta: 06/04/2007
Clínica Privada Pueyrredón S.A Mar del Plata - desde: 21/12/2008 - hasta: 21/12/2010	
Instituto Privado de Pediatría S.A. Paraná, Entre Ríos desde: 20/12/2008 - hasta: 20/12/2010	
Instituto Central de Medicina La Plata - desde: 21/11/2008 - hasta: 21/11/2010	

Accreditación en calidad para Clínicas y Sanatorios del NE Argentino

El último martes 11 del corriente, se realizó el lanzamiento del Programa de Auto evaluación de más de 30 Establecimientos de Salud de Chaco, Corrientes y Formosa para el desarrollo de la calidad, teniendo como objetivo alcanzar la Acreditación de los mismos.

Tan importante evento tuvo lugar en la sede de la Asociación de Clínicas y Sanatorios del Chaco y es el resultado de un convenio firmado por dicha asociación junto a la Asociación de Clínicas y Sanatorios de Corrientes, la Asociación de Clínicas y Sanatorios de Formosa, La Asociación de Prestadores de Salud de Formosa y otros prestadores que voluntariamente adhirieron al Programa, con el CENAS (Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud).

Dicho Centro de indudable prestigio a nivel nacional, ya desarrolla este Programa de Auto evaluación, Acreditación y Reacreditación, en distintas instituciones de las provincias de Misiones, Tucumán, San Juan, Entre Ríos y Buenos Aires.

El convenio nació conforme a la necesidad de definir un nuevo paradigma para la equidad del sector y el imperativo

de trabajar en el mejoramiento de la calidad de los servicios que se brindan en las instituciones privadas de esta parte del país,

El acto de apertura contó con la participación de autoridades nacionales y representantes de empresas sanatorias de la región. Como presidente del Cenas, el profesor doctor José María Paganini, sanitarista de reconocido prestigio nacional e internacional, explicó que se trata de una decisión voluntaria ligada a una responsabilidad activa del sector para enfrentar los desafíos de la salud colectiva en el nuevo milenio.

La primera etapa del plan de trabajo que tendrá una duración estimada entre 9 y 18 meses, contiene similares características a las propuestas por la Organización Mundial de la Salud. Con esta impronta –anotó Paganini– se intenta diferenciar la atención sustentando valores de equidad, calidad y justicia entre lo que se incluye: el reconocimiento de las obras sociales, la optimización de recursos, la reducción del gasto y el manifiesto de derechos y obligaciones del paciente.



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”

Establecimientos que ingresaron al APEC y se monitorea su progreso

- Clínica Privada Montegrande S.A. de Esteban Echeverría.
- Hospital Italiano La Plata
- Instituto Regional de Diagnóstico de Salud Integral Haedo S.A. de Haedo.
- Clínica Privada del Centro de La Plata.
- Sanatorio Privada Salud SRL. de Ciudad Evita.
- Hospital Privado Mariano Moreno de Moreno.
- Sanatorio Argentino de La Plata.
- Instituto Atención Médica de Ensenada.
- Clínica Figueroa Paredes de Laferrere.
- Nueva Clínica del Niño de La Plata.
- Clínica Estrada de Remedios de Escalada.
- Sanatorio Chivilcoy.
- Sanatorio Gral. Sarmiento
- Clínica Ntra. Sra. del Carmen SRL.
- Clínica Privada del Centro S.A.
- Hospital Dr. Alberto Duhau.
- Clínica Privada Suipacha S.R.L.
- Clínica Privada San Marcos
- Clínica Delta
- Clínica San Fernando SRL
- Centro Cardiovascular Mercedes
- Clínica Privada de Ojos Escobar.
- Clínica y Maternidad San José Obrero
- Clínica San Camilo SA
- Clínica Privada Fátima - Pilar
- Sanatorio Plaza Escobar
- Instituto Médico Modelo San Francisco Solano
- Sanatorio Oeste
- Clínica Privada Del Carmen Zarate
- Centro Cardiovascular Mar del Plata

