



HACIA LA  
**CALIDAD**  
en Salud

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

Tirada de esta edición:  
5000 ejemplares  
Distribución gratuita  
Prohibida su venta  
Prohibida su reproducción  
total o parcial.  
Registro Nacional de la  
Propiedad Intelectual  
N° 455453.

Las notas son de exclusiva  
responsabilidad de los  
autores.

Editada por CIDCAM  
Calle 60 y 120  
(1900) La Plata.  
Tel/Fax 0221-4235755/  
4277399  
email:cidcam@cidcam.org.ar

**Diseño**  
DCV Carol Tri  
**Impresión**  
Emanuel San Juan

**Foto de tapa**  
Dr. José María Paganini  
**Inookshuk** . Pueblos  
Originarios - Canadá Símbolo  
de Fortaleza y Perseverancia

Las primeras jornadas de NACIONALES DE CALIDAD Y ACREDITACION recientemente organizadas por el CENASY la CIDCAM, con la participación de todas las entidades del sector que integran estas instituciones y con el auspicio y participación del Ministerio de Salud de la Nación, el de la Provincia de Buenos Aires, del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, el IOMA y el Centro INUS de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata entre otras entidades del sector, significó a nuestro criterio un evento fundacional para iniciar a partir de allí nuevos encuentros anuales nacionales e internacionales relacionados con la calidad y la acreditación en salud.

Destacamos de esta manera el propósito central de este encuentro que es el de otorgar un ámbito científico, profesional y objetivo que aporte conocimientos para la inmediata definición de políticas sectoriales hacia la equidad y calidad en salud.

Esta Jornadas nacionales identificaron además las estrategias centrales de todas las experiencias presentadas basadas en la participación, la autoevaluación y el compromiso de los prestadores a brindar la mejor calidad posible.

Además, no puede dejar de mencionarse la oportunidad de la realización de esta Jornadas nacionales en el momento que en el ámbito mundial se acaba de definir tanto por la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Federación Internacional de Hospitales, la urgente necesidad de mejorar la calidad de la atención con especial énfasis en la Seguridad del Paciente.

Con la realización de estas Jornadas y la decisión de continuar las mismas en forma anual tanto el CENAS y la CIDCAM como las entidades participantes no solo renuevan su compromiso con la calidad y la equidad en salud sino que se incorporan de manera activa a Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente liderada por la OMS.

A tal efecto se invita a todas las entidades interesadas a participar en las Segundas Jornadas Nacionales de Calidad y Acreditación, con el tema central de la Seguridad del Paciente, fijadas para el 15 de Noviembre del 2007.

COMITE DE REDACCION

HACIA LA  
**CALIDAD**  
en Salud

I. Editorial



3. Calidad: Historia y proyección.  
Horacio Luis Barragan



7. La Calidad: el gran desafio  
Jose Maria Paganini



10. Infección hospitalaria: Recomendaciones  
para su prevención y control



14. Primeras Jornadas nacionales de calidad  
y acreditación en salud

18. Noticias CIDCAM

20. Noticias Ministerio de 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. Juan Carlos Pussetto. FEMEBA

**Secretario**

Dr. Héctor Ralli. FEMECON

**Tesorero**

Dr. Julio Domínguez. ACLIFE

**Vocal 1°**

Dr. Enrique Mules. AMP

**Vocal 2°**

Dr. Horacio Rumbo. ACLIBA I

**Vocal 3°**

Dr. Gustavo Mammoni. FECLIBA D. I

**Vocal 4°**

Dr. Jorge Lloves. FECLIBA D. II

**Vocales suplentes**

**Vocal 1°**

Dr. Carlos Peruzzetto. FABA

**Vocal 2°**

Dr. José Lago. FEMECON

**Vocal 3°**

Dr. Roberto Dávila. FEMEBA

**Vocal 4°**

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

**Prensa**

Dr. Juan Carlos Pussetto

**Jurídico**

Dr. Ernesto Badi

**Enfermería**

Lic. Albertina González

# Calidad: Historia y Proyección

HORACIO LUIS BARRAGÁN

INTRODUCCION



*La acreditación de calidad tiene en la Argentina precursores ilustres: Mario Brea, Norberto Baranchuck, Carlos Canitrot, las sociedades de Cirugía, Pediatría y otras especialidades, así como también la Subsecretaría de Salud, y el INOS.*

*La OPS bajo la dirección del Dr. José María Paganini definieron un manual de evaluación de establecimientos que en cada país de América debía adaptarse. No tuvo andamio por la posición, en la década de 1990, de una Subsecretaria del Ministerio Nacional. Este lanzó, entonces, un ambicioso Programa de Garantía de Calidad cuyos parámetros se orientan a grandes establecimientos privados, programa que actualmente se está renovando.*

*El proyecto de la OPS fue retomado por la CONCAM, La Federación Bioquímica bonaerense implementó un programa de calidad para laboratorios clínicos. Las sociedades científicas, los colegios profesionales, la Academia Nacional de Medicina y la Asociación Médica Argentina por su parte, promovieron sistemas de certificación y recertificación de profesionales.*

En 1994 la Facultad de Medicina de La Plata, siendo decano el Profesor José Carlos Fassi, convocó a instituciones de prestadores, obras sociales y al ministerio provincial. Conjuntamente se prepararon parámetros y se elaboró la Declaración de La Plata (1995) sobre calidad en educación y atención médica.

Sobre esas bases las instituciones de prestadores constituyeron la Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (CIDCAM) con el asesoramiento de la Facultad, el Ministerio de Salud y el IOMA bonaerenses. La presidencia, a cargo de FECLIBA, dio fuerte impulso y continuidad a la CIDCAM.

La CIDCAM promovió un proceso, en el que más de 300 establecimientos fueron visitados por docentes del centro INUS de la Facultad y miembros de CIDCAM, con un mecanismo progresivo de reconocimientos formales en el esfuerzo por la autoevaluación.

La constitución del CENAS (Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud) puso el marco para el proceso de evaluación externa.

El presente es promisorio en este campo ya que el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación ha adaptado y flexibilizado los parámetros del Plan de Garantía de Calidad y lo impulsa en todas las jurisdicciones. El Ministerio de Salud bonaerense, a través de la Subsecretaría de Planificación y Capacitación, desarrolla un programa de diversas alternativas y el IOMA, como financiador, ha enfocado mecanismos prometedores, como líder de las obras sociales del país.

Otras instituciones, como el ITAES y el IRAM, implementaron sus propias normas.

Los parámetros de CIDCAM han sido evaluados en terreno y su impulso definitivo espera la decisión final de los Ministerios provinciales y las

principales Obras Sociales, comprometidas en este proceso.

La evaluación de los procesos de calidad en Atención Médica los hacen dinámicos y acelerados, de allí la importancia de consolidar cuanto ante este impulso.

Un primer paso se funda en las estructuras y procesos de la clásica tripartición de Avedis Donabedian. La evaluación de resultados que es el sello final de la calidad, exige un esfuerzo más.

Mencionaré algunos parámetros que constituyen, entre otros, la calidad: la eficacia, la seguridad del paciente, la eficiencia, la satisfacción del paciente y su familia y la satisfacción de los prestadores. Es preciso subrayar, que la calidad de un sistema de Atención involucra la equidad.

La proyección a mediano plazo debe abrirse a consolidar lo hecho e introducir la evaluación de resultados en un segundo escalón. Toda perspectiva sanamente ambiciosa debe contener una utopía. Y las utopías tienen debilidades y aristas delicadas.

Debemos, partir del siguiente axioma: la Atención Médica es de suyo un servicio riesgoso, costoso e imprevisible en muchos aspectos. Por eso no puede comprometerse a resultados. Sin embargo, en una perspectiva epidemiológica los resultados pueden considerarse indicadores de calidad.

La eficacia es la obtención de los resultados previstos de un proceso y su medida real se expresa en resultados.

A título de ejemplo mencionaré las curvas de Kaplan-Meyer aplicadas a las enfermedades crónicas, en especial oncológicas, que expresan sobrevividas y calidad de vida. Su aplicación en Argentina es limitada pero puede ampliarse.

La seguridad del paciente ha sido inscripta por la 55ª Asamblea Mundial de la Salud (2001) en el ámbito de la calidad. Surgió de la alarma que produjeron diversos estudios epidemiológicos (Donalson, 2005). Fue publicado por la Harvard Medical Practice Study en 1991, concluyendo que el 4% de los pacientes sufre algún tipo de efecto adverso en el hospital. El Instituto de Medicina de los EEUU (1999) estimó que los errores, fallas y efectos adversos en la asistencia generan, en ese país, entre 48.000 y 98.000 muertes por año. El Departamento de Salud del Reino Unido calculó efectos adversos en el 10% de los hospitalizados. El Quality in Australian Health Care Study (QAMCS, 1995) los calculó en 16,6% entre pacientes internados. La Academia Nacional de Me-

dicina de Buenos Aires manifiesta que los errores en la atención configuran una epidemia groseramente subestimada. Comprende los efectos adversos accidentales, los errores por fallas en acciones planeadas o plan incorrecto y evento adverso por error profesional (De Luca M., s/f). La Joint Comition (2000) enumeraba, entre los principales: suicidio del paciente (19,4%); error de medicación (14,3%); complicación intra o postoperatoria (10,7%); cirugía en un sitio erróneo (8%); retraso terapéutico (5%); caída del paciente (4,4%); violencia sobre el paciente o sus bienes (4%); lesión en paciente reducido (4%); fuga (3%); error de transfusión (2,6%).

Pondré algún ejemplo de calidad y seguridad del paciente diferente a las infecciones que han sido exhaustivamente tratadas.

