

La legibilidad de la Historia Clínica como parte de la Calidad

La historia clínica se define como una recopilación ordenada y sistematizada de información acerca de la situación de la salud/enfermedad de un individuo. Es de destacar que en ciertos ámbitos se habla también de la historia clínica individual/familiar, lo que incorpora información no sólo del individuo sino del grupo familiar al que pertenece. En ella se incorpora información relacionada con los antecedentes, síntomas, hallazgos, resultados de investigaciones y detalles del tratamiento relacionados con la situación de salud/enfermedad del paciente.

En el siglo V antes de nuestra era Hipócrates influenció significativamente la narrativa médica, señalando sus dos propósitos fundamentales:

- *Debe reflejar exactamente el curso de la enfermedad.*
- *Debe indicar la posible causa de la enfermedad.*

La historia clínica es uno de los elementos fundamentales no sólo de la medicina institucional y hospitalaria sino la de cualquier acto médico; ella recoge y comunica el pensamiento profesional reflejando observaciones, diagnósticos e intervenciones en el curso de uno o varios problemas de salud.

Su aplicación tradicional ha enfrentado diversas dificultades que se hacen evidentes durante la práctica diaria, fundamentalmente en lo que se refiere a su legibilidad y entendimiento.

Desde el punto de vista legal, la historia clínica adquiere especial relevancia por cuanto representa un documento que integra la relación contractual entre el médico y su paciente.

Tanto lo ininteligible, como lo omitido serán elementos que en su momento pueden ser considerados como no favorables para el médico actuante, aún cuando el tiempo dedicado al paciente, el tratamiento médico o la terapéutica empleada hayan sido inmejorables.

Poco valor merecerá como prueba que el paciente haya sido controlado por el médico una o más veces por día, si en la historia clínica no se registran esos controles o no se alcanzan a entender por la calidad de la escritura.

La historia clínica como tal, ha tenido dificultades en las Instituciones de Salud por ser un documento legal que a veces es ambiguo, no claro de leer, con riesgo de perder la información contenida en ella por los aspectos inherentes al manejo del papel, al variado acceso de personal y a la forma y espacio de archivar.

En nuestro país, la historia clínica, se encuentra afectada por algunas normas jurídicas dispersas, pero no existe una norma de ámbito nacional con rango de ley que unifique y aporte las soluciones más adecuadas a todos los problemas legales que plantea, tales como: custodia, propiedad, acceso, etc.

Tanto la Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (CIDCAM) como el Centro Especializado para la Normalización y Atención de la Salud (CENAS) consideran que el análisis de las formas de registro, su adecuado contenido y accesibilidad de la historia clínica adquiere su máxima dimensión como un estándar e indicador de la calidad de la atención.



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. **Florence Nightingale**
Precursora de la Calidad de la
Atención de la Enfermería

- 5 Organización Mundial
de la Salud y la seguridad del paciente



7. Efectos adversos en la atención de la salud

9. Infección Hospitalaria: Recomendaciones
para su prevención y control



12. FOPBA. Atención a personas
con discapacidad

13. La caligrafía médica como medio de
comunicación

18. Noticias de la CIDCAM



21. Curso de Capacitación en
Evaluación de la Calidad en Salud

22. Noticias CENAS



24. 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 Peruzetto. 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

Florence Nightingale

Precursora de la Calidad de la Atención de la Enfermería

FLORENCE NIGHTINGALE

R
E
S
U
M
E
N

Líder inglesa en la reforma de hospitales, desconocido para muchos es su desarrollo innovador de técnicas en el análisis estadístico (como el «ploteo» de incidencias de muertes prevenibles entre militares durante la guerra), con lo cual mostró, finalmente, cómo el fenómeno social podía ser medido objetivamente y analizado matemáticamente.

Fue una innovadora en la recolección, tabulación, interpretación y presentación gráfica de las estadísticas descriptivas, mostró como la estadística proporciona un marco de organización para controlar y aprender, y puede llevar a mejoramientos en las prácticas quirúrgicas y médicas. También desarrolló una Fórmula Modelo de Estadística Hospitalaria para que los hospitales recolectaran y generaran datos y estadísticas consistentes. Al cumplirse el pasado 12 de mayo un nuevo aniversario de su natalicio de esta precursora de la Calidad de la Atención de la Enfermería, CIDCAM y CENAS la recuerdan con ésta síntesis de su vida.

Hija de una familia terrateniente adinerada de Hampsihire, nació el 12 de mayo de 1820. Su padre, Willam Nightingale de Embly Park, estaba involucrado en el movimiento contra la esclavitud y era fiel creyente en que las mujeres, especialmente sus hijas, deberían obtener educación. Ella y su hermana aprendieron italiano, latín, griego, historia y matemática de su padre y su tía, así como de otros tutores.

Su madre, Fanny, era una mujer dominante que estaba primordialmente preocupada con la búsqueda de un buen marido para su hija. Por ello, se molestó ante la decisión de Florence de rechazar a varios proponentes de matrimonio.

Cuando Florence cumplió diecisiete años se sintió llamada por Dios para enfrentar alguna gran causa desconocida; a los veintitres dijo a sus padres que quería convertirse en enfermera y se encontró con una sólida oposición de ellos, ya que la enfermería se asociaba con mujeres de clase trabajadora y recién a los treinta y un años se fue a trabajar al hospital Kaiserworth en Alemania.

Dos años más tarde ella fue nombrada la directora residente del hospital para mujeres inválidas en Herley Street, London. Al año siguiente se le otorgó permiso para que llevara a treinta y ocho enfermeras a cuidar a los soldados británicos en la guerra. Nightingale encontró que las condiciones en el hospital militar en Scutari eran alarmantes; los hombres eran mantenidos en cuartos sin sábanas ni comida decente y sin lavar. En esas condiciones no era sorprendente que en los hospitales militares, las heridas de guerra eran sólo la sexta causa de defunción; el tifus, cólera y disentería eran las tres causas principales de muerte.

Durante este tiempo, Nightingale recolectó datos y sistematizó la práctica del control de registros; ella inventó el gráfico de área polar, donde las estadísticas representadas son proporcionales al área de una tajada en un gráfico circular. Esta información fue su herramienta para promover la reforma; sus cálculos sobre la tasa de mortalidad mostraron en febrero de 1885, que con una mejoría en los métodos de sanidad, las muertes bajarían.

Los oficiales militares y los médicos de entonces objetaron las visiones de Nightingale sobre las reformas propuestas; ellos interpretaron sus comentarios como un ataque a ellos y la hicieron sentir fuera de lugar; Florence al recibir tan poca ayuda, recurrió a sus contactos con el Times, para publicar su información y a partir de la divulgación de sus observaciones se le encomendó la tarea de organizar las barracas del hospital después de la batalla de Inkerman y al mejorar las condiciones de la atención, logró reducir el número de muertes.

En 1856, regresó a Inglaterra como una heroína nacional y decidió empezar una campaña para mejorar la calidad de la atención por parte del personal de enfermería en los hospitales militares. Sus conclusiones ante la Comisión de Sanidad en 1857 dieron como resultado la creación de una Universidad Médica Militar.

Para hacer conocer sus opiniones sobre la reforma, publicó dos libros, Notas de Hospital (1859) y Notas de Enfermería (1859). Con el apoyo de amigos adinerados y The Times, pudo

reunir 59.000 Libras Esterlinas para mejorar la calidad de la enfermería. En 1860 fundó la Escuela y Casa para Enfermeras Nightingale en el Hospital St. Thomas.

Nightingale tenía fuertes opiniones sobre los derechos de las mujeres; en su libro «Sugerencias para pensar para los buscadores de las verdades religiosas» (1859) ella argumentó fuertemente para que se eliminaran las restricciones que prevenían a las mujeres de estudiar carreras. Como contradicción, otras mujeres se sintieron desanimadas por la falta de apoyo de Nightingale hacia las mujeres médicas; ella tenía dudas y argumentaba que era más importante contar con mujeres enfermeras que mujeres médicas.

A lo largo de los años Florence sufrió de muy mala salud y en 1895 quedó totalmente ciega, luego perdió otros sentidos por lo que tuvo que recibir al final de su vida cuidado a tiempo completo, ya que permaneció totalmente inválida los últimos 15 años de su vida. No cabe duda que fue una de las precursoras de la Calidad de la Atención Médica.

BIBLIOGRAFIA

- Larousse, Dictionary of Women, New York. 1996.
 Choen, I.B. «Florence Nightingale». Scientific. American. 1984.
 Nuttal, P. «The Passionate Statistician». Nursing Times. 1983.
 Grier, M.R. «Florence Nightingales and Statistics». Rev. Nurse Helalth. 1978.
 Lipsey, S. «Mathematical Education in the Life of Florence Nightingale». Newsletter of the Association for Women in Mathematics. 1993.