Establecimientos que recibieron el Certificado V:

FECLIBA

Instituto Central de Medicina	I
Sanatorio Urquiza	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
Sanatorio Chacabuco	IV

Convenios individuales

Clínica Güemes
 Clínica Pueyrredón
 CRIA SRL. de La Plata.
 Instituto Médico Platense.
 Sanatorio Medico Los Tilos.
 (ex Clínica Privada de Medicina Integral de La Plata)
 Instituto de Diagnóstico de La Plata.
 Clínica Privada Provincial Merlo
 Hospital Español de La Plata.



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

IV JORNADA NACIONAL DE CALIDAD Y ACREDITACIÓN EN SALUD

Organizada 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)

“Celebrando los 5 años del CENAS en reconocimiento a las Instituciones Líderes de la Calidad y Acreditación en Salud”

*En homenaje a los Dres. Juan Larzabal e Ignacio Szapira
Líderes de la Calidad*

BUENOS AIRES ARGENTINA

1° de octubre de 2009

Academia Nacional de Medicina | Salón Biblioteca

Dirección: Av. Las Heras 3092. Ciudad Autónoma de Buenos Aires

PRESIDENTE HONORARIO

Académico Prof. Dr. Abraham Sonis

COMITÉ CIENTIFICO

Dr. Domínguez Julio
Dr. Jañez Jorge
Sr. Larroca Norberto
Dr. Linares Juan Carlos
Dr. Mammoni Gustavo
Dr. Ochoa Jorge
Dr. Paganini José María
Dr. Rossi Roberto
Dr. Rumbo Horacio
Dr. Scarsi Roberto
Dr. Triaca Enrique
Dr. Vazzano Héctor

COMITÉ ORGANIZADOR

Dr. Binaghi Pablo
Dr. Fraschina Juan Carlos
Dra. Ferraresi Blanca
Dr. Miguel Oscar
Ctdor. Ortiz Roberto
Dr. Ralli Héctor

SECRETARIA

Sra. Pfeifer Sandra

IV JORNADA NACIONAL DE CALIDAD Y ACREDITACIÓN EN SALUD

PROGRAMA

- 8.30 hs.** Inscripción
- 9.00 hs.** **PALABRAS DE BIENVENIDA**
 Prof. Dr. José María Paganini: Presidente del CENAS
 Dr. Héctor Vazzano: Presidente de CIDCAM
- CONFERENCIA: La Calidad Médica en las Américas
 Dr. José Antonio Pages. OPS-OMS
- 10 a 11 hs** **MESA DE TRABAJO N° 1**
 DEFINICIÓN DE LA POLÍTICA INSTITUCIONAL PARA LA CALIDAD Y LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DEL CENAS. Quienes fueron sus actores. Cómo se definió. Fortalezas y debilidades de éste proceso. Recomendaciones.
Presidente: Dr. Enrique Triaca.
Coordinador: Dr. Pablo Binaghi.
Participantes: Representantes de Clínicas y Sanatorios.
- 11 a 11.15 hs.** **CAFÉ**
- 11.15 a 12.15 hs.** **MESA DE TRABAJO N° 2**
 LA CONFORMACIÓN DEL GEI. SUS REPRESENTANTES. FORTALEZAS Y DE DEBILIDADES. SU PERMANENCIA. Como se definió. Fortalezas y debilidades de éste proceso. Recomendaciones.
Presidente: Dr. Carlos Pesa.
Coordinador: Dra. Beatriz Riondet.
Participantes: Representantes de Clínicas y Sanatorios.
- 12.15 a 13.15 hs.** **MESA DE TRABAJO N° 3**
 EL PROCESO PREVIO A LA ACREDITACIÓN LA UTILIZACIÓN DE LOS ESTANDARES. DEFINICIÓN DE UN PLAN ESTRATÉGICO.
 Como se definió. Fortalezas y debilidades de éste proceso. Recomendaciones.
Presidente: Dr. Juan Carlos Linares.
Coordinador: Dra. Eleonora Dubra.
Participantes: Representantes de Clínicas y Sanatorios.
- 13.15 a 14.15 hs.** **REFRIGERIO**
- 14.15 A 14.45 hs.** **CONFERENCIA:** El sector privado de la salud en las emergencias sanitarias.
 Dr. Gustavo Mammoni. Presidente de CONFECLISA.
- 14.45 a 15.45 hs.** **MESA DE TRABAJO N° 4**
 LOS INDICADORES DE CALIDAD: BENEFICIOS DE SU APLICACIÓN Y SUS DIFICULTADES.
Presidente: Dr. Roberto Dávila.
Coordinador: Dr. Héctor Manuel Riera.
Participantes: Representantes de Clínicas y Sanatorios.
- 15.45 a 16 hs.** **CAFÉ**
- 16 a 16.30 hs.** **CONFERENCIA DE CIERRE:** Estado actual de la Acreditación
 Prof. Dr. José María Paganini. Presidente del CENAS.
- 17.00 hs.** **ENTREGA DE DIPLOMAS** A LAS INSTITUCIONES ACREDITADAS POR SU LIDERAZGO EN CALIDAD