Las úlceras por decúbito se consideran un indicador de la calidad del cuidado toda vez que se estima que el 95% de ellas pueden ser prevenidas (file:\\C:\windows, 2006).

Las náuseas y vómitos postoperatorios se producen en un tercio de las intervenciones con anestesia general convencional (Apfel C.C. y col, 2004). Se concluye que el uso de antieméticos o de anestesia endovenosa total reducen tal efecto en alrededor del 26%.

El Tromboembolismo Pulmonar Agudo, en tanto fue considerado «un gran simulador» suele demorar el diagnóstico. Un estudio de Alonso Martínez durante 10 años (1992-2002), señala que la demora entre el episodio y la internación fue de 10 días, a pesar de ello con una mortalidad hospitalaria menor del 4% (Alonso Martínez J.L., 2004). Miralles Lozano la caracteriza como la primera causa de muerte evitable intrahospitalaria (3-10%) en la medida en que se logre el diagnóstico y se aplique el tratamiento correcto y oportuno.

La prevención antitrombótica en enfermos con estados de hipercoagulabilidad o sometidos a procedimientos complejos (vg. en pelvis, cadera, tórax.), el diagnóstico y tratamiento oportunos reducen el efecto y la muerte, mucho menos, claro está, en la embolia masiva (Ortiz F.E., 1993, Beers M.H., 1999:599).

En el campo psiquiátrico ya Henry Ey, en sus primeras ediciones, describía la psicosis y depresiones puerperales, su prevención y tratamiento. Los estados confusionales y delirios en pacientes añosos internados en UTI, en sala o piso tienen también formas de prevención.

Otros fenómenos son las alteraciones metabólicas y las hidroelectrolíticas postquirúrgicas, las trombosis venosas, la insuficiencia respiratoria y la sepsis postquirúrgica, la dehiscencia de suturas y las fistulas, las reacciones transfusionales y los traumas relacionados con el parto y las cesáreas, el neumotórax iatrogénico, las laceraciones y punciones accidentales, los cuerpos extraños olvidados, las complicaciones de las anestésias, y las fracturas de cadera postquirúrgicas.

El proceso para promover la seguridad del paciente involucra una taxonomía, ya incluida en la CIE10<sup>o</sup>, un sistema reservado de notificación, un mecanismo de análisis, de evaluación y aprendizaje de los efectos adversos de la asistencia.

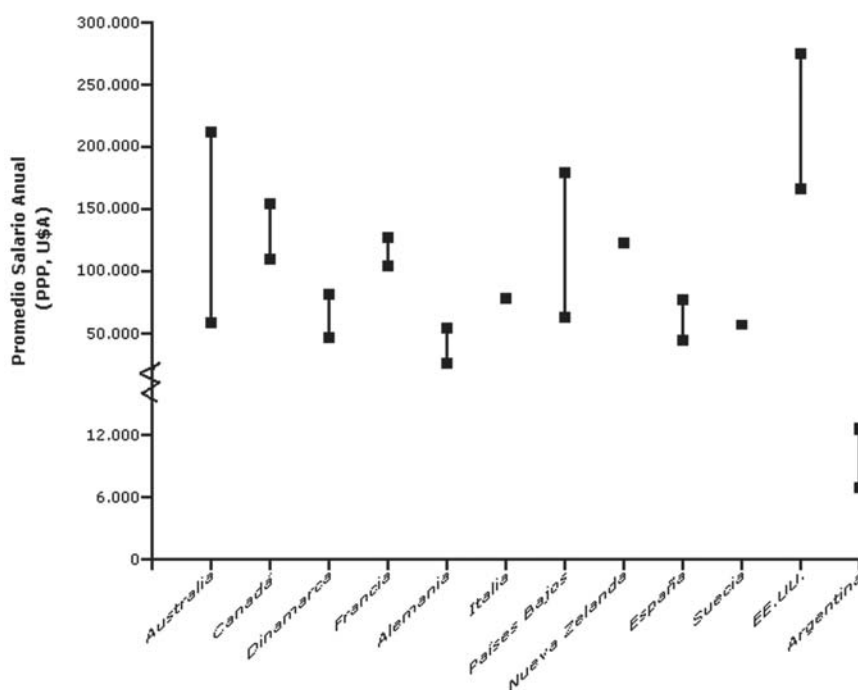
Va de suyo que la litigiosidad indebida contra los médicos y los servicios asistenciales, que ha roto parcialmente la sana relación médico-paciente, ha aumentado el costo de la Atención Médica por la obligatoriedad de los seguros y creado una «medicina a la defensiva», conspira contra este proceso de evaluación de la seguridad del paciente en especial por una legislación inadecuada.

La satisfacción comprende a quienes requieren Atención Médica y a quienes la proveen.

La calidad de los servicios se deteriora por factores que afectan a sus proveedores (Aranaz J.M.:2006): sobrecarga de trabajo y cansancio; fallas de comunicación; recursos insuficientes u obsoletos; falta de mantenimiento de instalaciones; carencia de estándares procedimentales; insuficiencia en la supervisión de tareas; falta de educación continuada; bajos salarios y pluriempleo.

Asimismo, la calidad está acosada por diversos factores: la desconexión con la investigación científica, el déficit en la financiación de RRHH y en su educación continuada, la falta de una coordinación entre los subsectores de Atención Médica debidamente reestructurada, la carencia de redes de funcionamiento de Atención Médica en los diversos niveles de complejidad, los defectos en los regímenes de habilitación y categorización de servicios, así como en la certificación y recertificación de RRHH, la demora en los procesos de acreditación por indecisiones, la judicialización desmedida de la provisión de servicios y bienes de Atención Médica y la socialización de la medicina que, en nuestro medio ha dejado aranceles, honorarios y sueldos en un nivel irrisorio generando la insatisfacción crónica de profesionales, personal e instituciones de Atención Médica.

### Médicos. Promedios Salariales Anuales. Países seleccionados. 2002



**Fuente:** Nowak D. *Doctors on Strike. The Crisis in German Health Care Delivery.* N. Eng. J. Med., 2006, 355(15):1521, modificado. Datos de Argentina estimados para hospitales estatales.

Si bien los países enumerados en el artículo original son desarrollados, los promedios de Argentina están tan bajos que hay que cortar la línea de las ordenadas.

De estas consideraciones surgen líneas de fuerza hacia una progresiva promoción de la calidad de la AM.

Nuevos criterios se intentan poner en marcha en países que enfocan la calidad y la equidad.

Un artículo de Hillary Clinton y col., a propósito de los efectos adversos de la AM y en el marco de la litigiosidad, propone extender experiencias iniciadas en la Universidad de Michigan en base a la reducción de los riesgos, la comunicación de los errores a los afectados y el acuerdo de una compensación extrajudicial, lo que lleva a mejorar la calidad y reducir las primas de los seguros. (Clinton H. y col.)

En el Servicio Nacional de Salud Británico se viene planteando, con gran polémica, la incorporación de valores adicionales por calidad de atención en los contratos de los General Practitioners. La incorporación de los criterios de Medicina Basada en Evidencias y las posibilidades económicas del sistema permitieron definir una nómina de condiciones patológicas e indicadores clínicos sobre cuya base se incorporaron valores adicionales, con un sistema de puntaje, que alcanzan al 20% de los pagos capitarios de base (Roland M, 2004).

En nuestro medio el programa PROPAT sobre control de la diabetes aplicado en IOMA y en el Ministerio de Salud, a iniciativa del CENEXA (CONYCET-UNLP) prueba la posibilidad de medir resultados y obtener recursos para ofrecer incentivos a la calidad. (Ver cuadro)

Así este proceso que preocupa en los sistemas asistenciales del mundo desarrollado favorece con incentivos económicos y éticos la calidad de la asistencia y cuidados médicos. De resultados de lo expuesto surge, a mi juicio, que los pasos dados en nuestro medio deben extenderse con el apoyo de los organismos estatales, de seguridad social y de los actores del complejo de Atención Médica. Asimismo que es preciso comenzar a dar pasos tendientes a la evaluación de resultados de la atención, el más sustancial de los parámetros de calidad, a incentivarlos económica y éticamente y a modificar la legislación de responsabilidad promotora de litigios.

Finalmente un acuerdo político de la máxima amplitud, permitirá una reforma del sector de Atención Médica argentino que logre poner progresivamente el sello de la calidad del conjunto, la justicia y la equidad que den acceso a todos los que lo necesiten a los diversos niveles de complejidad y sean privilegiados los grupos de mayor riesgo.

