

## Hacia la elaboración de una señalización sanitaria

La señalización sanitaria es un aspecto fundamental en la optimización de la calidad de un establecimiento de salud. Dentro del equipo definido para llevar adelante un proceso de mejora de la calidad del establecimiento, debe crearse una comisión que dedique su energía exclusivamente a este aspecto.

Esta comisión debe estar integrada por personal de distintas áreas que aporten diferentes miradas en la realización del sistema de señalización: médicos de guardia, enfermeras, personal de mantenimiento, directivos, etc., que trabajen en equipo junto a especialistas del diseño, la arquitectura y la comunicación, dado que cada establecimiento tiene un grado de complejidad médica y estructural diferente.

### En todo establecimiento de salud es indispensable informar, a través de una correcta señalización:

- La ubicación de los distintos sectores y las vías para llegar a ellos.
- La ubicación de las salidas y cómo llegar a ellas.
- Los profesionales que se desempeñan en cada piso.
- La especialidad que se ofrece en cada consultorio y el profesional en función.
- Las zonas restringidas y de libre acceso.
- Las medidas de seguridad y precaución en cada sector.
- La ubicación de los sistemas de combate contra incendios.

No cabe ninguna duda que la señalización efectiva colabora en el éxito de la atención que brindan los establecimientos y en la satisfacción de los usuarios, ya que orienta, mantiene el orden, agiliza el tránsito y es un elemento fundamental para la seguridad y calidad de la atención.

Agilizar el tránsito hospitalario, mantener la calma y el orden de las personas que circulan por el mismo, hacen que los establecimientos que atienden la salud cumplan con sus funciones fundamentales que son la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades con una mayor calidad.

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) consideran que una eficiente señalización debe ser tenida en cuenta para todo proceso de Certificación y posterior Acreditación; para facilitar esta tarea CIDCAM y CENAS han elaborado un MANUAL DE SEÑALIZACIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD que contiene toda la información teórica y práctica tanto para al planeamiento como al desarrollo de las señalizaciones hospitalarias y lo pone a disposición de todas las instituciones que lo requieran.



**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

**Comité de Redacción**

# HACIA LA CALIDAD en Salud

I. Editorial



3. Encuentro Nacional de la Comunidad Argentina Salud. FECLIBA presente



4. Bioseguridad y normas universales de prevención



14. Primer Curso de Capacitación en Evaluación y Gestión



16. FOPBA. Lanzamiento de un programa conjunto



Agenda

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

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

**Presidente**

Dr. Héctor Vazzano. FECLIBA

**Vicepresidente**

Dr. Roberto Dávila. FEMEBA

**Secretario**

Dr. Héctor Ralli. FEMECON

**Tesorero**

Cr. Andrés Marensi ACLIFE

**Vocal 1°**

Dr. Gonzalo Hernández. AMP

**Vocal 2°**

Dr. Horacio Rumbo. ACLIBA I

**Vocal 3°**

Dr. Gustavo Mammoni. FECLIBA D. I

**Vocal 4°**

Dr. Jorge Lloves. FECLIBA D. II

**Vocales suplentes**

**Vocal 1°**

Dr. Carlos Peruzzetto. FABA

**Vocal 2°**

Dr. José Lago. FEMECON.

**Vocal 3°**

Dra. Silvia Lescano. FOPBA

**Vocal 4°**

Dr. Abel Oliveros



**Comisión revisora de cuentas**

Dr. Enrique Triaca. FECLIBA I

Dra. Blanca Ferraresi. FECLIBA

Dr. Claudio Duymovich. FABA

**Suplentes**

Dr. Gustavo Marinucci. AMP

Dr. Jorge Ochoa. FEMEBA.

Dr. Horacio Sovanni. FEMECON

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

**Presidente**

Dr. José María Paganini

**Vicepresidentes**

1° Dr. Gustavo Mammoni

2° Dr. Norberto Cabutti

3° Dr. Juan Larzabal

4° Dr. Jorge Ochoa

5° Dr. Jorge Jañez

**Director Ejecutivo**

Dr. Héctor Vazzano

**Directores**

**Actividades Programáticas**

Dr. Roberto Scarsi

**Hacienda**

Lic. Roberto Ortiz

**Científico**

Dr. Julio Domínguez

**Técnico**

Dr. Juan Carlos Linares

**Prensa**

Dr. Juan Carlos Pusseto

**Jurídico**

Dr. Ernesto Badi

**Enfermería**

Lic. Albertina González

## Encuentro Nacional de la Comunidad Argentina Salud

# FECLIBA presente



De Izq a Der: Dr. Gustavo Mammoni, Dr. Juan C. Linares, Sr. Norberto Larroca, Dr. Eduardo Cardús y Dr. Héctor Vazzano

Del mismo participaron por FECLIBA, su Presidente, Dr. Héctor S. Vazzano, su Vicepresidente y Presidente de CONFELISA, Dr. Gustavo C. Mammoni, su Secretario, Dr. Eduardo J. Cardús y el miembro del Consejo Directivo y representante ante la Federación Internacional de Hospitales -FIH- Dr. Juan C. Linares.