BL

& A

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

Organización Mundial de la Salud y la seguridad del paciente

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha lanzado en mayo de 2007 en Ginebra, Suiza, «Nueve soluciones para la seguridad del paciente» a fin de ayudar a reducir el tributo de daños relacionados con la atención sanitaria que pagan millones de pacientes en todo el mundo. Las soluciones han sido formuladas por el Centro Colaborador de la OMS sobre la Seguridad del paciente.

En los países desarrollados, se estima que hasta uno de cada 10 pacientes hospitalizados sufren daños como resultado de la atención recibida, y en el mundo en desarrollo la cifra es probablemente mucho mayor. Lo más importante en materia de seguridad de los pacientes es conseguir conocer la manera de evitar que éstos sufran daños durante el tratamiento y la atención. Las nueve soluciones concebidas por la Organización se basan en intervenciones y acciones que han reducido los problemas relacionados con la seguridad del paciente en algunos países, y se difunden ahora de manera accesible para que los Estados Miembros de la OMS puedan usarlas y adaptarlas a fin de reformular los procedimientos de asistencia al enfermo y hacerlos más seguros.

Estas soluciones para la Seguridad del Paciente se centran en los siguientes aspectos:

1. Terminar con los medicamentos de aspecto o nombre parecido.
2. Identificación de pacientes.
3. Comunicación durante el traspaso de pacientes.
4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.
5. Control de las soluciones concentrada de electrolitos.

6. Asegurar la precisión de la mediación en las transiciones asistenciales.
7. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.
8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de la salud.

Básicamente estas soluciones tienen por objeto ayudar a rediseñar la asistencia a los enfermos y evitar errores humanos perjudiciales para los pacientes.

«Reconociendo que los fallos de la atención sanitaria afectan a uno de cada 10 enfermos en todo el mundo, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y el Centro Colaborador han combinado estas nueve soluciones eficaces para reducir esos errores», ha explicado la Directora General de la OMS, la Dra. Margaret Chan.

Sir Liam Donaldson, Presidente de la Alianza y Director General de Salud de Inglaterra, ha manifestado que: «En todo el mundo, los sistemas de salud reconocen hoy día que la seguridad de paciente es una cuestión prioritaria. El programa de trabajo de Soluciones para la Seguridad del paciente aborda varias áreas cruciales de riesgo para los pacientes. Las medidas claras y concisas propuestas en las nueve soluciones han demostrado ser de gran utilidad para reducir las cifras inaceptablemente al-

tas de lesiones iatrogénicas observadas en todo el mundo».

Las soluciones para la Seguridad del paciente, un programa central de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS, señalan las prácticas óptimas para reducir los riesgos a que se ven expuestos. El programa intenta asegurar que las intervenciones y medidas que hayan resultado problemas relacionados con la seguridad del paciente en algún lugar del mundo se difundan ampliamente de manera accesible e inteligible para todos. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations y la Joint Commission International fueron designadas oficialmente para desempeñar conjuntamente la función de Centro Colaborador de la OMS sobre la Seguridad del Paciente en 2005.

En los últimos meses, el citado Centro

Colaborar de la OMS ha reunido a más de 50 destacados líderes y expertos de todo el mundo en ese campo para identificar y adaptar las nueve soluciones a diferentes necesidades. Se realizó un estudio sobre el terreno de las soluciones para reunir información de importantes entidades dedicadas a la seguridad del paciente, organismos de acreditación, ministerios de salud, organizaciones internacionales de profesionales de la salud y otros expertos.

«Estas soluciones ofrecen a los Estados Miembros de la OMS un nuevo e importante recurso para ayudar a sus hospitales a evitar muertes y lesiones previsibles», ha señalado Dennis S. O'Leary, M.D., Presidente de The Joint Commission. «Todos los países afrontan hoy tanto la oportunidad como el reto de traducir esas soluciones en acciones concretas que efectivamente salven vidas»



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

Efectos adversos en la atención de la salud

Los efectos indeseables derivados de la prestación de atención de la salud son, en muchos casos, causa de enfermedad, traumatismos o muerte. Los estudios realizados en varios países ponen de manifiesto un índice de efectos adversos de entre el 3,5% y el 16,6% del número de pacientes hospitalizados. En promedio, uno de cada diez pacientes ingresados sufre alguna forma de daño evitable que puede provocar discapacidades graves o incluso la muerte.

Un evento adverso es «el daño, lesión o muerte causados por el tratamiento de una enfermedad o estado del paciente por profesionales de salud, y que no obedece a la propia enfermedad o estados subyacentes» o aquel que «hace referencia al resultado clínico que es adverso al esperado y debido a error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo».

Los eventos adversos prevenibles han estado relacionados con la prescripción, preparación y administración equivocada de medicamentos o de eventos quirúrgicos, como por ejemplo la intervención en el sitio diferente del inicialmente planeado. El listado presenta las siguientes condiciones:

- Fallas en equipos o tecnologías: bombas de infusión endovenosa con deficiencias en las válvulas que originan incremento en la dosis del medicamento, en períodos de tiempo corto, desfibriladores con baterías agotadas, carros de paro con medicamentos vencidos, inapropiada programación del ventilador, entre otros.
- Reacciones por transfusiones sanguíneas equivocadas.
- Faltas en la adherencia a órdenes médicas (suministro de dietas diferentes de las ordenadas)

- Infecciones nosocomiales (neumonías, infecciones urinarias e infecciones de heridas quirúrgicas, entre otras).
- Factor ambiental (trauma mecánico por caída de cama).
- Error del sitio quirúrgico.
- Cuerpos extraños olvidados en pacientes durante el procedimiento quirúrgico.

Al considerable dolor humano que provocan esos efectos adversos se suman sus repercusiones económicas. Diversos estudios han demostrado que las hospitalizaciones adicionales, las demandas judiciales, las infecciones intrahospitalarias, la pérdida de ingresos, las discapacidades y los gastos médicos representan en algunos países un costo anual de entre 6.000 y 29.000 millones de dólares estadounidenses.

«Los efectos indeseables de la atención de salud son un problema que afecta a todos y cada uno de los países, hospitales y centros de atención del mundo, desde los médicos y especialistas hasta las enfermeras y los agentes de salud», ha dicho la Dra. Mirta Roses, Directora Regional de la OMS para las Américas.

«La situación es mucho más grave en los países en desarrollo, donde millones de niños y adultos sufren problemas crónicos de salud o discapacidades que hubieran podido evitarse, cuando no mueren, por culpa de errores médicos, transfusiones de sangre sin garantías,

DATOS SOBRE EFECTOS ADVERSOS EN DISTINTOS PAISES

Estudio	Fecha de admisión en hosp. de agudos	N° de ingresos	N° de efectos adversos	% efectos adversos
USA Harvard Medical Practice Study	1984	30.195	1.133	3,8
Australia (Quality Australian Health Care Study)	1992	14.179	2.353	16,6
Nueva Zelanda	1998	6579	849	12,9
Canadá	2001	3720	279	7,5
EEUU (Utah - Colorado Study)	1992	14565	475	3,2
Reino Unido	1999-2000	1014	119	11,7
Dinamarca	1998	1097	176	9

medicamentos falsificados o de calidad inferior a la norma y, sobre todo, prácticas inseguras realizadas en condiciones de trabajo precarias», ha afirmado el Dr. Ebrahim Samba, Director Regional de la OMS para África. La OMS informa de que al menos un 50% del material médico en su conjunto no es de fiar, y de que un 77% de los casos descritos de falsificación o mala calidad de los medicamentos se dan en países en desarrollo.

BIBLIOGRAFIA

- Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA55.28. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002.
- Committee on Quality of Health Care in America Institute of Medicine. To err is human: Building Safer Health System. Washington: National Academy Press, 2000.
- Consejo de Europa. La seguridad del Paciente: Un Reto Europeo. Varsovia, 13-15 Abril 2005.
- Comisión Europea. DG Salud y Protección del Consumidor. Patient Security: Making it Happen. Luxemburgo, 5 de abril 2005.
- Davis P, Lay-Yee, Briant R. Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. N. Engl J Med 2002.



COLEGIO DE
NUTRICIONISTAS
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Se informa a las **personas, organismos e instituciones estatales y privados** que requieran consultas, servicios o prestaciones de Nutricionistas-Dietistas o Licenciados en Nutrición dentro de la Provincia de Buenos Aires, que los mismos deben estar **MATRICULADOS** en el Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Buenos Aires, de acuerdo a lo que establece la Ley 13272.