**Prevención 2ª en Diabetes. PROPAT (IOMA, Bs.As.), 1998-1999. Hospitalizaciones PROPAT vs. CONTROL**

Indicador	PROPAT (n=184)	Control (n=368)	Fuente: Gagliardino J.J. y col. 2001. Elaboración propia en base a información provista por FECLIBA. CENEXA (UNLP-CONYCET)
N (%)	26.6	36.1*	Nota: *p<0.05; **p<0.0001
Hospitalizaciones (n)	72	315	
Tasa de internación (%)	39.1	85.6**	
Días promedio de estadía	3.57	9.3	

**Bibliografía**

- Alonso Martínez J.L. y col. Embolismo pulmonar agudo. Un registro de 10 años desde mayo de 1992 a mayo de 2002. Rev. Clin. Esp., 2004; 204 (10):521-7.
- Apfel C.C. y col. A Factorial Trial of Six Interventions for the Prevention of Postoperative Nausea and Vomiting. N. Eng. J. Med. 2004, 350 (24):2441-51.
- Aranaz J.M. y col. La asistencia Sanitaria como factor de riesgo. En: Salud para todos, 2006, 14(153):46.
- Beers M.H. y Berkow R. El Manual Merk de Diagnóstico y Tratamiento. Madrid, Hartcourt, 10ª ed, 1999.
- Clinton H.R. y Obama B. Making Patient Safety the Centerpiece of Medical Hability Reform. N. Engl. J. Med., 2006; 354(21):2005-6.
- De Luca M. Prevención del error y seguridad en la Atención. Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. Centro de Investigaciones Epidemiológicas. Buenos Aires, 2005.
- Donalson L. La seguridad del paciente: «No hacer daño»:file:///c:/windows/escritorio/seguridad%20del%20paciente/La...: 2005
- Ey H. y col. Tratado de Psiquiatría, Barcelona, Masson, reimpresión, 1966.
- file:///C:/Windows/escritorio/decubito/ulceras%20por%20decu... Úlceras por decúbito (escaras), 07/11/2006.
- Miralles Lozano F. Tromboembolismo Pulmonar. Ponencia del XXVI Congreso Neumosur: Málaga (España), 2000
- Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Informe de Secretaría. Consejo Ejecutivo: 109 reunión, 5 de diciembre de 2001 (EB 109/9)
- Ortiz FE., Miranda N.E., Moirano J.J. y Fassi J.C. Cirugía. Semiología. Fisiopatología. Clínica quirúrgica. Buenos Aires, El Ateneo, 1992.
- Roland M. Linking Physicians' Pay to the Quality of Care - A Major Experiment in the United Kingdom. N. Engl. J. Med., 2004; 351:1448-1454.

JOSÉ MARIA PAGANINI



# La calidad: el gran desafío

**La acreditación y la evaluación externa como estrategia para la Calidad, la Eficiencia y la Equidad en Salud. Una agenda para los próximos años.**

Al cierre de las primeras jornadas nacionales de acreditación y calidad, es oportuno hacer una reflexión sobre la situación actual y, dentro de ello, proponer un esquema de agenda de acción política para los próximos años.

No vamos a dar cifras, existen datos ya publicados tanto en el ámbito nacional como internacional con relación al problema de calidad, eficiencia y la falta de equidad en la distribución de los recursos y servicios para la salud, tanto en los componentes de promoción y prevención como en la atención de la salud, en los servicios y los programas de salud. (1, 2, 3)

En esta breve presentación quiero desarrollar otro componente de este problema por lo que me ocuparé de la necesidad de desarrollar una visión estratégica de políticas integrales para afrontar en forma coherente una acción colectiva para la calidad y la equidad en salud.

Desde ya es necesario aclarar que cuando hablamos de política no nos referimos exclusivamente a una política específica de una acción de gobierno exclusivamente, mas bien nos referimos a una política social que debe incluir no solo al estado si no también a la sociedad civil con todos sus integrantes.

Es de destacar que en este tema tanto el Plan Federal de Salud definido recientemente, como las políticas y estrategias de organismos dedicados a la promoción de la calidad y la equidad, como el CENAS, la CIDCAM y el Centro INUS, entre otros, nos ofrecen un marco adecuado para concretar con más detalle las estrategias futuras.

Nos referimos, entonces, a la necesidad de avanzar en una propuesta de políticas y estrate-

gias de salud colectiva centradas en la calidad y la equidad sobre la base de la participación, la autoevaluación y acreditación externa.

Las jornadas que hoy cerramos nos están indicando un rumbo, estamos avanzando, pero falta mucho por hacer.

Dentro de este marco queremos, así, enumerar nuevos desafíos y compromisos para integrar una agenda de trabajo para los próximos años.

## **Los componentes de la estrategia**

### ***La participación y los compromisos para la equidad y la calidad***

Tenemos que aspirar a lograr, en los próximos años, una mayor participación nacional, provincial e internacional.

Reconociendo la necesidad de ampliar el ámbito de consulta, será necesario promover un intercambio permanente de modelos de desarrollo y de las diversas experiencias, sus logros y limitaciones.

Esta estrategia deberá luego reflejarse en la organización, durante el curso de los años venideros de encuentros interprovinciales, nacionales e internacionales.

Nuestro compromiso será entonces lograr, desde ya, que ese intercambio se logre, y la organización de las futuras Jornadas cuenten con la mayor representatividad nacional e internacional.

Debemos reconocer lo que ya hemos logrado; en estas primeras Jornadas hemos tenido la importante participación del Estado Nacional y de la Provincia de Buenos Aires, representados

por sus máximas autoridades responsables de la calidad, así como la del IOMA, como un ejemplo de una institución que se preocupa por la calidad desde su visión de la financiación de la salud.

Por otra parte, la presencia de la Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Ciencias Médicas, a través del Centro INUS, como un organismo de formación e investigación en salud nos permite afirmar también la validez representativa lograda en estas primeras jornadas.

Sin olvidar la participación de la mayoría de las entidades representativas del sector prestador de la salud todas integrantes del CENAS y CIDCAM.

Este es un gran avance; a partir de esta importante base, proponemos continuar en esta misma estrategia de trabajo.

Nuestro objetivo será abrir este debate en el ámbito nacional, regional e internacional.

### ***Las características de la participación***

Además, nuestra preocupación será también avanzar sobre las características y composición de esa participación.

Debemos ampliar esa participación con la presencia en el debate de todos los grupos interesados de la sociedad.

No debemos olvidar que en la práctica de la salud existen dos actores principales: los prestadores de la salud y la población.

Por lo tanto, resulta prioritario lograr, en los próximos encuentros, la presencia de todos los prestadores, tanto los dependientes de los estados nacionales, provinciales como municipales, así como de los privados y de la seguridad social.

En lo que hace a la población, tenemos que lograr mayor participación de los usuarios, de los grupos profesionales, de todo el equipo de salud y de organismos que actúan en la calidad y la equidad.

Además, las instituciones responsables de capacitación y de investigación deben tener una participación activa para profundizar el debate sobre cómo formar a los profesionales de la salud en el tema de calidad, equidad y como definir y ejecutar las investigaciones relevantes para el sector.

En los próximos años debemos organizar grupos de trabajo interdisciplinarios para abrir el

debate de la contribución de la investigación en salud para la calidad y la equidad, en la definición de estándares e indicadores.

Aspiramos, además, encontrar en nuestro debate a la mayoría de los formadores e investigadores en este tema.

Otra participación importante se refiere a los organismos de financiación y hoy el IOMA nos dio un ejemplo.

Un tema para continuar analizando será cómo hacer para que los organismos de financiación contribuyan a promover la salud con calidad y equidad tanto en la promoción, prevención, como en la gestión de los servicios de salud y en los programas de salud ( 4)

### ***El debate sobre las experiencias***

Un momento muy especial de estas jornadas fue presentado por las instituciones que participaron activamente en experiencias de autoevaluación y de acreditación externa.

Hemos aprendido de esas experiencias, estrategias importantes sobre la realidad institucional y la forma en que lograron definir un proyecto hacia la calidad. Desde la decisión de política interna institucional, el logro de la participación de los recursos humanos, su compromiso profesional individual y colectivo y la definición de procesos internos de autoevaluación participativa.

Aspiramos, en los próximos años, a ampliar esta participación; necesitamos contar con más experiencias de instituciones de todos los ámbitos del país, de distintas complejidad y especialidad.

Además, será necesario también introducir el análisis y el debate en temas de alta prioridad, como la seguridad del paciente, su familia y la responsabilidad y los derechos de los integrantes del equipo de salud así como la inclusión de los usuarios, los pacientes y los trabajadores de la salud. Es necesario escuchar de ellos mismos sus necesidades y aspiraciones.

## **Conclusión**

### ***Una agenda de trabajo futuro***

Tomando los temas expuestos anteriormente, nos atrevemos ahora a presentar una serie



de preguntas que podrían orientar una agenda de trabajo para los próximos años.

### **1. El sistema de salud, la calidad, la equidad y la eficiencia.**

Si aceptamos estos objetivos como los prioritarios para la salud colectiva de los próximos años, necesitamos abrir el debate amplio sobre las estrategias para lograrlo.

¿Cuál será la estructura y los procesos que deben promoverse para afirmar la justicia distributiva de los conocimientos de la salud con equidad, asegurando calidad y eficiencia?

¿Cuál será la participación de las estrategias de autoevaluación y de acreditación externa y como promoverlo a través de los estados nacional y provincial, y de los organismos de financiación?

### **2. La organización institucional y la calidad**

No nos cabe ninguna duda que todo sistema de salud, en sus componentes de atención de la población, debe basarse en instituciones cuyas políticas y procesos internos están orientados a la calidad y eficiencia.

Para ello se deberá analizar las estrategias y dificultades para el inicio y continuidad de estos procesos; y esto es válido para todos los establecimien-

tos y programas de salud cualquiera sea su dependencia, especialidad o complejidad.

### **3. La investigación y la calidad**

Se deberá asegurar y promover la participación de los organismos de investigación promoviendo estudios colaborativos multicéntricos, con temas relevantes sobre equidad, estándares e indicadores de calidad, relación con resultados de la atención, la eficiencia de la salud, la financiación, la participación, entre otros.

### **4. La formación y capacitación de los recursos humanos y la calidad.**

Debemos aceptar finalmente que toda política y estrategia orientada hacia la calidad y equidad no se logrará totalmente si no se cuenta con un equipo de salud motivado y con la formación adecuada hacia estos objetivos.

Para ello tenemos que lograr la mayor participación de las Universidades y centros docentes.

En conclusión y como ya se ha afirmado en nuestra editorial, tanto el CENAS como la CIDCAM, el INUS y todas las instituciones participantes asumen el compromiso de continuar y mejorar esta convocatoria como una contribución al desafío presente y futuro de la equidad, la calidad y la eficiencia en salud.