El encuentro se desarrolló entre el 20 y 21 de mayo, en el Aula Magna-Campus de la Universidad del Norte, Santo Tomás de Aquino. Como anfitrión, el Dr. Carlos Pesa dio la bienvenida y el Presidente de la Comunidad Argentina Salud, Sr. Norberto Larroca brindó la Conferencia de inicio haciendo un análisis de la realidad nacional del Sector; resaltando el rol que le compete a nuestras entidades en el futuro de la prestación de salud a la población y planteando las estrategias del Sector.

A continuación el Sr. Ministro de Salud de Tucumán, Dr. Pablo Yedlin informó sobre el accionar de su Ministerio y las políticas a seguir.

El Dr. Mammoni, por su parte expuso sobre las Perspectivas del Financiamiento de las Obras Sociales y nuestro representante ante la FIH, Dr. Juan C. Linares, realizó un pormenorizado Análisis del Panorama de Salud en el Mundo, de acuerdo a las experiencias vividas por su participación en Seminarios y Congresos de la FIH.

Durante el mismo se tuvo la oportunidad de escuchar la Experiencia de Gestión Privada en un Hospital Público de Salta por parte del Dr. Xavier

### Con gran éxito se llevó a cabo el Encuentro Nacional en Tucumán de Argentina Salud Comunidad

Singla Garrós, de la Fundación Santa Tecla (Barcelona) y al Lic. Daniel Maceira sobre Financiamiento y Equidad en Salud; culminando las exposiciones con la presentación del Lic. José Azar sobre la Construcción de una Argentina de Consensos.

FECLIBA también estuvo presente con representantes, en el lanzamiento del Curso de Formación de Dirigentes para la Salud.

Del mismo participaron el Dr. Jorge Lloves y el Lic. Francisco Voria, por el Distrito II; el Dr. Gustavo Elicabe por el Distrito IX y la Dra. Laura Inés Foissac por el Distrito X.

El objetivo de este Curso es la formación de Dirigentes para capacitarse y poder desarrollar políticas de largo plazo llevándolas concretamente a la práctica.

De esta reunión participaron más de 25 representantes de todo el país y están previstas 6 reuniones más para el corriente año, las que se llevarán a cabo en la CAES y donde se espera, se eleve el número de participantes.

Desde FECLIBA apoyamos fervientemente esta iniciativa, contestes que necesitamos de dirigentes que en el futuro mantengan la misión y visión de nuestra Entidad, para que continúe siendo referente del Sector de la Salud.



De Izq. a Der: Lic. Francisco Voria, Dr. Jorge Lloves y Dr. Héctor Vazzano

**INFECCION HOSPITALARIA:  
RECOMENDACIONES PARA SU PREVENCIÓN Y CONTROL**

# Bioseguridad y normas universales de prevención

**Como parte de los procesos de prevención y de control de la infección hospitalaria, en éste número se tratarán las medidas Bioseguridad y las normas universales de precaución.**

Bioseguridad es el conjunto de medidas preventivas destinadas a proteger la salud de los trabajadores frente a riesgos determinados por la manipulación de agentes biológicos (químicos o radioactivos) en las áreas de trabajo e evitar la contaminación ambiental y la extensión del problema a otros.

Desde el punto de vista de las actividades de salud esto significa la adopción de técnicas de procedimientos capaces de minimizar el riesgo de adquirir/transmitir un agente infeccioso. Por lo tanto la Bioseguridad es una «Metodología de Trabajo» y las normas de precaución son de aplicación universal; esto es con todos los pacientes.



## **Riesgo de exposición del personal de los establecimientos de salud**

Los trabajadores de salud se hallan en riesgo de adquirir distintas enfermedades en su trabajo. La posibilidad de infección es variable para cada una de las etiologías y depende de diversos factores:

- Prevalencia de la infección en el área de trabajo.
- Desarrollo de inmunidad natural o adquirida del agente de salud.
- Implementación de normas de trabajo y de precaución.