Informes: Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Buenos Aires
Calle 13 n° 857 – 4° piso, ofs. 42 y 43. La Plata
Tel/fax: 423-3699. e-mail: info@nutricionistaspba.org.ar
www.nutricionistaspba.org.ar

Infeción Hospitalaria: Recomendaciones para su prevención y control

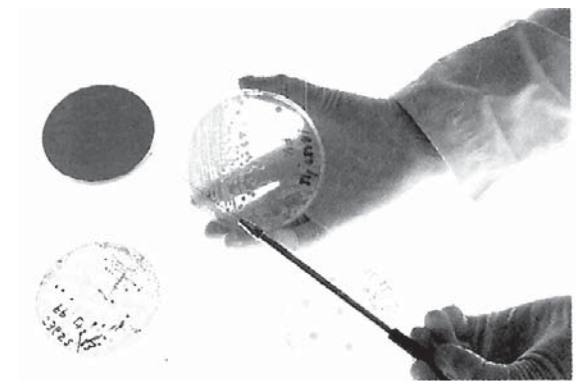
En los números anteriores de «Hacia la Calidad en Salud» se publicaron la introducción, concepto, definición de infección hospitalaria y los aspectos organizativos para su prevención; en éste número algunos conceptos sobre: **Residuos Generados en Establecimiento de Salud.**

Documento Técnico de la CIDCAM

Residuos generados en establecimientos de salud

Dentro del tema del manejo de los residuos sólidos, los generados en los establecimientos del cuidado de la salud tienen un lugar especial porque estos residuos presentan un alto riesgo potencial, real o percibido, para la salud de los pacientes, personal profesional, técnico y de los servicios de estos centros. En algunos casos de mal manejo, el riesgo puede extenderse más allá de los límites del establecimiento y exponer a los trabajadores de los servicios de limpieza pública, a los separadores de basura y a la población en general. El riesgo proviene fundamentalmente del carácter infeccioso de algunos de sus componentes, por los elementos punzo cortantes y por la presencia eventual de sustancias tóxicas, reactivas, inflamables y radiactivas de baja intensidad.

En América Latina hasta antes de la década de los noventa, con algunas excepciones, se prestaba poca importancia al manejo apropiado de estos residuos, que generalmente se incineraban en los propios establecimientos o se entregaban sin cuidado alguno a los servicios



de limpieza pública para ser llevados a los basureros a cielo abierto, donde muchas veces eran reciclados por los separadores. En ese entonces se estimaba que la generación media de residuos era de unos 3 kg. por cama, generación que ha venido creciendo aceleradamente por el uso cada vez mayor de productos descartables. De estos, la fracción realmente peligrosa se estimaba en un 10 a un 30%. Generalmente el manejo interno de los residuos en los establecimientos se hacía sin separar la fracción peligrosa del resto de los residuos. Los incineradores eran generalmente de una sola cámara donde las emisiones gaseosas se liberaban a la atmósfera sin ningún control. Durante la década de los noventa comenzó en casi todos los países una gran preocupación por el manejo adecuado de los residuos peligrosos de los establecimientos de salud, que condujo a emisión de decretos y leyes que proporcionaron un marco jurídico para el buen manejo de estos residuos. Esto permitió también que la empresa privada viera una oportunidad de participación en su recolección y tratamiento. Actualmente existen instalaciones de tratamiento

en Latinoamérica de muy diversos tipos, como la incineración con doble cámara, autoclaves, desinfección química, radiación, microondas y otros. Sin embargo todos estos procesos de tratamiento son caros, generalmente del orden de 10 a 20 veces más que el costo del manejo de los residuos sólidos no peligrosos. De ahí la importancia que tiene, para la minimización de los costos, la separación cuidadosa de la fracción peligrosa de la no peligrosa, y consecuentemente lo relevante que es la capacitación del personal.

Las acciones necesarias para la implementación de programas efectivos de manejo adecuado de este tipo de residuos requieren de la colaboración intersectorial y de una interacción a todos los niveles.

Existe un trabajo realizado por Ayliffe en el que plantea que el residuo generado en los establecimientos de la salud tiene un contenido de microorganismos similar o posiblemente menor que el residuo domiciliario, asegurando que no hay evidencia de transmisión de infecciones para el hombre a menos que se trate de accidentes con objetos corto punzantes. En dicho artículo el autor recuerda que para que una infección ocurra, son requeridos los siguientes eslabones para armar una cadena epidemiológica:

- Presencia de un patógeno con la suficiente virulencia y cantidad para producir una infección.
- Una puerta de entrada para que el patógeno ingrese en un nuevo huésped.
- Un huésped susceptible.

Esta cadena se rompe colocando los objetos cortopunzantes en envases seguros

En el artículo mencionado se especifica que los residuos patológicos, tales como tejidos y sangre humana, son usualmente incluidos como residuos bajo control por una cuestión ética y estética concerniente al público más que por constituir un real peligro infeccioso. No hay razón para tener que descartar un algodón con sangre de un paciente como residuo patológico, cuando diariamente se generan incalculables cantidades de apósitos femeninos en una ciudad, que

los dispone como residuos domiciliarios. Igual consideración se puede aplicar a los pañales descartables.

Otro aspecto a considerar es el relacionado con la **cantidad generada**. Se calcula que se producen aproximadamente 5 a 6 kg. de desechos sólidos por paciente por día y que sólo el 5 al 7% de esa cantidad consiste en **residuos patogénicos**. Sin embargo, por diferentes razones se tiende a sobrestimar esta cantidad llevándolo a un 15 al 16% del total de residuos producidos por paciente y por día. En nuestro país se denomina **residuo patogénico** al que tiene capacidad de provocar daño o enfermedad.

Residuos generados en establecimientos de salud

Total de residuos por paciente/camaldia

Residuos de tipo domiciliario	80%
Residuos patogénicos (incluye 1% de corto punzantes)	16%
Residuos químicos, farmacéuticos y radioactivos	4%

Categorización de los residuos generados en Establecimientos de salud según institución

Institución	Categorización
Organización Mundial de la Salud	General
	Patológico
	Radioactivo
	Químico
	Infeccioso
	Punzo cortante Farmacéutico
Organización Panamericana de la Salud	General
	Especial
	Infeccioso
Center for Disease Control and Prevention	Infeccioso
	No infeccioso
Ley Nacional 24.051	Patológicos Peligrosos

Fases operativas del manejo de los residuos patogénicos

El manejo de los residuos en las instituciones de salud incluye las siguientes fases operativas:

Generación: Es la fase del proceso en que se produce un residuo. Incluye:

- *Unidad generadora:* reciben este nombre las unidades de atención de salud pública o privada que, como resultado de su actividad, produzcan residuos patogénicos.
- *Punto de generación:* es el lugar donde se produce el residuo como resultado de una actividad. Por ejemplo: laboratorio, sala de internación, etc.

Segregación: Consiste en la separación o selección apropiada de los residuos, según la clasificación que corresponda. Debe realizarse en el punto de generación y colocarlos en los lugares adecuados que incluyen:

- Descartador de cortopunzantes.
- Descartador para hojas de bisturí.
- Caja para vidrios.
- Bolsas rojas.

Almacenamiento: Es la colocación de los residuos por un período temporario en un lugar o instalación donde puedan garantizarse el aislamiento de los mismos, la protección del personal y la seguridad ambiental. Consta de tres etapas:

• *Almacenamiento primario:* Se realiza en los recipientes donde se encuentran las bolsas según el color y/o los descartadores que correspondan.

• *Almacenamiento intermedio:* Se realiza en el lugar donde se ubica el contenedor de mayor tamaño, donde permanecen las bolsas rojas, luego de ser retiradas de los recipientes para el almacenamiento primario y hasta ser transportadas para su almacenamiento y tratamiento final.

• *Almacenamiento final:* Es el espacio físico destinado al depósito de los residuos generados en los diferentes servicios del establecimiento hasta el momento en que son retirados para su tratamiento y disposición final.

Transporte interno: Consiste en la recolección y traslado desde el sitio de generación o almacenamiento intermedio hasta el almacenamiento final.

BIBLIOGRAFIA

Centers for Disease Control and Prevention: Guidelines for protecting the safety and health of health care workers. Chapter 6. Hazardous waste disposal. Abril 28, 1998.

VIGI+A: Recomendaciones para manejo de residuos hospitalarios. Guía para la Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales. Capítulo 6. Programa Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades. VIGI+A. Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, 2001.

Efrón E., del Castillo M., Durlach R. Residuos hospitalarios. BEHA 2002.V (11): 1-7.