Inscripción sin cargo. Cupos limitados. Entrega de certificados.
CIDCAM: Tel/Fax: (0221) 423-5755. E-mail: cidcam@cidcam.org.ar
CENAS: Tel: (11) 4372-5915/5762. E-mail: cenas@cenas.org.ar

Valor probatorio de la historia clínica

Errores de registración más frecuentes

Desde hace tiempo es doctrina ampliamente aceptada aquella que sostiene que, salvo ciertas prácticas o intervenciones médicas respecto de las cuales se considera que la obligación asumida por el médico es de resultado (1), y que por tanto estamos frente a una responsabilidad *objetiva* cuyo análisis prescinde de la existencia o no de culpa en el obrar galénico, toda vez que lo que interesa es el compromiso asumido de una conducta eficaz en torno al objeto de la prestación, o la *traslación del riesgo* que el acto médico involucra, en la generalidad de los casos el profesional solo compromete un obrar diligente en procura de recuperar, conservar o preservar la salud del enfermo (obligación de actividad), pero sin asegurar el resultado pretendido por aquél, siendo el paciente quien asume las consecuencias de un resultado disvalioso, por supuesto en la medida en que haya sido debidamente informado acerca del diagnóstico, alternativas terapéuticas, tratamiento instituido, riesgos y eventuales complicaciones del mismo. Así entonces, solo la culpa del profesional a partir de una acción contraria a las reglas consagradas por la práctica médica, de acuerdo al estado de los conocimientos al tiempo de cumplida la prestación, y su directa relación de causalidad con el daño sufrido por el paciente, pueden fundar una condena de responsabilidad civil.

En ese orden, también es mayoritariamente aceptado que es el paciente quien -en general- tiene la carga de probar tales presupuestos de la responsabilidad (violación de la *lex artis*, *culpa in concreto*, daño *resarcible* y relación de causalidad adecuada). Sin embargo, nuestras leyes adjetivas han consagrado en sus textos (y cuando no éstas, lo ha hecho la jurisprudencia imperante) un principio fundamental: *el reparto de la carga probatoria*. Cada parte debe introducir al proceso la prueba que se encuentre en mejor condición de producir. Actor y demandado deben colaborar con el fin del proceso (una sentencia justa basada en la verdad real), acreditando aquellos extremos que le resulten más fáciles de probar.

Efectivamente el médico no solo se desobliga invocando y acreditando el caso fortuito, o el hecho de la víctima -culpable o no- como causante del daño, sino que se libera también probando su obrar diligente. Dicho de otro modo, si no es posible acreditar de manera inequívoca relación adecuada de causalidad entre el daño y la atención médica reprochada (2), pues resulta jurídicamente casi irrelevan-



Por Dr. Rafael Acevedo.