## **Referencias**

1. Paganini JM, Hacia la definición de un nuevo paradigma para la equidad y calidad en salud. Hacia la Calidad en Salud. CENAS CIDCAM, N 3, 2006. La Plata.
2. OMS, *World Alliance for Patient Safety*, [www-oms.org](http://www-oms.org)
3. ISQUA, Programa Acreditación para Hospitales, [www.isqua.org](http://www.isqua.org)
4. Paganini JM, Etchegoyen G, La relación entre los factores socioeconómicos y los programas sanitarios en la salud materno-infantil en 13 provincias argentinas, aceptado para publicación en *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2006.
5. Paganini JM, Raiher, S, Análisis bibliométrico de las publicaciones sobre investigación en servicios de salud: tendencias y características. Disponible en [www.inus.org.ar](http://www.inus.org.ar) 2006, La Plata.



# Infeción hospitalaria: Recomendaciones para su prevención y control

## *Documento Técnico de la CIDCAM*

La prevención y el control de la Infección Hospitalaria (IH) deben ser una de las principales metas del personal del equipo de salud; es un problema de responsabilidad individual, colectiva, institucional y un indicador de calidad de la Atención Médica.

La complejidad creciente en la prevención y el control de la IH no implica subestimar las medidas cuya eficiencia no se discute como el lavado de manos, la limpieza, etc.

Las normas de prevención y control de la IH deben ser dinámicas para preservar su eficacia y serán continuamente adaptadas a la realidad cambiante de nuevos patógenos.

«Las Instituciones deben contar, como requisito para su acreditación, con Programas de Prevención y Control de Infecciones coordinados por un médico infectólogo. Este Programa tendrá como principal tarea adoptar las normas de prevención y control de infecciones vigentes a cada institución, crear otras si es necesario según los aspectos particulares de la institución y auditar el cumplimiento de las mismas. Las autoridades institucionales y el personal deberán comprometerse en su cumplimiento». Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica del Ministerio de Salud de la Nación (Decreto 1424 del 23/12/97) y Normas de Prevención y Control de Infección Hospitalaria (Resolución 355, Expediente I-2002-10809-97/7 del 31/10/2002).



*La complejidad creciente en la prevención y el control de la IH no implica subestimar las medidas cuya eficiencia no se discute como el lavado de manos, la limpieza, etc.*

## Concepto

La Infección Hospitalaria (IH) es la infección adquirida en el establecimiento asistencial, que no estaba presente ni en período de incubación ni al ingreso, y cuyas manifestaciones clínicas se presentan durante la internación (luego de 48-72 horas) o después de haber sido dado de alta el paciente. Este es el concepto de IH para los pacientes internados.

Pero, la IH también puede ser adquirida por el personal del equipo de salud, pacientes ambulatorios, alumnos y visitantes. En estos casos, IH es la infección adquirida en el establecimiento asistencial luego de una exposición a una fuente de infección identificada física y temporalmente, cuando no se tomaron o no estaban disponibles los métodos de prevención. Ello es válido, cuando no se trata de enfermedades epidémicas de la comunidad, por ejemplo: influenza, sarampión, en las que la exposición, de hecho, ocurre en otros lugares además del establecimiento asistencial.

La prevención y el control de la infección hospitalaria es el conjunto de medidas de estructura organizacional y de procesos de ges-

tión clínica y gerencial con el fin de evitar los riesgos de la infección, realiza el diagnóstico precoz y las intervenciones necesarias para su inmediato control.

La vigilancia epidemiológica de la IH es el conjunto de técnicas que tienen como objeto la detección de los casos y el estudio de su distribución en el hospital, así como de las circunstancias y factores que influyen positiva o negativamente en la producción de las mismas. Las tasas de IH en pacientes hospitalizados no debería ser mayor del 7%. La IH prolonga la hospitalización en 5 a 10 días en promedio.

### La infección hospitalaria puede ser:

- *Exógena*: la persona adquiere la infección desde el exterior a través del medio ambiente hospitalario.
- *Endógena*: el agente causal es uno de los constituyentes de la flora normal del paciente.
- *Cruzada endémica*: el agente causal, habitualmente una bacteria, «reside» en un área de internación determinada, coloniza e infecta pacientes que ingresan y se perpetúa (por ejemplo: cepas de *Staphylococcus spp.* y *Pseudomona spp.* en salas de quemado; enterobacterias y bacilos no fermentadores en unidades de cuidados intensivos, etc.).

Las principales vías de transmisión de la infección hospitalaria son:

- *Contacto directo*: las manos juegan un papel fundamental en la transmisión.
- *Contacto indirecto*: a través de objetos e instrumental contaminados por las manos, secreciones, excreciones, etc.
- *Por medio de un vehículo*: contaminación de agua y otros alimentos, medicamentos, sangre y derivados, etc.
- *Aérea*: microgota salival o microgota de Pflugge suspendida en el aire.
- *Vector mecánico*: moscas y cucarachas pueden contaminar alimentos, utensilios o instrumental no conservados de manera adecuada.

### Estado actual del problema. Perspectiva futura. Responsabilidad.

La IH es un problema no resuelto. La prevención y el control deben ser una de las principa-

les metas del equipo de salud y son de responsabilidad individual, colectiva e institucional.

La frecuencia de IH es variable y depende de distintos factores o modalidades propias de cada establecimiento asistencial, servicio, sala o unidad.

Las variaciones de tasas, tipos y localizaciones de la IH entre hospitales dependen de: la diferencia de tamaño y complejidad de la institución, las características demográficas de los pacientes, la severidad de la enfermedad subyacente y de las prácticas que se realizan, escuelas médicas y la relación con programas de entrenamiento del personal.

El Sistema Nacional de Vigilancia de la Infección Hospitalaria en los Estados Unidos de América da una estimación de 2,2 al 4,1% de los egresos, mientras que en Europa las cifras oscilan entre el 5,0 y el 10,0%. En nuestro país se conocen estimaciones globales con un rango del 4,5 al 8,5%.

Si se analizan las tasas de IH de los distintos establecimientos el rango según servicios es muy amplio. Por ejemplo, Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), 13,0 – 42,0%, tasa que a su vez depende del tipo de pacientes: quirúrgico, 35,2% (hasta el 10% de los pacientes hospitalizados en UCI quirúrgicos por más de 72 horas adquieren bacteriemias nosocomiales); quemados, 29,8%; clínicos, 13,9%; unidad coronaria, 6,6%. En neonatología la tasa oscila entre el 13,0 y el 15,0%.

La tasa de IH es sólo comparable para un servicio o un establecimiento asistencial a lo largo del tiempo. La variación de la misma en los distintos períodos es uno de los indicadores de logro en el control de la IH.

Los costos de la IH pueden dividirse en:

- *Éticos y Legales*: las secuelas y muertes tienen responsables que son institucionales.
- *Económicos*: prolonga la internación del paciente, aumenta significativamente los costos de su atención, incrementa el lucro cesante.
- *Sociales*: la rehabilitación de las secuelas físicas y/o psíquicas, la disminución o interrupción de la productividad de por lo menos un familiar con las erogaciones por traslados, etc.
- *Sanitarios*: los agentes causales de la IH pasan a la comunidad a través del portador o de reservorios. De esta manera, cada vez es más frecuente la posibilidad de adquirir en la comunidad una infección por microorganismos hospitalarios.

Las perspectivas futuras del control de la IH tiene como pilares:

- La toma de conciencia de la magnitud del problema y los riesgos inherentes por parte del personal del equipo de salud.
- La capacitación continua del equipo de salud para la prevención y su control.
- La confección por parte del establecimiento de normas dinámicas de control de la IH y que se adapten a una realidad cambiante diagnóstico – terapéuticas.
- Al uso prudente de antimicrobianos.
- Al conocimiento más acabado de los agentes causales de IH, en particular bacterias y virus, a través de los avances en microbiología molecular y epidemiológica.

### Enfoque epidemiológico

La epidemiología de la IH es el estudio dinámico de los determinantes, la ocurrencia y la distribución del proceso de salud/enfermedad en la población hospitalaria. Define la relación entre la enfermedad y la población de riesgo.

Comprende la determinación, el análisis y la interpretación de las tasas, la realización de estudios (cohorte, caso-control, observacional), la formulación de recomendaciones y la evaluación de la eficacia del cumplimiento de las mismas. La IH debe ser analizada con criterio epidemiológico considerando:

- **Agentes causales:** que pueden ser bacterias, virus, hongos o parásitos.

**Las bacterias:** son los microorganismos prevalentes de IH. La mayor frecuencia de bacterias gram positivas o gram negativas y las especies incriminadas están en relación con el nivel de complejidad del establecimiento, uso de antimicrobianos, área de internación y características del huésped.

Los adultos son portadores de *S. aureus*, alrededor del 40% en las manos y el 35% en la mucosa nasal. Esta situación tiene particular interés epidemiológico cuando se trata de personal que cumple tareas en áreas críticas tales como quemados, cirugía cardiovascular, neonatología, cirugía protésica y neonatología.



# 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](mailto:info@aclife.com.ar) / Web: [www.aclife.com.ar](http://www.aclife.com.ar)

El grupo *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Serratia* tiene amplia distribución, es saprófito respiratorio; desarrolla en soluciones (incluso soluciones parenterales) y equipos de respiración asistida. El hombre es portador intestinal en alrededor del 5% de los casos.

El género *Pseudomonas* está también ampliamente distribuido. *P. aeruginosa* ha sido aislada de soluciones antisépticas, colirios y utensilios de uso diario en el establecimiento asistencial. El 10% de la población hospitalaria es portador intestinal.

Las bacterias anaerobias (*Clostridium spp.*, *Bacteriodes spp.*, *Peptoestreptococcus spp.* y *Peptococcus spp.*) constituyen más del 95% de la flora intestinal. Son de interés en las IH de la cavidad oral o en las IH infradiaphragmáticas o intraabdominales; y *Clostridium spp.*, en particular, en cirugía traumatológica.