Sociedad Argentina de Infectología. Normas para el manejo de los residuos hospitalarios, 1998.

Ayliffe G., Residuos hospitalarios.

Manual de Gestión de Residuos Patogénicos. Secretaría de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2000.



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

Atención a personas con discapacidad

La Federación Odontológica de la Provincia de Buenos Aires, en el marco de su pensamiento de que la Calidad de la Atención de la Salud debe ser cada día mejor, ya ha puesto en marcha la «Primera Campaña de Prevención del Cáncer Bucal», le siguió «Juntos por una Boca Sana» y el año pasado «La Odontología en la lucha contra el SIDA». Dado el éxito de estas campañas éste año participa junto a la Asociación Argentina de Odontología para Personas con Discapacidad (A.A.O.D.I.) del Programa «Atención a Personas con Discapacidad».

Una vez más, la Federación Odontológica de la Provincia de Buenos Aires, a través de su Departamento de Educación para la Salud, se encuentra abocada a la formación de una Red Asistencial de prestadores de referencia interesados, en esta oportunidad, en la atención de personas con discapacidad; para esto, lleva a cabo la capacitación de sus odontólogos federados en un programa llamado «Atención a Personas con Discapacidad». Dicha formación, es teórico práctica y dictada por docentes de A.A.O.D.I. (Asociación Argentina de Odontología para Personas con Discapacidad) e integrada por las doctoras: Gabriela Scagnet, Teresita Ferrari, Mariana Armada y Nilda Nóbile.

El **propósito**, es permitir a los odontólogos entender la problemática de las personas con discapacidad, la de sus familiares y profesionales que los atienden, como así también el derecho que tienen de vivir en sociedad, con accesibilidad y mejor calidad de vida, realizando el trabajo interdisciplinariamente con el fin de diseñar estrategias de abordaje en la atención odontológica para este grupo poblacional.

Los **objetivos** son capacitar a los Odontólogos para la Atención de Personas con Discapacidad en equipo con los familiares y o las personas que los acompañan o atienden, realizando el trabajo con el Equipo Interdisciplinario.



En Discapacidad, debemos aprender a no decir Tolerancia, sino aceptar la Diversidad con Equiparación de Oportunidades que es el proceso Social que hace accesible, todas la barreras arquitectónicas, de transporte, educación, cultura, deportes, trabajo y de Salud. Pensar en lo que TIENE la persona con Discapacidad y no en lo que NO TIENE.

La Ley 24.901 en el Capítulo V: Servicios Específicos artículo 28 dice que: las personas con Discapacidad, tendrán garantizada una Atención Odontológica Integral, que abarcara desde la Atención Primaria, hasta técnicas quirúrgicas complejas y de Rehabilitación y en aquellos casos que fuera necesario se brindara la cobertura de un anestesista

La Federación Odontológica de la Pcia de Buenos Aires trabaja para articular esfuerzos, crear espacios donde la profesión organizada pueda colaborar con el Estado y donde la importancia de la Calidad de la Atención Odontológica y la necesidad de llegar a la excelencia en la Atención de la Salud Bucal, sean objetivos a cumplir y partes de un proceso en continuo desarrollo.

Desde lo Institucional, cuando las instituciones caminan juntas, el beneficio es de todos y si se optimizan los recursos, hay respuestas sanitarias; la Salud no se puede entender sino se entiende lo Socio-Sanitario y tener profesionales en continuo aprendizaje es sinónimo capacitación permanente.

Importancia de la Historia Clínica

La caligrafía médica como medio de comunicación

La Organización Panamericana de la Salud lanzó en el año 2004 la «Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente» con el objetivo de reducir las enfermedades, lesiones y muertes de los mismos al recibir atención médica. Esta nueva Alianza debe recibir todo el apoyo necesario para que se cumplan los objetivos trazados y tanto la Comisión Interinsitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (CIDCAM) como el Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud (CENAS) consideran que la legibilidad de la historia clínica es uno de los elementos a tener en cuenta cuando se trata de Seguridad del Paciente o Reducción de Efectos Adversos. El desarrollo y las conclusiones del presente trabajo «Importancia de la caligrafía médica como medio de comunicación en actividades profesionales» muestran en forma concluyente el valor de la caligrafía médica en la Seguridad del Paciente y en la Calidad de la Atención Médica

Autores: *Dr. Aredes, Rafael Antonio; Dra. Barrionuevo, Ana María; Dr. Macedo, Luis Raúl. Facultad de Ciencias de la Salud-UNCA Catamarca-Argentina.*

Palabras claves: *Recetas, Historia Clínica, Firma digital, Caligrafía, Comunicación.*

Resumen

El presente trabajo pone de manifiesto la importancia de la Caligrafía del Médico como proceso de Comunicación. Por supuesto que también hace notar a la Caligrafía ilegible, las consecuencias que se ocasionarían por lo manifestado, que podría desencadenar situaciones, de importancia en la Responsabilidad Profesional. La Historia Clínica y la prescripción de recetas médicas se tomaron como muestra para determinar la influencia en terceros, de una Caligrafía no legible. Mediante encuestas a profesionales en contacto con la escritura del médico (evaluación cuantitativa) y mediante una Historia Clínica tomada al azar de archivos del Hospital San Juan Bautista de Catamarca (evaluación cualitativa) se realizó el presente trabajo, valorando la Caligrafía del Médico como proceso de Comunicación. El trabajo realiza un diagnóstico de situación y está en nosotros saberlo



Federación Odontológica
de la Provincia de Buenos Aires

analizar y modificar rumbos para el beneficio de todos los actores del equipo de salud y de la comunidad.

Introducción

El ser humano revela su personalidad cuando escribe, es bien conocido el dicho de que el hombre tiene tres características: el que pretende ser, el que es y el que cree que es.

Pues bien, la grafología nos indica el camino para poder averiguar la realidad de ese ser y de nosotros mismos.

En el estudio de las letras se evidencia los conflictos, el pasado, la realidad presente de quien escribe y la forma en que concibe cada persona el porvenir. El seguimiento de una escritura a lo largo de muchos años nos permite ver los cambios positivos y negativos del escribiente.

NO EXISTEN DOS LETRAS IGUALES, e incluso puede ser modificada con el tiempo y determinadas circunstancias. SI LAS LETRAS SON EXACTAMENTE IGUALES, UNA DE ELLAS SEGURO QUE ES FALSA.

La comunicación escrita es muchas veces el medio más importante y en ocasiones el único para el intercambio de datos entre los miembros del equipo para el cuidado de la salud.

La COMUNICACIÓN INTERHUMANA es uno de los hechos básicos de la Medicina tanto en el sentido de la transmisión del conocimiento como en el de la relación entre el médico y el enfermo, entre los médicos entre sí y con los profesionales de disciplinas vinculadas y entre el médico y el público no médico.

Existen en la COMUNICACIÓN ciertos obstáculos perturbadores que se interpretan como barreras que se oponen a la COMUNICACIÓN. Algunos médicos presentan BARRERAS DE LA COMUNICACIÓN, que se dan en el LENGUAJE ESCRITO, que encuentran asentadas en una receta o una Historia Clínica, y que resultan poco claras para quién las recibe.

Dentro de los defectos del emisor podemos señalar: A) Letra ilegible B) Exceso de síntesis en las indicaciones médicas o en las solicitudes de estudios.

En una RECETA puede darse la presencia de los defectos del EMISOR, el nombre del medicamento no es claro y las indicaciones son abreviadas. Ambas dificultan el conocimiento

del nombre del medicamento y la dosificación correcta del mismo, por parte del paciente, familiares, Farmacéutico o bien por otro Médico o en caso de responder a una interconsulta.

Una documentación clara constituye la mejor prueba de que se proporcionó una atención bien planificada y responsable.

Debe seguir las directivas de la buena comunicación por lo que tiene que ser simple, clara, pertinente, sensible y por sobre todo exacta.

Saber expresarse por escrito es una cualidad que todos tendríamos que conocer y poder desarrollar sin problemas.

Escribir bien es una de las tareas más difíciles con las que el equipo de salud puede encontrarse, como consecuencia de un pesado lastre, que arrastra desde la escuela y la proyecta a la Universidad, allí surgen los problemas que muchos no pueden resolver y las dificultades se prolongan a todo lo largo de su profesión.

Saber comunicar a través de la escritura, quiere decir encontrar y ordenar ideas, para después componer o redactar un texto de manera ordenada.

Aprender a escribir significa adquirir gradualmente la capacidad de hacerlo. El médico debe tener en cuenta que se fija en la memoria todo aquello que atrae o llama la atención. Por esta razón, una Historia Clínica no es suficiente que contenga importante y buen material científico, debe tener cualidades en su presentación.