Abogado. Coordinador Legal y Técnico, La Mutual.

E-Mail: acevedor@lamutual.org.ar

te indagar sobre la pericia, diligencia o prudencia del obrar médico; pero si el resultado es fácticamente atribuible a la conducta médica, pues en ese contexto el médico debe defender su obrar y aportar toda la prueba a su alcance para acreditar que lo hizo sin culpa, y que por tanto el evento dañoso se produjo a pesar de haber cumplido él con su deber (3). Precisamente he aquí donde, para uno y otro campo de análisis de la cuestión, cobra extremo valor la historia clínica como instrumento donde el o los profesionales registran toda la labor diagnóstica, terapéutica y de control o seguimiento llevada a cabo para con el paciente, resultando por tanto, en la inmensa mayoría de los casos, la prueba por excelencia del proceso, atento la prueba pericial se apoya en las evidencias allí contenidas (4).

En consecuencia, la confección de una clara y completa historia clínica no es solo una exigencia del sistema de la seguridad social, o una cuestión de valor a los efectos estadísticos o académicos, sino fundamentalmente un elemento de vital importancia para poder acreditar el diagnóstico, la aplicación de un tratamiento aceptado por la ciencia médica, la adopción de decisiones médicas correctas, el control y seguimiento del paciente, y, por que no, eventuales circunstancias que operan como eximentes de responsabilidad, tales como: rechazo terapéutico, abandono de tratamiento, incumplimiento del paciente al tratamiento instituido y/o a los controles clínicos o posquirúrgicos indicados, etc.

Cierto es que reconocida jurisprudencia, a la que adhiero, establece como regla general que ciertas omisiones o incluso irregularidades en la confección de la historia clínica no resultan suficientes per se para demostrar que el médico ha incurrido en mala práctica (5), pero no menos exacto es que en diversos e insoslayables pronunciamientos judiciales se ha juzgado que la presentación de documentación médica deficiente, sin registros cronológicos, claros, completos, veraces, creíbles y oportunos genera una presunción en contra del demandado, que de no poder ser desvirtuada por otros medios probatorios da lugar a una condena contra el profesional e institución médica accionados (6).

Es que, así como el profesional puede ampararse en la historia clínica para sostener la defensa en torno a su falta de responsabilidad, correlativamente cargará con las con-

secuencias de no poder aportar al proceso una prueba cuya producción le está legalmente impuesta. De allí que desde la óptica médico legal nos permitamos sostener que la buena praxis del médico empieza por una buena relación médico paciente y por la confección de una correcta historia clínica. Historia clínica que se integra con los estudios de laboratorio, imágenes, interconsultas, y demás registros y practicas médicas relacionadas al diagnóstico y atención del paciente.

Con lo hasta aquí dicho este trabajo adolecería de importancia práctica, sobretodo para el profesional de la medicina, si no dedicara su parte final a, al menos, enunciar cuáles son los mas comunes y frecuentes errores en los que se incurre en materia de registración del accionar médico. No desde la óptica de un médico legista, que no lo soy, sino a partir de la vivencia que uno tiene por la cotidiana labor dedicada como abogado a la prevención del riesgo y a asesorar y ejercer defensas de profesionales e instituciones de salud, lo que supone la no sencilla tarea de reunir y analizar toda la prueba documental sobre la que sustentamos el planteo de rechazo de la demanda. Desde esa posición me atrevo a puntualizar una treintena de errores o falencias en las que suele incurrirse en la confección de la historia clínica (naturalmente no todas juntas), lo cual en reiteradas ocasiones hace de la misma un instrumento que carece de valor legal para sostener la pericia o diligencia desplegada en la atención, y con ello la imposibilidad de arrimar al juicio aquel elemento probatorio que los tribunales le imponen al demandado.