- Capacitación recibida en técnicas de procedimientos y en bioseguridad.
- Aceptación y cumplimiento de las normativas.
- Frecuencia y tipo de exposición a los agentes causales.

## **Normas universales de precaución**

### **a-Precauciones estándar**

Incluye las medidas de bioseguridad universales para la prevención de la exposición a sangre, fluidos biológicos y otras sustancias y tejidos corporales. Deben emplearse con todos los

pacientes sin considerar otros determinantes como naturaleza de la enfermedad actual o presencia de enfermedades infecciosas crónicas. Se aplican en todas las situaciones en las que puede ocurrir contacto con:

- Sangre.
- Líquidos corporales.
- Secreciones (excepto sudor).
- Excreciones.
- Pérdida de continuidad de la piel.
- Examen de mucosas.
- Objetos contaminados con cualquiera de estos elementos.

#### **Las precauciones estándar son:**

**Lavado de manos:** antes de tomar contacto con el paciente e inmediatamente después de quitarse los guantes. También debe efectuarse un lavado de manos entre la atención de uno y otro paciente, se empleará una toalla de papel descartable para secarse las manos y luego cerrar la canilla.

**Uso de guantes:** de rutina cuando se trabaje con líquidos biológicos en especial sangre, elementos contaminados con ellos, secreciones, excreciones, heridas y mucosas. También para procedimientos de acceso vascular o para retirar una vía venosa o arterial. Los guantes deben ser de latex (no de polietileno) y se descartarán al concluir el procedimiento o de inmediato si se produce su rotura, para incineración en recipiente ad hoc. No se deben tocar superficies no contaminadas ni otros pacientes hasta desechar los guantes. El uso de guantes no exime al operador del lavado de manos posterior. Los guantes pueden tener defectos o romperse durante la práctica, por lo que el lavado de manos es imprescindible.

**Cubrebocas (barbijo), bata y protectores oculares:** deberán emplearse cuando exista la posibilidad de salpicadura de sangre o líquidos corporales en la piel y mucosas. Para procedimientos de reanimación debe disponerse de equipo apropiado para evitar por ejemplo la asistencia respiratoria boca a boca. Es conveniente emplear barbijo impermeable y de buena eficiencia de filtración de partículas. Las gafas o las pantallas de protección ocular deben cubrir no sólo el frente sino también los laterales y la parte superior de los ojos.

#### **Las agujas utilizadas para flebotomías o extracciones arteriales no deben reencapucharse:**

la jeringa con aguja montada, una vez utilizada debe descartarse en recipientes adecuados impermeables e imperforables para su posterior incineración. Como alternativa ciertos descartadores permiten desmontar el equipo reteniendo la aguja. En ese caso la jeringa se sumergirán en solución desinfectante (por ejemplo, hipoclorito de sodio) y se aspirará hipoclorito para inactivar restos contenidos en el interior. Si por motivos específicos la aguja debe reencapucharse, se hará de tal modo que punta no se dirija a la mano u otras partes del cuerpo del operador.

**Para la limpieza de superficies contaminadas con sangre:** se deben emplear guantes (y eventualmente otros componentes del equipo de protección), absorbiendo la mancha con toallas de papel que se descartarán en envase especial. Luego se lavará la superficie con hipoclorito de sodio u otro desinfectante hospitalario con poder viricida.

**Las medidas de aislamiento de pacientes:** deben observarse siempre que sea posible, internando en habitaciones individuales aquellas personas que por su patología pueden ser fuente de contaminación para el ambiente o transmitir su infección a otros.

**Los residuos patogénicos:** incluyen todo lo empleado en la asistencia directa del paciente, sangre, secreciones, excreciones y líquidos corporales y los objetos contaminados con ellos. Debe evitarse que estos elementos entren en contacto con la piel y mucosas y que contaminen ropa, medio ambiente u otras personas. Los sitios contaminados se desinfectarán según normas. El material reutilizable se descontaminará entre usos y el descartable se eliminará para incineración según el procedimiento para residuos contaminantes. El personal de limpieza debe usar elementos de protección como guantes y delantal impermeable, barbijo, etc., si fuere necesario.

#### **b- Doble precaución:**

Si un paciente se halla infectado con un microorganismo específico o colonizado con él, además de las precauciones estándar deben emplearse precauciones basadas en el mecanismo propio de ese germen.