Es molesto y fastidioso tener entre manos una Historia Clínica en que las hojas ajadas sobresalen por su costado, una gran información yace desperdigada en innumerables papeles de cualquier tipo y tamaño. Se debe hacer un mayor esfuerzo y tiempo para leer una palabra oculta en el margen que jamás debió ser escrita, y lo más irritante tener un texto con una caligrafía poco clara e incomprendible en la que no se puede leer y por lo tanto entender las ideas que se están tratando de expresar. Es axial que en muchos casos las Historias Clínicas son ilegibles, lo que impide una fácil y rápida lectura de los datos consignados. La información volcada en la misma no es aprovechada como debe ser, descartando datos de suma importancia para el paciente.

El lector al principio se esfuerza por entender, luego trata de adivinar y al final comienza a saltar palabras.

Un texto carente de estética, desordenado, que fuerza una lectura intermitente, predispone mal al lector, entonces al médico le será muy difícil hacer un análisis riguroso y objetivo del cuadro clínico o quirúrgico redactado.

Escribir claramente importa una relación riesgo-beneficio óptima para evitar errores que puedan derivar en Responsabilidades, por resultados y daños no buscados.

La narración debe tener fidelidad, idoneidad, integridad, claridad, precisión y elegancia, estas virtudes son la más firme garantía del progreso en el arte de ver, oír y describir la enfermedad humana contenida en la Historia Clínica.

Objetivo

- Determinar la importancia de la Caligrafía Médica en el proceso de Comunicación.
- Demostrar que la Caligrafía ilegible del médico constituye una barrera en la Comunicación.
- Valorar la documentación contenida en la Historia Clínica y en la Receta como proceso de Comunicación.

Material y métodos

Se realiza mediante valoración y análisis de 100 Historias Clínicas y 100 encuestas di-

rigidas a integrantes del equipo de salud, que de alguna forma participa con el médico en las distintas actividades e incluso son referentes importantes en la interpretación de la Caligrafía. También se realiza a Médicos para saber opiniones respecto de sus pares. Se realizaron encuestas a 50 Médicos, 27 Enfermeras, 15 Bioquímicos y 8 Farmacéuticos.

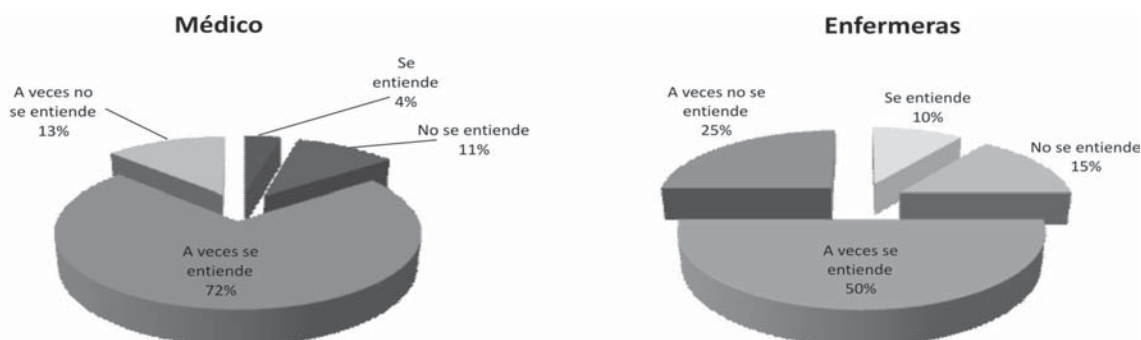
Resultados y discusión

De la valoración en terreno de las 100 Historias Clínicas, extraídas al azar, y de lecturas en Anamnesis, Exámen Físico, Evolución e Indicaciones, se pudo determinar que un 55% se tuvo que reiterar la lectura y en 25% se detectó la presencia de una letra ilegible.

Interpretación de las encuestas

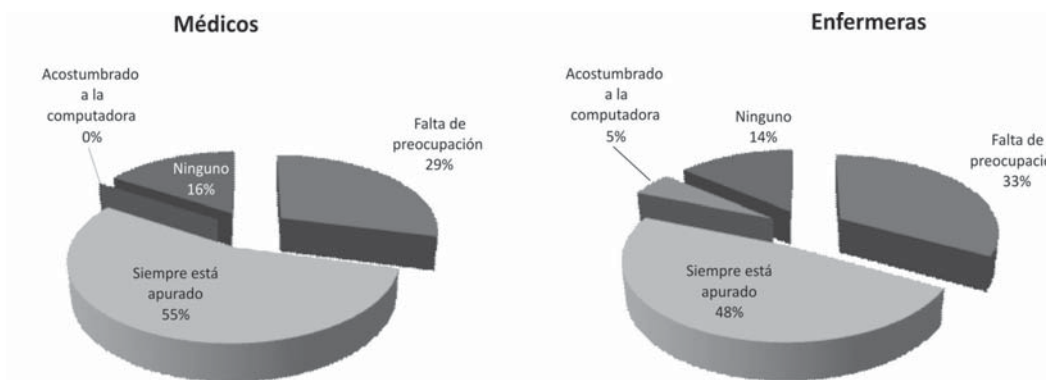
Las encuestas se realizaron a Médicos, Enfermeras, Farmacéuticos y Bioquímicas, considerados según nuestra apreciación como los profesionales que de una u otra manera esta en contacto con nuestra Caligrafía y su interpretación. Los gráficos que se representan solo es posible para médicos y Enfermeras, por razones que el in extenso limita la cantidad de hojas.

¿Cómo valora ud. la letra?



La respuesta de Médicos, Enfermeras, Bioquímicas y Farmacéuticos predomina a «veces se entiende». Dichas respuestas se corresponde con una interpretación que podría ser, que con más tiempo y esfuerzo se mejoraría e incluso en forma total la caligrafía médica podría ser interpretada.

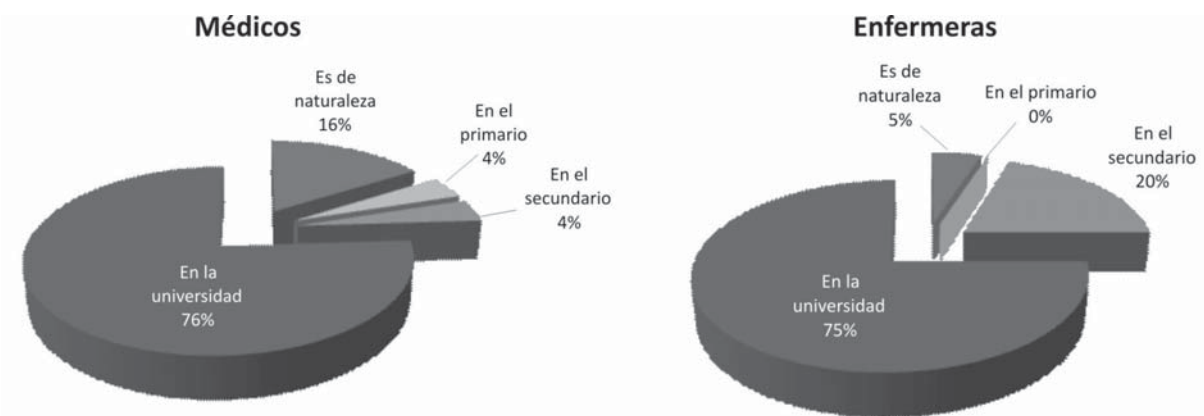
Considera que la letra del Médico no es legible por:



Entre los Médicos, Farmacéuticos y Enfermeras, el mayor porcentaje corresponde «siempre esta apurado», y en segundo termino la opción es «falta de preocupación»

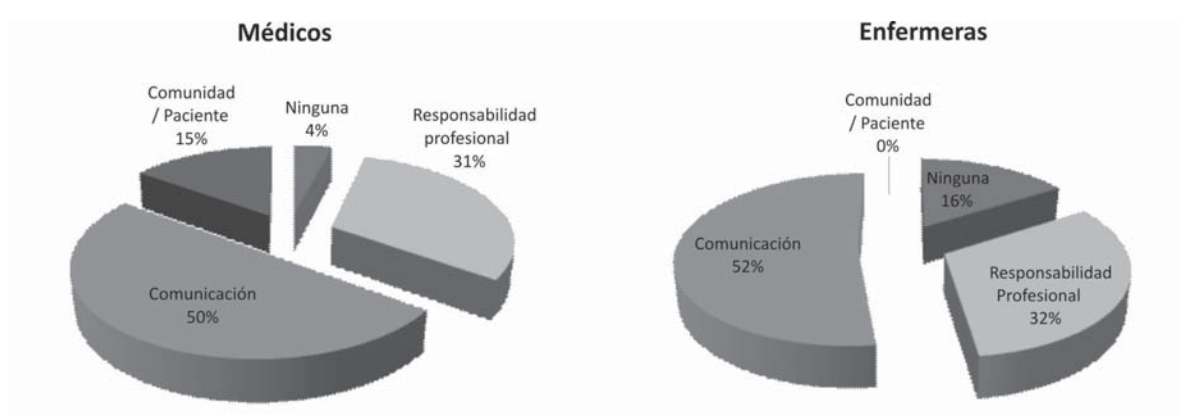
Es de señalar que estas opciones son posibles de ser modificada. Es llamativo la opinión de Bioquímicas, que se inclinan por la opción «ninguno de lo mencionado, que no coincide con las respuestas de los demás profesionales encuestados.