Veamos:

1. Ilegibilidad de los registros.
2. No se describe examen físico.
3. No se especifica el horario de la evolución, o no se aclara el nombre del profesional que la efectuó.
4. Se saltean días de evolución y se enmienda mal.
5. No se transcriben laboratorios y/o resultados de estudios en la evolución.
6. No se preservan o incorporan a la historia clínica radiografías y estudios de diagnóstico o control relevantes.
7. No concuerdan los datos del medico con la hoja de enfermería.
8. No se instrumenta el otorgamiento del consentimiento informado.
9. Se confunde consentimiento informado con el llamado consentimiento general de internación.
- 10.No se registran advertencias o indicaciones dadas al paciente.
- 11.No se registran comunicaciones con el paciente.
- 12.No se documentan evidencias de incumplimientos del paciente.
- 13.No se registran respuestas a indicaciones precisas.
- 14.No se registran ni instrumentan rechazos terapéuticos, abandono de tratamiento, externación o fuga del paciente si alta sanatorial.-
- 15.No se especifica el cuadro clínico y condiciones de ingreso o egreso del paciente en una derivación o alta sanatorial.
- 16.No se consignan demoras o complicaciones en el traslado del paciente.
- 17.Se confeccionan protocolos quirúrgicos que describen lo que NO se hizo.
- 18.No se describen hallazgos o complicaciones intraoperatorias.
- 19.Se solicita interconsulta con especialidad, y nunca se realiza.
- 20.No se registran respuesta o resultado de la interconsulta.
- 21.Se solicitan estudios y nunca se realizan.
- 22.No se registran eventos adversos, complicaciones, accidentes y contratiempos.
- 23.No se documentan complicaciones (escaras, quemaduras, etc).
- 24.No se documentan hallazgos clínicos esenciales para el diagnóstico o cuidado del paciente.
- 25.No se deja constancia del pensamiento médico y algoritmos de diagnóstico.
- 26.No se cumplen protocolos o procedimientos especialmente instituidos para determinadas prácticas.
- 27.El médico «acusa» al colega.
- 28.No se confecciona epicrisis.
- 29.Falta de procedimientos comunes para la «administración» y custodia de las llamadas historia clínica de internación e historia clínica o ficha de atención ambulatoria. Se agrega que repetidas veces existen discordancias entre unos y otros registros.
- 30.En atenciones por guardia nada se dice de los estudios realizados y tratamiento indicado, evolución, pautas de alarma, destino del paciente, eventual derivación o indicación de control por consultorios. Muchas instituciones no han reemplazado aun el inadmisibles y riesgoso mecanismo de registración en un par de renglones del Libro de Guardias.

Como podrá apreciarse se trata de falencias, errores, omisiones o irregularidades que no siempre acompañan o son el reflejo de una deficitaria o negligente atención médica, sino que más bien están asociadas a cierta desaprensión o hasta desidia respecto de un instrumento de inmenso valor legal.

Empezando por la propia ilegibilidad que revelan numerosas historias clínicas. Ilegibilidad que no solo «pone en jaque» el valor probatorio de la historia clínica, sino que también genera múltiples inconvenientes y riesgos en el ejercicio de la actividad médico asistencial, toda vez que una evolución o una indicación ilegible puede producir errores en el resto del equipo médico y paramédico que interviene en el cuidado y atención de la salud del enfermo, y de allí que en materia de prevención de riesgos médico legales este sea un punto a trabajar.

En definitiva, el diagnóstico y tratamiento de acuerdo a las circunstancias de tiempo, persona, lugar y modo que condicionan el acto médico pudo haber sido el correcto, pero si ello no es posible corroborarlo en la historia clínica difícilmente resulte ser esa la convicción a la que arribe el juez. Así como nuestra realidad es la que obra en el expediente judicial, la del médico y la institución pasa en gran medida por la que surja del *expediente clínico*.