**Los hongos:** de todos, la *Candida* es el género que con mayor frecuencia produce IH por las características de los pacientes (huéspedes inmunocomprometidos, bajo antibioticoterapia prolongada). Según circunstancias ambientales puede tener importancia *Aspergillus spp.*

**Los virus:** adquieren particular interés los asociados a transfusiones (Citomegalovirus, Epstein-Barr, hepatitis B, hepatitis C y los virus respiratorios. Los virus de las hepatitis B y C y de inmunodeficiencia humana tienen importancia, además, para el personal del equipo de salud. Se estima que el riesgo de infectarse por un accidente por inoculación a partir de un paciente con hepatitis B reactivo es del 23 al 37%, para hepatitis C del 1,8% mientras que para el HIV es del 0,2 al 0,5%.

**Los parásitos:** los que pueden provocar IH son: hemoparásitos como *Trypanosoma cruzi* y ectoparásitos como, *Pediculus hominis*, *Sarcoptes scabiei* o *Pulex spp.*

■ **Huesped:** los factores que favorecen la presentación de IH son propios y externos.

**Factores propios:** entre estos se destacan: inmadurez, desnutrición, malformaciones congénitas (de la vía urinaria, mielomeningocele), enfermedades infecciosas en actividad (tuberculosis, enfermedades eruptivas), enfermedades metabólicas (diabetes), insuficiencia hepática o renal, coma, neoplasias, neutropenia, traumatismos físicos o químicos.

**Factores externos:** quimioantibiotico terapia de amplio espectro, tratamientos inmunosupresores, radioterapia, intervenciones quirúrgicas, cateterismos, metodología diagnóstica invasiva.

■ **Medio ambiente hospitalario:** el concepto actual de un establecimiento asistencial es que es un centro de atención de la salud; por lo tanto concurren al mismo enfermos ambulatorios e internados y personas sanas como el personal, proveedores, visitantes y hombres y mujeres que llegan para controles periódicos de salud.

Hay que tener en cuenta el número elevado de portadores y los porcentajes de portación por cada uno de los microorganismos; la exposición a los microorganismos determinada por el mayor número de pacientes y de personal; la deambulación temprana; la utilización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos; el equipo interdisciplinario de atención; el ingreso de personas con infecciones no diagnosticadas y la susceptibilidad aumentada por terapéutica (antimicrobiana de amplio espectro, antineoplásica, etc.), malnutrición, stress, etc. Está ampliamente demostrado que la población hospitalaria es el vehículo de diseminación de infecciones por microorganismos resistentes en la comunidad. Hay que tener en cuenta que la planta física del establecimiento tiene características particulares (áreas limpias y sucias, circulación, distribución de lavamanos, etc.) y en las distintas áreas se encuentra una contaminación microbiológica con características propias.

## Bibliografía

- Programa nacional de garantía de calidad de atención médica del ministerio de salud de la nación. (decreto 1424 del 23/2/97) y normas de prevención y control de infección hospitalaria (Resolución 355, Expediente 1-2002-10809-97/7 DEL 31/10/02)
- OPS/OMS. Fundación Kellogg: Vigilancia epidemiológica, vigilancia sanitaria, vigilancia ambiental, prevención y control de infecciones hospitalarias. Serie HSP-UNI/Manuales Operativos PALTEX, Vol IV, 1996.
- Wenzel R., Edmont M., Pittet D., Devaster J., et al.: Guía para el Control de Infecciones en el Hospital. ISID Boston, USA, 2000.
- SADI: Guías y recomendaciones para la prevención y control de las infecciones hospitalarias. E. Microbiología Clínica 1999; 11(3):10-94.
- Cechini E., Gonzalez Ayala S., Normas para el Control de la Infección Hospitalaria. Ed. FECLIBA, 1991.
- Bennet J., Brachman Ph., Hospital Infections. 4 ed. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, 1998.
- Bobinsky Ma., Legal issues in Hospitalepidemiology and infection control. In Hospital Epidemiology and Infection Control by CG Mayhall, Chapter 87, pp 1138-1146, Williams E Wilkins, Baltimore, 1996.

# Primeras Jornadas nacionales de calidad y acreditación en salud



**La importancia de la calidad de la Atención Médica y la Acreditación, su puesta en marcha y la necesidad de llegar a la excelencia en la atención de la salud, fueron los temas de este encuentro que reunió a funcionarios del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación, del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, del Instituto de Obra Médico Asistencial, profesores de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, dirigentes de las entidades representativas del sector salud y médicos en general.**

El pasado 16 de noviembre en las amplias instalaciones de la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) y ante una concurrencia que superó los cálculos más optimistas se llevaron a cabo las Primeras Jornadas de Calidad y Acreditación en Salud organizadas por la Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (CIDCAM) y el Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud (CENAS).

La coordinación del encuentro estuvo a cargo del Secretario de la CIDCAM, Dr. Héctor Ralli, en tanto que el Presidente de la Comisión y Director Ejecutivo del CENAS, Dr. Héctor Vazzano inauguró las Jornadas sosteniendo que «la acreditación no es cuestión de imponer, sino de consensuar», y aclaró que uno de los objetivos de la Comisión es «formar evaluadores con el apoyo del Centro INUS de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata y trabajar en un grupo interdisciplinario para lograr los objetivos planteados».

Recordó que se han establecido convenios con el Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación, con el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires para evaluar a los hospitales públicos y con el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) para las instituciones privadas que asisten a sus afiliados.

El evento contó con una conferencia de apertura «LA CALIDAD: HISTORIA Y PROYECCION», a cargo del Prof. Dr. Horacio Barragán y una de cierre «LA CALIDAD: EL GRAN DESAFIO», a cargo del Director del Centro INUS y Presidente del CENAS, Prof. Dr. José María Paganini.

La primer Mesa Redonda « LA CALIDAD: EL ESTADO Y LOS FINANCIADORES» fue coordinada por el Dr. Juan Carlos Pussetto de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires



y la integraron como panelistas el Dr. Juan Carlos Fraschina, del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación, el Dr. Arnaldo Medina, del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y el Dr. Antonio La Scaleia, Vicepresidente del Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA)

La segunda Mesa Redonda «CONTROL DE INFECCIONES Y ROL DE LA ENFERMERIA EN LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA» fue coordinada por el Dr. Julio Domínguez, Tesorero de la CIDCAM y la integraron como panelistas el Dr. Enrique Mules y la Licenciada en Enfermería Sra. Albertina González.

La tercera «EXPERIENCIAS DE LAS ENTIDADES ACREDITADAS» fue coordinada por el Dr. Enrique Triaca y los panelistas fueron el Dr. Héctor Riera de la Clínica Boratti de la ciudad Posadas, provincia de Misiones y el Dr. Pablo Binaghi del Instituto Central de Medicina de la Ciudad de La Plata.



**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**

## Reconocimiento por la calidad

Dr. Antonio La Scaleia  
*Instituto de Obra Médico Asistencial*

El vicepresidente del IOMA expresó que el Instituto no podía estar ausente en este encuentro y se refirió a lo actuado en pos de la Calidad. «Hemos tomado un camino de desafíos en este aspecto» y agregó que «es necesario humanizar la atención médica, trabajar para la calidad asegurar la equidad del sistema.

Sostuvo que «establecer estándares de calidad en los contratos y exigir prestaciones calificadas es un rol primordial del financiador». Es un objetivo de Instituto garantizar la libre elección, facilitar el acceso a las prestaciones y conformar una red de servicios con contratos adecuados. Teniendo en cuenta la importancia de la Calidad en los establecimientos donde se asisten afiliados al IOMA, desde el directorio se tomó la decisión de recompensar económicamente a la red de prestadores acreditada por el Centro Especializado de Normalización y Acreditación en Salud (CENAS). También en ese sentido habrá aranceles diferenciados a aquellos profesionales que integren los programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud. Por último expresó que es deseo del Instituto ofrecer una óptima calidad en las prestaciones y que llegue realmente a todos los que la necesitan.

El IOMA, como Entidad Financiadora tiene la responsabilidad de:

- Considerar al hombre por encima de todo diseño de sistema de salud.
- Garantizar la libre elección y el acceso a las prestaciones.
- Conformar una red de salud con contratos transparentes y una oferta prestacional calificada, tendiendo a la Acreditación de prestadores.
- Evaluar los resultados alcanzados junto al grado de satisfacción del usuario.

Para mejorar los estándares de Calidad el Instituto propone:

- Valorizar el recurso humano, manteniendo una relación adecuada con la tecnología instalada, fundamentalmente al ingreso de nuevos módulos.
- Realizar la medición integral del consumo prestacional por afiliado y no por rubros de gastos desarticulados.
- Aplicar incentivos económicos en aquellos prestadores de la red que hayan logrado la acreditación.
- Reconocer un arancel mayor en los honorarios, para aquellos profesionales que integren los programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

## Rol de la enfermería

*Lic. Albertina Gonzalez*

La Licenciada expresó que la construcción de la Calidad de la Atención de la Salud es un proceso multidisciplinario, progresivo, complejo y que requiere de conocimientos, recursos, esfuerzo, imaginación, constancia y paciencia. En general se suele asociar con situaciones ideales, con muchos recursos y con acciones que sólo son posibles en otros escenarios.

Calidad de un Servicio de Enfermería es la capacidad que posee para responder a las necesidades de cuidados que requieren los pacientes a cargo. El éxito en conseguirlo es la aptitud en la gestión para mejorar la Calidad, cuando factores no deseados actúan en forma constante, tales como escasez de recursos, dificultades en la organización, ausentismo, cambios en la conducción, etc.