Manifieste en qué momento se deformó la caligrafía



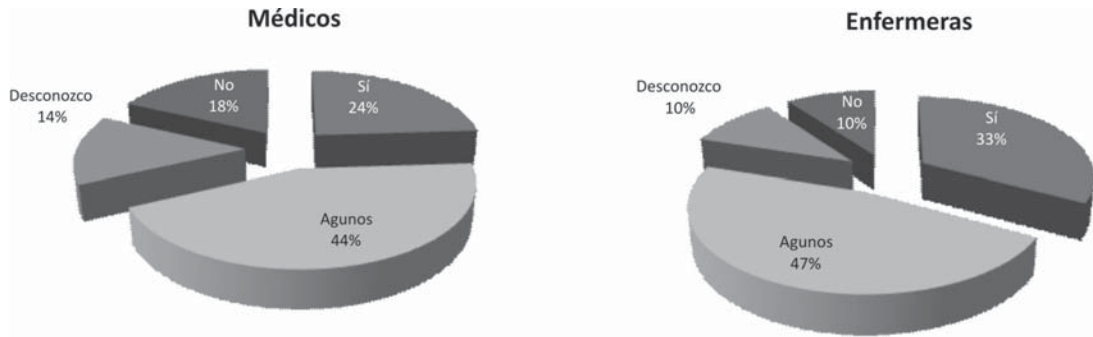
Los Médicos, Enfermeras y Farmacéuticos opinan en mayor porcentaje que la Caligrafía del Médico se deforme en «la Universidad.» No coincide la opinión de los Bioquímicas quienes manifiestan que dicha acción se modifico «en el primario»

La caligrafía no legible ¿ Dónde repercute con más notoriedad?



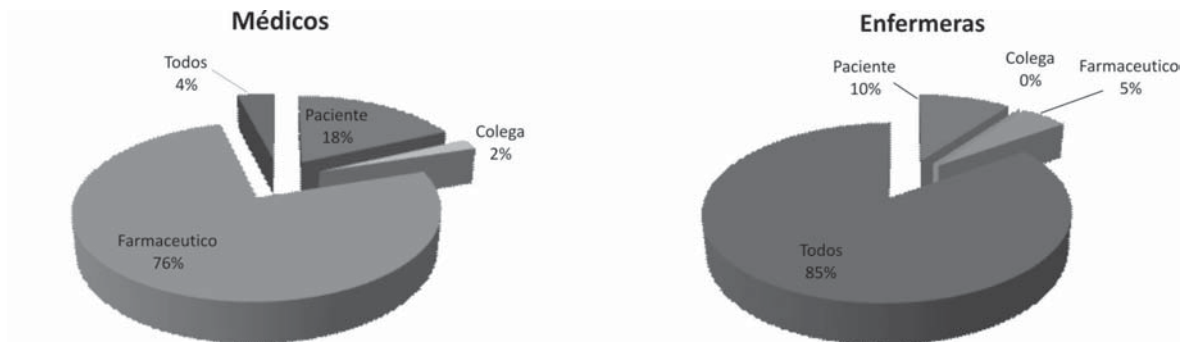
En los Médicos y Enfermeras el mayor porcentaje corresponde a la respuesta en «la comunicación». En los Bioquímicas y Farmacéuticos corresponde en la «Responsabilidad Profesional»

¿Qué otros profesionales se asemejan a la caligrafía del médico?



Todos los grupos encuestados coinciden con mayor porcentaje en las respuestas «algunos»

¿Dónde repercute la caligrafía no legible en las recetas?



Los grupos de Médicos, Enfermeras y Bio químicas coinciden en la respuesta con mayor porcentaje "en todas las mencionadas". Los farmacéuticos presentan respuestas igualitarias en el "paciente", "en otros colegas" y en el "farmacéutico".

Conclusiones

Este trabajo nos deja como conclusión que la Caligrafía es un importante medio de comunicación, aún no apreciado como tal en el equipo de salud y como aprendizaje que la legibilidad de la escritura es una herramienta de importancia en el ámbito de la salud ya que se trabaja con seres humanos y la falta de claridad en lo escrito puede llegar a comprometer la vida del paciente.

La encuesta menciona los porcentajes más altos de la deformación de la Caligrafía médica causales que podrían ser de alguna manera solucionables. Queda claro que la Historia Clínica y la emisión de Recetas son importantes medios de Comunicación entre el staff de salud. Ponerles barreras como la caligrafía no legible, sería romper este vínculo e incluso caer en situaciones de mayor trascendencia como es la Responsabilidad Profesional.

También es importante hacer conocer a las entidades formadoras que aparentemente las deformaciones de la Caligrafía no aparecen en mayor porcentaje como de «naturaleza», o sea, de uno mismo,

pero se manifiestan en distintas etapas de la formación, especialmente en el ámbito Universitario y en menor escala en el Primario, por lo que allí se debería fortalecer la estimulación de una Caligrafía legible.

Por último, algunas propuesta para tener en cuenta para mejorar la Caligrafía del profesional médico: en primer lugar, al considerarse como posible las soluciones según las encuestas debería trabajarse en dichos resultados, no sería superfluo dictar cursos de capacitación, formación de comités evacuatorios, sistema de premios para aquellos que mejoraron la escritura, y por último un párrafo especial para el futuro, gestionar la implementación de la Informática, con Historias Clínicas computarizadas y Recetas electrónicas. No sin antes modernizar las Jurisprudencias actuales, como es el reconocimiento de la firma digital.

Bibliografía

Encuestas de elaboración propia.

Fundación Alberto J. Roemmers; Comunicación en Medicina; Ediciones Manuel Lis Marti; año 1977.

Lingenti, Carlos Liborio; Grafología; Ediciones Andromedas; Ira Edición; año 2005

CIDCAM

Comisión Nacional de Seguridad de los Pacientes

La Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (CIDCAM) integra la Comisión Nacional de Seguridad de los Pacientes del Ministerio de Salud de la Nación, creada por Resolución Ministerial N° 1616.

Objetivos:

- Promover la seguridad del paciente como uno de los fundamentos de las políticas de mejora de la calidad
- Asesorar en la planificación, diseño e implementación de acciones que permitan incrementar la seguridad de los pacientes en el sistema sanitario en toda su dimensión (tales como infecciones hospitalarias, lavado de manos, cirugía segura, identificación de pacientes, entre otras).
- Intervenir en la promoción de una cultura de la seguridad en todos los niveles de la atención sanitaria con un enfoque de gestión pro-activo, preventivo y de aprendizaje, centrado en el sistema y en el equipo de salud de salud en su conjunto.
- Potenciar el conocimiento y análisis de eventos adversos mediante la formación de equipos interdisciplinarios en cada jurisdicción.
- Promover las herramientas para las mejoras de los eventos adversos evitables.
- Promover la elaboración de programas de educación para todo el personal de atención sanitaria afectado, incluidos los gestores, con el fin de mejorar la comprensión de los procesos de tomas de decisiones.
- Promover la investigación sobre la situación de nuestro país en materia de seguridad del paciente.
- Fomentar la integración de los pacientes en las acciones.

Entidades participantes:

Por el Ministerio de Salud:

- Dirección Nacional de Capital Humano y salud Ocupacional.
- Dirección Nacional de Prestaciones Médicas. Programa Federal de Salud (PROFE).
- Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad de Servicios de Salud.
- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia.
- Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud. Instituto Nacional de Epidemiología «Dr. Juan H. Jara».

- Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica. Instituto Nacional de Medicamentos.
- Programa Nacional de Sangre.
- Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica. Departamento de Fármaco vigilancia.
- Hospital Nacional Profesor Dr. Alejandro Posadas.
- Hospital de pediatría S.A.M.I.C. «Prof. Dr. Juan P. Garrahan».