Notas:

(1) Ante determinados presupuestos de hecho y con distinto alcance, en distintos precedentes jurisprudenciales las siguientes prácticas médicas han sido concebidas bajo esa naturaleza

jurídica: cirugía embellecedora, estudios de laboratorio o anatomopatológicos, transfusiones de sangre, daños por el hecho de las cosas, infecciones intrahospitalarias, prácticas invasivas calificadas como «muy sencillas» -supuestos esto dos últimos por cierto altamente discutibles-, etc.

(2) Tal como lo impuso nuestra CSJN, por ejemplo, en su sentencia de los casos «Schauman de Scaiola, Martha c. Pcia de Santa Cruz» del 06/07/1999, y «Liporace Roque c. Vazquez Ferro, Guillermo y otros» del 28/12/19989.

(3) Jorge Mosset Iturraspe, Responsabilidad Civil del Médico, página 210. Editorial Astrea, 1979.

(4) -CNCiv Sala H, 2004/10/08 «Borgatti, Silvano c. Instituto Dupuytren y otros», RCyS, 2004-XI, 47: La historia clínica es la prueba por antonomasia en los juicios en los que se persigue descubrir la mala praxis de un profesional de la medicina. El valor probatorio de la historia clínica se vincula con la posibilidad de calificar los actos médicos realizados, conforme a estándares -como adecuados y exhaustivos, inadecuados e insuficientes- y coopera para establecer la relación de causalidad entre ellos y los eventuales daños sufridos por el paciente.

-CCiv y Com Rosario Sala II, 1997/12/16. D., C.A. c. S. B. S.A., LA LEY, 1998-F, 852 (40.994-S): «En los casos en que se controvierte la existencia o no de responsabilidad médica, la historia clínica constituye la «probatoria probatissima».

(5) CSJ de Mendoza en sent. del 16/03/05 en autos «Cereda Olga c. Pcia de Mendoza»; CNCiv Sala D, sentencia en autos «L. de G. c/ S.G.F.C.».

(6) - «La constancia documental que emana de la historia clínica es una prueba sustancial en casos de mala praxis médica que la convierte en un instrumento de decisiva relevancia

para la solución del litigio, pues permite observar la evolución médica del paciente y coopera para establecer la relación de causalidad entre el hecho de la persona o de la cosa y el daño (del dictamen del procurador fiscal que la Corte hace suyo; CSJN, Sent. del 4-9-2001, en causa «P., S. R. y otros c. Clínica Bazterrica S.A. y otros»; LL 2002-A, 731).»

- CNCiv Sala F 2008/02/29 «B., J.V. y otros c/ Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires s/ daños y perjuicios», «Por otro lado, no está aquí en tela de juicio la importancia y trascendencia de volcar las distintas secuencias médicas en la historia clínica, así como también que la ausencia y omisiones que aquella pueda presentar no pueden sino perjudicar a quienes tienen el deber de confeccionarla y de asentar en ella todos los pormenores necesarios según la ciencia médica... Las omisiones y el desorden que se traslucen de lo dicho, no puede sino jugar en contra de los facultativos».-

- CNCiv Sala E 1998/02/26, Cruz, Mónica L. c. Hospital Durand. LA LEY, 2000-B, 888, J. Agrup., caso 14.931: «En un juicio por mala praxis, la falta de datos en la historia clínica o la sospecha que ella ha sido confeccionada ex post facto y en miras al eventual juicio posterior, constituye una violación al deber de colaboración procesal y representa una presunción en contra del profesional».

- CNCiv Sala H, 1997/12/07, González, Miguel A. c. M. C. B.A., JA, 2000-IV-540: «La omisión de la historia clínica o su imperfecta redacción privan al paciente de un crucial elemento de juicio para determinar la culpa imputable al médico quebrantándose el deber de colaboración que debe existir por parte del accionado para facilitar la prueba, consecuentemente la ausencia o deficiencia de dicho documento invierte la carga de prueba».



FEMEBBA

**Federación Médica de la Provincia
de Buenos Aires**