La Calidad de Atención en Enfermería se puede medir a través de los siguientes componentes:

- Los cuidados.
- Los procedimientos.
- Los prestadores de cuidados.
- Los registros.
- Las metodologías de trabajo.
- La organización.
- Los recursos disponibles para los cuidados.

El proceso de la Calidad del Servicio de Enfermería tiene como marco de referencia los siguientes aspectos:

- Ley de enseñanza de la enfermería.
- Normas de las obras sociales.
- Desarrollo de la Enfermería en Control de Infecciones.
- Ley del Ejercicio Profesional.
- Programa Nacional de Garantía de Calidad.
- Elaboración de protocolos.
- Revisión de programas de formación.
- Desarrollo de la práctica basada en la evidencia.

El rol de la enfermería en el desarrollo de la Calidad de la Atención de la Salud, consiste en seleccionar y trabajar los estándares del servicio de enfermería, integrar equipos de trabajo y desarrollar en forma permanente acciones de capacitación y de investigación de diagnósticos, intervenciones y resultados de la atención de enfermería.

Un Servicio de Enfermería que trabaja con Calidad presenta las siguientes características:

- Dispone de plan anual de gestión.
- Se desarrollan programas de capacitación.
- Se evalúa el desempeño.
- Se clasifican los pacientes.
- Se aplica el proceso de atención de enfermería cuya expresión son los planes de cuidados estandarizados.
- Se dispone de resultados de la aplicación de estándares.
- Cuenta con un programa de desarrollo de nuevos estándares.
- Se investiga la confiabilidad de los cuidados brindados.

Por último dijo que un Servicio de Enfermería se posiciona en el medio liderando el proceso de gestión de los cuidados y de los recursos, desarrollando la cultura de la calidad y difundiendo los resultados de las acciones emprendidas.



# Infección hospitalaria

**Dr. Enrique Mules**

*Subcomisión de infectología de la CIDCAM*

El Dr. Enrique Mules definió a la Infección Hospitalaria a aquella infección adquirida en el establecimiento o por prácticas relacionadas con la actividad médica. Señaló que aumentan la morbilidad, la mortalidad y los costos; entre el 5 y el 12% de los hospitalizados pueden llegar a adquirir una infección hospitalaria y este porcentaje varía con el tipo de institución, área, flora microbiana y condiciones del paciente.

Los centros asistenciales que disponen de prevención y control de infecciones disminuyen riesgos, incidencia y economizan costos, a tal punto que se autofinancia a través del uso adecuado de los antibióticos. Por otra parte el control de infecciones es un indicador de calidad de Atención Médica.

Los objetivos de un Comité de Control son: vigilancia epidemiológica, uso apropiado de antimicrobianos, capacitación del personal, difusión de información y asesoramiento en esterilización.

■ **Vigilancia:** incluye la incidencia y prevalencia de las infecciones, su localización, factores de riesgo, flora prevalente y susceptibilidad a microbianos.

■ **Uso apropiado de antimicrobianos:** tiene en cuenta el conocimiento de las características del uso de los antimicrobianos del hospital (tipo de medicamento, modalidad de indicación, tiempo de uso, costos) y el conocimiento de la sensibilidad de los microorganismos hospitalarios; también a propender al uso de los mismos con base racional (no empírica) y a restringir el uso de antibióticos específicos para situaciones críticas.

■ **Capacitación del personal:** específicamente en el lavado de manos quirúrgico, utilizando envases de antiséptico de 250 ml. para ser usado antes de las 48 horas de abierto usando cepillos descartables estériles para uñas y esponjas para completar el lavado. También cursos al personal de enfermería, distribución de material bibliográfico y elaboración de cartillas para pacientes prequirúrgicos.

■ **Esterilización:** incluye la incorporación de envoltorios adecuados, categorización de los materiales de acuerdo al método correcto de esterilización y normatización.



**FEMEBA**

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



**FUNDACION  
FEMEBA**

**En el "10° Aniversario del Programa  
Argentino de Cuidados Paliativos  
desarrollado en el Hospital Tornú  
de la Ciudad de Buenos Aires"**

Ministerio de salud y medio ambiente de la Nación

# Calidad y equidad a nivel nacional

**Dr. Juan Carlos Fraschina**

El representante del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación expuso los lineamientos del Plan Federal de Salud e hizo hincapié en la calidad asistencial del mismo, que apunta a la seguridad de los pacientes. Reconoció que aún existen diferentes procesos en algunas jurisdicciones que carecen de la habilitación categorizante para diferentes niveles de resolución y de capacidad para resolver ciertas patologías, pero sostuvo que el camino a seguir es lograr que todos los establecimientos públicos tengan la habilitación categorizante correspondiente, problema que también se da en algunas instituciones del sector privado.

Consideró que la habilitación categorizante permite la conformación de redes de servicios de salud, contar con información periódica de los recursos y un registro de los establecimientos actualizados y habilitados.

Con este objetivo, ya se han aprobado en el Consejo Federal de Salud (COFESA) las grillas que son utilizadas en los hospitales públicos para su evaluación, considerando que la calidad de la atención médica es equidad y accesibilidad.

Para el 2007 el Ministerio de Salud y Medio Ambiente espera concretar, entre otros objetivos, la acreditación de los establecimientos de salud con la participación de todas las organizaciones. El Ministerio considera que:

- La seguridad del paciente es un fundamento de la buena calidad de la atención sanitaria.
- El acceso a una atención sanitaria segura es un derecho básico de los ciudadanos.
- Ninguna actividad humana está exenta de errores, pero existe la oportunidad de aprender de ellos y prevenirlos.

Para poder cumplir con estos postulados es necesario implementar sistemas de gestión de riesgos y seguridad a los pacientes como parte integral de los componentes del Programa de Garantía de la Calidad.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aries

# Calidad: una decisión política

**Dr. Juan Arnaldo Medina**

El representante del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires expuso el Programa de Garantía de Calidad de la provincia que cuenta con distintos programas: calidad en hospitales, calidad en el primer

nivel de atención, calidad en el programa de salud y reconocimiento de acreditadores. En este punto, hizo especial mención a la importancia del gran paso que dio el Ministerio al firmar el convenio con la CIDCAM para iniciar del camino hacia la calidad a través del método de autoevaluación en los hospitales públicos. Expresó que «la Calidad es un punto de inflexión y marca la importancia de la decisión política que se ha tomado» y agregó que en la provincia está previsto el presupuesto para solventar los costos de los procesos de acreditación.

Hasta la fecha son 15 los hospitales que formaron el grupo de gestión interna para la calidad y más de la mitad del resto de los establecimientos públicos firmaron el acta de adhesión para iniciar dicho camino.

También comunicó que se lanzó el Primer Programa de Capacitación Anual en Calidad y se espera para el próximo año informatizar el pedido de turnos, capacitar a todos los trabajadores del sector en calidad e implementar el estudio permanente de satisfacción del usuario.



# Experiencia de entidades acreditadas

## Sanatorio Boratti

### Posadas. Provincia de Misiones

El Dr. Héctor Riera, director médico del Sanatorio Boratti, hizo una reseña de la institución que dirige y comentó que ya se cumplieron 45 años de labor ininterrumpida asistiendo a la población de Posadas y del interior de la Provincia de Misiones. Comentó la experiencia de la aplicación del Manual de Autoevaluación de la CIDCAM y una vez concluida dicha evaluación solicitó la Acreditación al CENAS, proceso que llevó cerca de dos años pero con resultados favorables.

Una vez cumplidos los 12 pasos del Programa de Autoevaluación Participativa Estructurada pudieron evaluar la estructura, los procesos y resultados del establecimiento. Hizo mención a la importancia de la decisión política de ingresar a un proceso de Autoevaluación, del compromiso de todo el personal para la tarea y del apoyo que recibió tanto de la CIDCAM, del Centro INUS de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata y de todo el equipo del Centro Especializado para la Acreditación y Normalización en Salud, lo que le permitió acceder a la Acreditación.

## Instituto Central de Medicina

### La Plata. Provincia de Buenos Aires

El Dr. Pablo Binaghi, responsable del Área de Calidad de la Institución, definió a su Área como el sector que lleva adelante el conjunto de directrices y objetivos generales relativos a la calidad expresados por la Dirección (Política

de Calidad); y que, en base a esa orientación pone en práctica un proceso planificado de búsqueda de perfeccionamiento (Mejora de la Calidad), mediante un conjunto de planes formales (Sistema de Calidad), de manera de constituirse en la posición de la estructura de la organización que aplica la política de calidad (Gestión de la Calidad).

Los objetivos del Área de Calidad del Instituto Central de Medicina son:

*Evaluar:* al Instituto en lo que compete a su Estructura, Procesos y Resultados.

*Detectar:* fallas, carencias u omisiones den los mismos.

*Mejorar:* mediante el desarrollo de un Programa estratégico de Calidad, logrando un uso racional de la capacidad instalada y una mayor eficiencia prestacional.

*Sostener:* el Programa mediante un plan de monitorización a través de indicadores, encuestas, trabajo de asesoría en terreno, etc., permitiendo la realización de ajustes en el mismo adecuándolo al perfil de la Institución.

Como en otras exposiciones del Dr. Binaghi hizo mención a la CIDCAM, al Centro INUS y al CENAS por el apoyo recibido tanto en el proceso de Autoevaluación como en la Acreditación obtenida.

### Foto del Instituto

**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: blyasoc@speedy.com.ar

# Hacia la formación de recursos humanos

Los Establecimientos de Salud se han ido transformando en estructuras complejas, tal como todas las organizaciones de fines de siglo XX.