Instituciones:

- Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (CIDCAM).
- Sociedad Argentina de la Calidad de la Atención de la Salud (SACAS)
- Fundación Avedis Donabedian.
- Academia Nacional de Medicina.
- Federación Argentina de Enfermería.
- Sociedad Argentina de Farmacia.
- Sociedad Argentina de Pediatría.
- Sociedad Argentina de Terapia Intensiva.
- Sociedad Argentina de Infectología.
- Sociedad Argentina de Farmacia Hospitalaria.
- Sociedad Argentina de Cirugía.
- Pacientes ON LINE.

Comisión Nacional de Evaluación Externa

La Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica integra la Comisión Nacional de Evaluación Externa de Servicios de Salud del Ministerio de Salud de la Nación, creada por Resolución Ministerial N° 1.924.

Objetivos:

- Asesorar al Ministerio de Salud en la autorización y reconocimiento de entidades que desarrollan modalidades reconocidas de evaluación externa de calidad en Servicios de Salud.
- Generar y efectuar su seguimiento de los Registros de evaluación externa y de Establecimientos y Servicios de Salud que hayan sido evaluados.

- Determinar los requerimientos y/o estándares básicos indispensables en los procesos de evaluación externa.
- Supervisar el funcionamiento general del sistema y efectuar las actualizaciones que se consideren pertinentes, tanto para la incorporación de nuevas modalidades de evaluación externa como de actualización de las establecidas.

Instituciones participantes:

- Superintendencia de Servicios de Salud.
- Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP).
- Confederación de Obras Sociales Provinciales (COSPPA)
- Confederación de Clínicas y Sanatorios de la República Argentina (CONFELISA)
- Asociación de Clínicas Federadas (ACLIFE)
- Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina (ADECRA)
- Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (ADEMP).
- Consejo Federal de Empresas de Salud (CONFESALUD).

- Cámara Argentina de Empresas de Salud (CAES).
- Sociedad Argentina de Calidad en Salud (SACAS).
- Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (CIDCAM).
- Sociedad Argentina de Auditoría Médica (SADAM).
- Organismo Argentino de Acreditación (OAA).
- Instituto Argentino de Normalización y Certificación (IRAM).
- Centro Especializado en Normalización y Acreditación en Salud (CENAS).
- Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES).
- Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico (CADIME).
- Cámara de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio (CEDIM).
- Confederación Unificada Bioquímica de la República Argentina (CUBRA)
- Fundación Bioquímica Argentina (FBA).



FABBA
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 a la Autoevaluación Participativa Estructurada para la Calidad (APEC) y se monitorea su progreso:

- Clínica Privada Montegrande S.A. de Esteban Echeverría.
- Hospital Español de La Plata.
- Clínica de la Vida De Dacari Salud S.A. de Don Torcuato.ACLIBA I
- Sanatorio San Miguel de Servicios y Prestaciones Médicas S.R.L. de San Miguel.ACLIBA IV
- Instituto Regional de Diagnóstico de Salud Integral Haedo S.A. de Haedo.ACLIBA IV
- Clínica Privada del Centro de La Plata.
- CRIA S.R.L. de La Plata.
- Instituto Médico Platense.
- Clínica Privada de Medicina Integral de La Plata.
- Instituto de Diagnóstico de La Plata.
- Clínica Privada Provincial Merlo
- Sanatorio Privada Salud S.R.L. de Ciudad Evita.
- Hospital Privado Mariano Moreno de Moreno.
- Sanatorio Argentino de La Plata.
- IAME (Instituto Atención Médica de Ensenada) de Ensenada.
- Clínica Figueroa Paredes de Laferrere.
- Sanatorio Chacabuco de Banfield.ACLIBA IV
- Nueva Clínica del Niño de La Plata.
- Clínica Estrada de Remedios de Escalada.
- Sanatorio Chivilcoy de Chivilcoy.
- Clínica Ntra. Sra. del Carmen S.R.L.
- Clínica Privada del Centro S.A.
- Hospital Dr.Alberto Duhau.
- Clínica Privada Suipacha S.R.L.
- Clínica San Carlos
- Clínica Privada San Marcos
- Clínica Privada de Ojos Escobar:
- Sanatorio Gral. Sarmiento
- Clínica Privada Fátima (Pilar)
- Sanatorio Urquiza
- Sanatorio Plaza Escobar.ACLIBA IV
- Instituto Médico del Oeste S.R.L.

Establecimientos que recibieron el Certificado IV

FECLIBA	DISTRITO
Instituto Médico Mater Dei S.A.	I
Clínica Calchaquí «19 de enero»	I
Clínica Privada Gral. Belgrano de Total Care	I
Clínica Privada Florencio Varela	I
Sanatorio Modelo de Burzaco	I
Clínica Modelo de Adrogué	I
Sanatorio San Mauricio S.R.L.	III
Hosp. Privado Modelo de Vicente López	IV
Clínica Privada Santa María	IV
Htal. Pdo. Ntra. Señora de la Merced	IV
Clínica Ntra. Sra. del Carmen SRL	V
Clínica Privada Centro SA	V
Hospital Dr.Alberto Duhau	V
Clínica Privada Suipacha SRL	V
Clínica Privada de Ojos Escobar	V
Clínica Delta S.A.	V
Clínica Privada San Carlos	V
Clínica Privada San Marcos	V
Clínica Priv. Sanatorio Gral. Sarmiento	V
Clínica Privada Fátima (Pilar)	V
Clínica y Maternidad Priv. González Chaves S.A.	X
Policlínica Privada Pigüé	X
ACLIBA	
Sanatorio Bernal S.R.L	I
Sanatorio Dr. Eduardo Wilde S.A.	I
HOSPITALES PUBLICOS DE LA PLATA	
Hospital Dr. Rodolfo Rossi	
Hospital Dr. Ricardo Gutierrez.	
Hospital Dr. Alejandro Korn.	
Hospital San Roque de Gonnet.	
CONVENIOS INDIVIDUALES	
Clínica de la Vida de Dacari Salud S.A.ACLIBA	IV
Sanat. San Miguel de Serv.y Prest. Méd. S.R.L.ACLIBA	IV
Inst. Reg. de Diag. de Salud Integral Haedo S.A. ACLIBA	IV
Hospital Español	
CRIA	
Instituto Médico Platense	
Clínica Estrada	
Instituto de Diagnostico de La Plata	
IAME (Inst. Atención Médica Ensenada)	
Sanatorio Chacabuco.ACLIBA	IV

Establecimientos que recibieron el Certificado V:

FECLIBA	Distrito	ACLIBA	Distrito
Instituto Central de Medicina	I	Clínica Instituto Médico de la Ribera	I
Clínica Cruz Celeste	III	Sanatorio IPENSA	I
Clínica Privada del Buen Pastor	III	Clínica IMA	I
Clínica Pergamino S.A.	V	Sanatorio Modelo Quilmes S.A.	I
Clínica 25 de Mayo	IX	Sanatorio Prof. Itoiz S.A.	I
Hospital Felipe Glasman de la AMBB	X	Clínica Espora S.A.	I
Instituto Médico del Oeste SRL	V	Clínica del Niño de Quilmes S.A.	I
CONVENIOS INDIVIDUALES			
Clínica Güemes	V	Clínica Privada Provincial Merlo	
Clínica Pueyrredón	IX	Clínica Privada de Medicina Integral	

Curso de Capacitación en Evaluación de la Calidad en Salud



Dr. José María Paganini

Con la dirección del Prof. Dr. José María Paganini, la coordinación general del Presidente de la FEMECON, Dr. Roberto Scarsi, la coordinación docente a cargo de la Lic. Fernanda Arrondo, el Dr. Ignacio Szapira, el Dr. Pablo Binaghi y el Dr. Héctor Ralli y con la presencia de 28 participantes se iniciaron las actividades docentes que cuenta con una carga horaria de 122 horas.

El Prof. Dr. José María Paganini en la inauguración dio a conocer los propósitos del mismo:

- Formar un equipo de profesionales para apoyar las actividades de autoevaluación, certificación de procesos, acreditación y gestión de la calidad.
- Integrar un equipo de trabajo con la capacidad de liderazgo y las habilidades requeridas para la efectiva implementación de programas de calidad.
- Revisar, dentro del proceso educacional, los instrumentos destinados para definir y ejecutar dichos programas. También aclaró que es su deseo que al finalizar el curso, los participantes puedan:
- Conocer e interpretar la evolución de la evaluación y gestión de la calidad en el mundo y en Latinoamérica.
- Conocer y aplicar el desarrollo conceptual, las definiciones y los instrumentos definidos.
- Diferenciar los contenidos y estrategias de la auditoría médica, la evaluación interna y externa, la acreditación y la autoevaluación.
- Conocer y aplicar las definiciones de indicadores, estándares y normas para la calidad.
- Analizar los establecimientos en sus estructuras, procesos y resultados.
- Reconocer la importancia de los sistemas de información, de las normas y guías clínicas, de los registros médicos dentro del proceso de calidad.
- Diseñar y elaborar un plan estratégico para la calidad.