La creciente complejidad de la variedad exigida de respuestas técnicas y profesionales coadyuvan a las dificultades de adaptación al entorno dinámico y cambiante.

Se requieren establecimientos que se adapten constantemente a situaciones cambiantes y aún a futuros inmediatos que se encuentran en nebulosa.

Establecimientos capaces de reorganizarse institucionalmente aplicando las más modernas técnicas de administración, incrementando el potencial de los recursos físicos y humanos disponibles FECLIBA viene realizando ingentes esfuerzos en apoyo de las instituciones y en función de la salud de la población. FECLIBA considera que deben atenderse diversas dimensiones con un criterio de interdisciplinariedad; y en estas dimensiones una que la Entidad considera central es la Educativa.

Por ello en el Año 2001 creó el Instituto Superior en Salud tanto para la formación de recursos humanos propios de los Servicios afiliados como de la población en general.

El Instituto nació con la Misión fundamental de proporcionar formación técnico profesional, humanista y social, y luego de su apertura y cumplir con los requisitos correspondientes obtuvo la Autorización Definitiva de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires (Resolución n. 2.778/04) y fue Incorporado a la Enseñanza Oficial (DIEPREGEP N. 6.269).

Sus Objetivos Generales continúan siendo los que cimentaron su creación: a) Proporcionar formación superior en las áreas humanísticas, técnico profesionales, sociales y artísticas; b) Formar profesionales con espíritu crítico y creativo, generadores de conocimientos que les permitan desarrollarse eficazmente; c) Generar propuestas de Trayectos formativos orientadas a la investigación de problemáticas del ámbito humanístico, educativo y de la salud; y d) Construir un espacio de reflexión, investigación y acción que desarrolle propuestas formativas superadoras de la dicotomía teoría-práctica.

Entre sus Objetivos Particulares se cuentan:

- a) Desarrollar una conciencia preventiva de la salud, la higiene y la nutrición;
- b) Desarrollar Trayectos formativos que capaciten a los agentes de la salud integrantes de la Federación de Clínicas de la Provincia de Buenos Aires; y
- c) Desarrollar actividades científicas que permitan amalgamar los conocimientos empíricos con los teóricos de los agentes de la salud y de los Docentes.

En su corta existencia el Instituto Superior en Salud desarrolló una prolífica actividad, implementando la Carrera de Enfermería profesional y diversas acciones de extensión.

## La Actualidad

En la actualidad se tiende a nuevos horizontes más ambiciosos y adecuados a las nuevas exigencias que el contexto reformula cotidianamente.

En este sentido la prioridad de la formación de recursos humanos de calidad para el sector tiene para FECLIBA un valor indiscutible, y por ello contribuir a la misma, expandiéndola poseen un sentido fundamental.

Al respecto se considera al Instituto como lugar primordial de realización de las Políticas de la Entidad en la formación y mejoramiento de los recursos humanos.

Por ello resulta fundamental reformular las propuestas educativas con pertinencia y extensión del universo posible de impacto. Una reformulación basada en una perspectiva de reingeniería enmarcada en los criterios básicos de: consenso, racionalidad, sustentabilidad financiera, eficacia y eficiencia, que conduzcan al incremento de la calidad en las ofertas y al reposicionamiento del Instituto

Para ello en el presente Ciclo Lectivo se acreditó al Instituto en la Red Federal de Formación Docente Continua (N. a2-006269). Asimismo se comenzaron a gestar alianzas estratégicas tendientes al fortalecimiento de la oferta académica plasmadas en Convenios de Cooperación con diversas Universidades: Universidad Favaloro, Universidad Nacional de Entre Ríos, Universidad Maimónides y Universidad Abierta Interamericana.

En el mismo marco de alianzas estratégicas se desarrolló una Carrera universitaria específica para las necesidades del sector: la Licenciatura en Administración de Establecimientos y Servicios de Salud que posee un Diseño Curricular especial desarrollado por el Equipo del Instituto y aprobado por las autoridades educativas. Para su implementación se realizó el Convenio con la Universidad Abierta Interamericana que brinda la oferta en todas sus sedes (Capital, Gran Buenos Aires y Rosario).

Por otro lado aquellos profesionales egresados como Contadores Públicos o Licenciados en Administración tienen la posibilidad (por el régimen de equivalencias) de acceder a este Título específico mediante la aprobación de un número sustancialmente menor de asignaturas.

Además se comienza con la oferta de la Diplomatura en Gestión de Salud y Facturación de Prestaciones Médico Asistenciales y los Cursos de Inglés Técnico para enfermeros, Responsabilidad Legal del personal de enfermería.

El Instituto por su naturaleza (sin fines de lucro) resulta sumamente accesible a toda la población, complementando la formación de los estudiantes con prácticas en sus propios Establecimientos de Salud lo que tiende a facilitar de este modo la inserción laboral. Cuestiones todas que constituyen valores diferenciales de la Institución.

# Comisión interinstitucional para el desarrollo de calidad en la atención médica. CIDCAM

La CIDCAM, entidad civil sin fines de lucro, se inició en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, quién convocó a representantes de las entidades que trabajan en la Atención Médica, al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, al Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires y al Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) para trabajar en Calidad. A partir del año 1999, cuando se consolidó institucionalmente al obtener la Personería Jurídica, puso a disposición de las instituciones de salud públicas y privadas su Manual de Autoevaluación para evaluar la estructura, procesos y resultados en forma voluntaria con el asesoramiento del Centro INUS y lograr el Plan Estratégico para la Calidad (PEC),

Los avances en el programa de Autoevaluación requirieron de actividades de asesoría, capacitación en terreno y comunicación y coordinación continua con los Grupos de Evaluación Interna (GEI) para la activación del proceso de Autoevaluación Participativa Estructurada para la Calidad (APEC).

Del análisis de las actividades realizadas surgen los siguientes avances al 31 de diciembre de 2006:

- Total de establecimientos que firmaron ATC: 188
- Total de establecimientos que firmaron Certificado I: 185
- Total de establecimientos que recibieron Certificado II: 68
- Total de establecimientos que recibieron Certificado III: 37
- Total de establecimientos que recibieron Certificado IV: 37
- Total de establecimientos que recibieron Certificado V: 9

**Listado de establecimientos que alcanzaron los certificados III y IV:**

## FECLIBA

### DISTRITO I

Sanatorio Argentino del Plata S.A.  
Instituto Médico Mater Dei S.A.  
Instituto Central de Medicina

### DISTRITO II

Clínica Calchaquí «19 de Enero»  
Clínica Privada General Belgrano de Total Care  
Clínica Privada Florencio Varela  
Sanatorio Urquiza  
Sanatorio Modelo de Burzaco  
Clínica Modelo de Adrogué

### DISTRITO III

Sanatorio San Mauricio S.R.L.  
Clínica Cruz Celeste S.A.  
Clínica Privada del Buen Pastor

### DISTRITO IV

Hospital Privado Modelo de Vicente López  
Clínica Privada Santa María  
Hospital Privado Nuestra Señora de la Merced

### DISTRITO V

Clínica Delta  
Clínica Privada San Carlos.  
Clínica General Obst. y Cirugía Nuestra Señora de Fátima  
Clínica Privada San Marcos  
Clínica Privada Sanatorio General Sarmiento

### DISTRITO VI

Clínica Pergamino S.A.

### DISTRITO IX

Clínica 25 de Mayo

### DISTRITO X

Clínica y Maternidad Privada González Chávez S.A.  
Hosp. Felipe Glasman de la Asoc. Médica de Bahía Blanca

### ACLIFE

Sanatorio IPENSA  
Clínica Espora S.A.  
Clínica del Niño de Quilmes S.A.  
Sanatorio Dr. Eduardo Wilde S.A.  
Sanatorio Prof. Itoiz S.A.  
Clínica Instituto Médico de la Ribera  
Clínica IMA  
Sanatorio Modelo Quilmes S.A.

### Entidades publicas

Hospital Dr. Rodolfo Rossi  
Hospital Dr. Ricardo Gutiérrez  
Hospital Alejandro Korn (Melchor Romero)  
Hospital San Roque de Gonnet

### Convenios individuales

Clínica Güemes

### Listado de establecimientos que alcanzaron el certificado V

Instituto Central de Medicina (La Plata)  
Clínica Cruz Celeste (San Justo)  
Clínica Privada del Buen Pastor (Lomas del Mirador)  
Clínica Pergamino S.A. (Pergamino)  
Hosp. Felipe Glasman de la Asoc. Médica de Bahía Blanca. (Bahía Blanca)  
Clínica Instituto Médico de la Ribera  
Clínica IMA (Adrogué)  
Sanatorio Modelo Quilmes S.A. (Quilmes)  
Sanatorio Prof. Itoiz S.A. (Avellaneda)

# Programa de garantía de calidad de atención de la salud

**Desde la Subsecretaría de Planificación dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, se está trabajando con el Programa de Garantía de Calidad de Atención de la Salud que cuenta con el apoyo del Ministro Licenciado Claudio Mate.**

En diciembre de 2005, la Subsecretaría de Planificación de la salud creó el Programa con el fin de garantizar a los habitantes de la provincia una atención de calidad en los servicios de salud y promover y monitorear la gestión de calidad en los diferentes actores del sistema de salud provincial.

El Dr. Arnaldo Medina, a cargo de dicha Subsecretaría, ha expresado en reiteradas oportunidades su satisfacción por los pasos y logros que viene desarrollando el Equipo de Calidad en los distintos establecimientos públicos de la Provincia, así como también en los hospitales municipales del territorio bonaerense.

El Programa comienza expresando « La salud es un índice importante del bienestar de la población y de los grandes parámetros del concepto de ciudadanía plena, así como instrumento para alcanzarla. Es por ello, que la calidad de la Atención es cada día una exigencia mayor para los profesionales y las organizaciones dedicadas a ese fin».

Por medio de este Programa se pretende llegar al ciudadano común, que incluye tanto a profesionales como obreros,

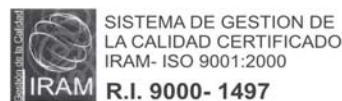
empleados y empleadores y para un óptimo desarrollo del mismo se lo dividió en tres niveles: macrogestión, mesogestión y microgestión.

Con la macrogestión se trata de llegar al nivel más alto de la toma de decisiones en el tema Calidad. Eso implica niveles de directores, secretarios, subsecretarios, directores de hospitales y todos aquellos que tengan capacidad de decisión para generar procesos de calidad y tomar medidas para cumplirla.

Con la mesogestión se apunta a todos los trabajadores de la salud dentro del marco de los hospitales y de los programas del ministerio que son los generadores de los procesos de salud que llegan a la gente.

Por medio de la microgestión se trata de llegar a la gente misma con la finalidad de crear conciencia y conozca lo que recibe y tiene que recibir en salud.

El Dr. Eduardo Martínez, Coordinador del Programa ha expresado en su momento «se debe trabajar en fomentar una cultura sanitaria porque todavía no hay una cultura creada de lo que es la promoción de la vida sana».



**Sistema de Licitaciones On Line**  
Líder en servicio, volumen y variedad de información



**ASSII La RED**  
Red Unificada de Proveedores de Insumos Médicos

Trayectoria Profesionalizada

[www.femape.org.ar](http://www.femape.org.ar)

Calle 46 n° 541 CP B1900AGU La Plata Tel/Fax: (0221) 422-7007 | [info@femape.org.ar](mailto:info@femape.org.ar)

# Los procesos de acreditación desarrollados por el CENAS

El CENAS (Centro Especializado para la Normalización y acreditación en Salud), es una entidad no gubernamental, Miembro Institucional e Integrante del Consejo Directivo de la Sociedad Internacional para la Calidad de los Servicios de Salud que resume la experiencia nacional e internacional sobre evaluación de Calidad en Salud en los últimos treinta años.

Los procesos de Acreditación desarrollados por el CENAS cumplen con los lineamientos internacionales sobre la materia y se inician a partir de la solicitud voluntaria de los Establecimientos siendo su propósito central contribuir a la mejoría de la Calidad de la Atención Médica que se ofrece a la población.

**Nómina de Establecimientos que han recibido el Diploma que certifica su Acreditación en Calidad de la Atención de la Salud:**

Clínica Cruz Celeste S.A.  
Villa Luzuriaga. Provincia De Buenos Aires.

Clínica Privada Del Buen Pastor (CIIMO S.A.)  
Lomas Del Mirador. Provincia De Buenos Aires.

Clínica MIA S.A.  
Adrogué. Provincia De Buenos Aires.

Diagnostico Maipú Por Imágenes S.A.  
Vicente López. Provincia De Buenos Aires.  
Sat Médica S.A. (CIMED)  
La Plata. Provincia De Buenos Aires.

Fundación Científica Del Sur.  
Lomas De Zamora. Provincia De Buenos Aires.

Sanatorio Integral ITO De Guillermo Carlos Vymazal.  
Posadas. Provincia De Misiones.

Sanatorio Nosiglia S.A.  
Posadas. Provincia De Misiones.

Sanatorio Boratti S.R.L.  
Posadas. Provincia De Misiones.

Sanatorio Dallman De Montecarlo Salud S.A.  
Montecarlo. Provincia De Misiones.

Sanatorio Montecarlo de Montecarlo Salud S.A.  
Montecarlo. Provincia De Misiones.

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

## AGREMIACION MEDICA PLATENSE

*siguiendo la senda que dignifique  
el trabajo del médico,  
en una profesión única e indivisible*

calle 6 #1137 - La Plata - Buenos Aires  
425-5208 / 5213 - Fax: int. 234  
www.amepla.com / info@amepla.com



## NACIONAL

### 17 mayo, 2007

Reunión Nacional de la Comunidad Argentina Salud en San Miguel de Tucumán.

### 18 mayo, 2007

Jornada regional de Calidad y Acreditación en Salud en San Miguel de Tucumán (preparatoria de la 2<sup>da</sup> Jornada Nacional CENAS/CIDCAM).

### 16 agosto, 2007

Reunión Nacional de la Comunidad Argentina Salud en Iguazú.

### 17 agosto, 2007

Jornada regional de Calidad y Acreditación en Salud en Iguazú (preparatoria de la 2<sup>da</sup> Jornada Nacional CENAS/CIDCAM).

### 25 octubre, 2007

XII Congreso Internacional Salud Crisis y Reforma. CAES.

### 15 noviembre, 2007

2<sup>da</sup>s Jornadas Nacionales y 1<sup>eras</sup> Jornadas Internacionales de Calidad y Acreditación en Salud. CENAS/CIDCAM.

## INTERNACIONAL

### 18 - 20 April, 2007

International Forum on Quality and Safety in Health Care Barcelona, Spain. *Website: <http://www.ihl.org/IHI/Programs/ConferencesAndSeminars/InternationalForumonQualityandSafetyinHealthCare2007.htm>*

### 20 April, 2007

Performance Measurement in Healthcare. Turkish Society for Quality in Healthcare. Istanbul, Turkey. *Website: [www.skid.org.tr](http://www.skid.org.tr)*

### 21 - 25 May, 2007

World Conference on Bioethics. International Society of Bioethics. Gijón, Spain. *Website: [www.sibi.org](http://www.sibi.org)*

### 11 - 12 June, 2007

National Healthcare Leadership Conference. Toronto, Canada. *Website: <http://www.healthcareleadershipconference.ca>*

### 24 - 26 June, 2007

Patient Reported Outcomes in Clinical Practice International Society for Quality of Life - ISOQOL. Budapest, Hungary. *Website: <http://www.isoqol.org/confpage.htm>*

### 17 - 19 August, 2007

8th International Mental Health Conference Gold Coast Institute of Mental Health. Gold Coast, Australia. *Website: <http://www.gcmh.com.au/>*

### 24 - 26 September, 2007

Patient Safety Research: Shaping the European Agenda Abstracts due: 9 February Porto, Portugal. *Website: <http://www.patientsafetyresearch.org/>*

### 30 September 2007

ISQua Accreditation Symposium. ISQua International Summit on Performance Measures/Indicators. One-day (optional) pre-Conference programs. Westin Hotel, Copley Place, Boston, USA. *Website: <http://www.isqua.org/isquaPages/boston07.html>*

### 30 September - 3 October, 2007

Transforming Healthcare in the Electronic Age ISQua's 24th International Conference. The International Society for Quality in Health Care. Westin Hotel, Copley Place, Boston, USA *Website: <http://www.isqua.org/isquaPages/boston07.html>*

### 15 - 26 October, 2007

Improving the Quality of Health Services

Harvard School of Public Health Short Course. Boston, USA. *Website: [http://www.hsph.harvard.edu/ihsg/course\\_quality.html](http://www.hsph.harvard.edu/ihsg/course_quality.html)*

### 6 - 8 November, 2007

Vision and Strategy for Ubiquitous Healthcare. International Hospital Federation's 35th World Hospital Congress. Seoul, South Korea *Website: <http://www.cspkorea.org/IHF2007/eng/main/main.asp>*

### 19 - 12 December, 2007

19th Annual National Forum on Quality Improvement in Health Care. Institute for Healthcare Improvement. Orlando, USA. *Website: <http://www.ihl.org/IHI/Programs/ConferencesAndSeminars/19thNationalForumonQualityImprovement.htm>*

## CALENDARIO MUNDIAL

### ● Marzo

08 - Día Internacional de la Mujer  
22 - Día Mundial del Agua  
24 - Día Mundial de la Tuberculosis

### ● Abril

07 - Día Mundial de la Salud.

### ● Mayo

03 - Día Mundial por la Libertad de Prensa  
15 - Día Internacional de la Familia.  
22 - Día Mundial de la Diversidad Biológica.  
31 - Día Mundial sin Tabaco.

### ● Junio

04 - Día Internacional de Niños Inocentes Víctimas de Agresión  
05 - Día Mundial del Medio Ambiente.  
14 - Día Mundial de Donación de Sangre  
17 - Día Mundial de Lucha contra la Desertificación y la Sequía.  
21 - Día Internacional contra el Abuso y Tráfico Ilícito de Drogas.  
26 - Día Internacional de Apoyo a las Víctimas de Torturas.

### ● Julio

11 - Día Mundial de la Población

### ● Agosto

09 - Día Internacional de la Población Autóctona del Mundo.  
12 - Día Internacional de la Juventud.

### ● Septiembre

08 - Día Internacional de la Alfabetización.  
16 - Día Internacional para la Preservación de la capa de Ozono.  
21 - Día Internacional de la Paz.  
26 - Día Mundial del Corazón.

### ● Octubre

01 - Día Internacional de las Personas Mayores  
02 - Día Interamericano del Agua.  
10 - Día Mundial de la Salud Mental.  
13 - Día Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales.  
16 - Día Mundial de la Alimentación.  
17 - Día Internacional para la Erradicación de la Pobreza.  
24 - Día de las Naciones Unidas.

### ● Noviembre

14 - Día Mundial de la Diabetes  
16 - Día Internacional de la Tolerancia.  
20 - Día Universal del Niño.  
25 - Día Internacional de la Eliminación de la Violencia hacia la Mujer.

### ● Diciembre

01 - Día Mundial del SIDA  
03 - Día Internacional de las Personas Discapacitadas  
10 - Día de los Derechos Humanos.

*Fuente: Organización Mundial de la Salud*