El pasado 30 de mayo en las instalaciones de la Federación Médica del Conurbano Bonaerense, se inició el Curso de Capacitación en Evaluación de la Calidad en Salud organizado por el Centro INUS de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata en coordinación con la Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (CIDCAM), el Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud (CENAS) y la Federación Médica del Conurbano Bonaerense (FEMECON).

- Asumir una actitud de diálogo que permita el trabajo de asesoría y su aplicación por los responsables institucionales.
- Conocer las instituciones líderes en la evaluación de calidad y la acreditación.
- Valorar los esfuerzos institucionales para la Calidad, potenciando los mismos en beneficios de la población y los pacientes.



Dr. Ignacio Szapira



Participación en el congreso CUDASS

El Dr. Héctor S. Vazzano, Presidente de FECLIBA y Presidente de la CIDCAM participó en el XXIX Congreso del CUDASS (Colegio Uruguayo de Administradores de Salud).

En el transcurso del mismo, donde se mostró el avance del SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud) del vecino país, el Dr. Vazzano expuso sobre la actualidad Argentina y sobre la relación Estatal-Privada en la Provincia de Bs.As. con el Ministerio de Salud, el IOMA y cómo se está avanzando en los procesos de Acreditación. Durante el evento el Dr. Vazzano tuvo la oportunidad de intercambiar ideas con la Sra. Ministra de Salud de Uruguay, Dra. María Julia Muñoz, sobre la realidad asistencial de ambos países.

De izq a der: Dr. Oscar Ressia, Presidente del CUDASS; Dr. Héctor S. Vazzano presidente de FECLIBA y de la CIDCAM y Dra. María Julia Muñoz, Ministra de Salud del Uruguay



Reunión con el presidente de IOMA



De izq. a der.:
Sr. Daniel Romero,
Prof. Dr. José María
Paganini, Lic. Javier
Mouriño, Dr. Héctor S.
Vazzano

Con fecha 15 de julio de 2008 los Dres. Héctor Vazzano presidente de FECLIBA - CIDCAM y José María Paganini presidente del CENAS se reunieron con el Dr. Javier Mouriño presidente del IOMA

Esta reunión permitió intercambiar información sobre las políticas institucionales de ambas instituciones.

Por el lado del IOMA se reafirmó el interés de la institución de continuar la promoción de la calidad de la atención a través de incentivos a las instituciones que avanzan en este tema.

Por parte de la CIDCAM y CENAS se puso a dis-

posición del IOMA la información y metodología ya desarrollada para lograr procesos de calidad en instituciones de salud, la autoevaluación y acreditación, tanto del estado como privadas en todo el país.

Además se avanzó sobre el interés del IOMA de participar también en el programa desarrollado por el CENAS de acreditación de Instituciones de financiación de la salud (PAIFIS)

Finalmente se aprovechó la reunión para invitar al IOMA a participar en la reunión de calidad que se realizara el 13 noviembre de este año.

CENAS

Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud

El Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud es una organización civil sin fines de lucro, independiente, de alcance nacional comprometida con la calidad de la atención de la salud.

La organización propone un proceso de evaluación externa realizado por pares por medio del cual los establecimientos de salud pueden medir y acreditar la calidad de sus estructuras, procesos y resultados.

De acuerdo a los lineamientos internacionales en la materia, el CENAS creó el Programa de Acreditación, la Comisión Asesora de amplia representatividad y la de Apelaciones. El CENAS participa de los programas internacionales de desarrollo de la calidad y acreditación de la ISQUA y acompaña a la Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (CIDCAM).

Acreditación

La acreditación de calidad que otorga el CENAS promueve que la institución se desempeña con la mayor seguridad, el menor riesgo y con comprobados principios éticos y de respeto por el paciente, la familia y todas las personas relacionadas directamente con la institución de salud.

Contar con la acreditación permitirá:

- Asegurar a los pacientes una excelente calidad de servicio y atención.
- Acceder a mejores convenios con los financiadores.
- Optimizar el uso de los recursos del establecimiento.
- Mejorar la imagen que la comunidad, los usuarios y los propios empleados tienen de la institución.

Características

La acreditación está basada en un proceso de evaluación externa realizado por profesionales pares capacitados. El sistema de evaluación es independiente de las organizaciones de atención y de las autoridades de salud, por lo que permite evaluar de manera objetiva a la entidad a través del análisis de su estructura, sus procesos y resultados en función de sus potencialidades y la situación real de la calidad de atención brindada comparada con estándares definidos.

El proceso de acreditación de calidad por el CENAS implica la participación y compromiso de todos los recursos involucrados en la gestión; el Centro propone una acreditación capacitante, lo que no deja a la gente librada a su suerte en el proceso de acreditación, sino que estimula su capacidad mediante programas de mejora continua.

La acreditación es confidencial y la información obtenida durante el proceso, las conclusiones se comparten entre el

CENAS y el establecimiento y la difusión de los resultados se realiza solamente con el consentimiento de las instituciones.

El manual

El manual de acreditación es el documento donde el establecimiento de salud va a encontrar detallados los estándares y criterios de comprobación que serán solicitados durante la evaluación; esta herramienta fundamental de trabajo se entrega a cada establecimiento en el momento de la firma del convenio con el CENAS.

Los financiadores y la acreditación

Al contratar un servicio de salud, las acreditaciones de calidad son cada vez más tenidas en cuenta por parte de los financiadores y en poco tiempo será un requisito indispensable para la prestación de servicios.

Programas del CENAS

Programa Argentino de Acreditación de la Calidad en Salud (PAACS):

- Internación agudos polivalentes.
- Establecimientos monovalentes.
- Ambulatorios de diagnóstico por imágenes.
- Ambulatorios especializados de diagnóstico y tratamiento.
- Ambulatorios de atención polivalentes y redes de servicio.
- Atención domiciliaria.
- Atención odontológica.

Programa de Acreditación de Instituciones de Financiación de la Salud (PAFIS):

- Obras sociales.
- Medicina Prepaga.
- Mutuales para la atención de la salud.



CENAS

Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud



Secretaría
Tels: 011 4372 5915 / 4371 2365 int 107
Fax: 011 4372 3229
e mail: cenas@cenas.org.ar

Dirección
Tucumán 1668 2° Piso (C1050AAH)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Establecimientos Acreditados

Agosto 2008

Clínica Colón S.A.A. Mar del Plata.

Sanatorio 9 de Julio S. M. de Tucumán.

Instituto de Diagnóstico Cardiovascular La Plata

Sanatorio Infantil San Lucas S. M. de Tucumán, Tucumán.

Instituto de Cardiología S.R.L. S. M. de Tucumán, Tucumán.

Clínica Espora S.A. Adrogué, Buenos Aires.

Clínica del Niño y la Familia Quilmes, Buenos Aires

Centro Privado de Cardiología San Miguel De Tucumán, Tucumán.

Clínica 25 De Mayo (OMASA) Mar del Plata.

Clínica Privada Pueyrredón S.A Mar del Plata.

Hospital Público Provincial de Pediatría de Autogestión Posadas, Misiones.

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

Instituto Central de Medicina La Plata

Clínica Integral Oberá S.R.L. Oberá, Misiones.

Hospital Dr. Felipe Glasman de la Asociación Médica de Bahía Blanca

Instituto Materno Infantil S.A. (I.M.I.S.A.) El Dorado, Misiones.

Sanatorio Montecarlo De Montecarlo Salud S. A. Montecarlo, Misiones

Sanatorio Dallmann de Montecarlo Salud S.A. Montecarlo, Misiones.

Clínica IMA S.A. Adrogué

Fundación Científica del Sur Lomas de Zamora.

SAT Médica S.A. (CIMED) La Plata.

Diagnóstico Maipú por Imágenes S.A. San Isidro.

Diagnóstico Maipú por Imágenes S.A. Vte. López.

Sanatorio Boratti S.R.L. Posadas, Misiones.

Sanatorio Nosiglia S.A. Posadas, Misiones.

Sanatorio Integral IOT, de Guillermo Carlos Vymazal Posadas, Misiones.

Clínica Privada del Buen Pastor (CIIMO S.A.) Del Mirador

Clínica Cruz Celeste S.A. Villa Luzuriaga.



FEMEBA

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