**Precauciones para agentes transmitidos por vía aérea:** se emplearán cuando el paciente presente infecciones transmisibles por aire, en especial tuberculosis, varicela y rubéola, cuyos agentes causales son capaces de permanecer suspendidos en el aire en los núcleos de las microgotas por tiempo indefinido. En ese caso se debe internar al paciente en una habitación individual, con la puerta cerrada y presión negativa. Debe disponerse de máscaras de alta eficiencia de filtrado para ingresar a la habitación sobre todo en el caso de tuberculosis y en las mujeres en edad fértil susceptibles a rubéola. Además, el paciente debe usar una máscara similar cuando abandone la habitación.

**Precauciones frente a gotas:** debe aplicarse en las enfermedades que se diseminan mediante las microgotas salivales que se expelen con al tos, el estornudo, o al hablar. Estas infecciones incluyen difteria, rubéola, gripe, adenovirus en lactantes, etc. Para estos pacientes debe destinarse una habitación individual, o compartirla con otro paciente con la misma patología. Se usará máscara protectora para acercarse al paciente (menos de un metro) y el paciente deberá usarla si abandona la habitación. Estas gotas no quedan suspendidas indefinidamente y no llegan más allá de un metro. Por eso se puede mantener abierta la puerta de la habitación y no es necesario un sistema de presión negativa.

**Precauciones de contacto:** se emplean al asistir pacientes infectados o colonizados con microorganismos que se diseminan por contacto directo de piel a piel, o por un intermediario (como un objeto inanimado capaz de contaminarse). El paciente debe internarse en una habitación indivi-

dual o con otro paciente portador del mismo cuadro. El recurso esencial de protección es el uso de guantes, que se utilizarán y cambiarán tantas veces como sea necesario. Luego de quitarse los guantes debe procederse a un cuidadoso lavado de manos. Se emplearán bata y otros elementos de protección si el paciente se encuentra en circunstancias de transmitir el proceso por salpicaduras en mucosas o en piel. La bata debe permanecer dentro de la habitación. En circunstancias especiales es conveniente que otros objetos como estetoscopio, se destinen únicamente a ese paciente y permanezca dentro de la habitación. Las situaciones que requieren el uso de precauciones de contacto son:

- Infecciones del tracto digestivo, cutáneas, respiratorias o colonizaciones con agentes múltiples o resistentes a numerosos antibióticos.
- Infecciones por *Clostridium difficile*.
- Hepatitis A en ciertas circunstancias.
- Infecciones por el virus sincitial respiratorio.
- Impétigo, molusco contagioso, sarna y pediculosis.
- Varicela y herpes zoster.

### Bibliografía

- Doebbeling N: Protecting the Healthcare Worker From Infection and Injury. En Wenzel RP: Prevention and Control of Nosocomial Infections. Páginas 397-435. 3ª Edición. Williams & Wilkins, Baltimore, 1997.
- Mast ST, Woolwinw JD, Gerberding JL: Efficacy of gloves in reducing blood volumes transferred during simulated needlestick injury. JID 1993; 168: 1589.
- Bennett NT, Howard R: Quantity of blood inoculated in a needlestick injury from suture needles. J Am Col Surg 1994; 178-187.
- Garner J.: guideline for isolation precautions in Hospitals. Infection Control and Hospital epidemiology 1996; 17 (1) 53-80

**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

Estudio IBEAS

# Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica (primera parte)

**El pasado 21 de septiembre de 2009 tuvo lugar en México la presentación del ESTUDIO IBEROAMERICANO DE EFECTOS ADVERSOS (IBEAS), proyecto dirigido por el Ministerio de Sanidad y Política Social y la Organización Mundial de la Salud en colaboración con los Ministerios de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú y gestionado por la Organización Panamericana de la Salud. En éste número transcribiremos el prólogo, los antecedentes y justificación del estudio.**

## PROLOGO:

**El proyecto IBEAS: mas allá de un estudio epidemiológico de los eventos adversos.**

*El Proyecto IBEAS ha sido el resultado de la colaboración entre la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú.*

*Ha sido el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina para medir los eventos adversos que ocurren como resultado de la atención médica en los hospitales. Conocer la magnitud y las características del problema es el primer paso para poner soluciones y conseguir disminuir la carga de enfermedad debida a riesgos en los cuidados sanitarios.*

*La finalidad de la atención sanitaria es el cuidado de la salud. Esto es, la prevención de enfermedades, el tratamiento de éstas y, en general, la mejora de la calidad de vida de las personas. Pero, la atención de la salud, como cualquier otra actividad compleja desarrollada por el ser humano, también entraña ciertos riesgos.*

*En las últimas décadas, en distintos lugares del*

*mundo se está realizando un esfuerzo organizado para conocer cuáles son los eventos adversos de la atención sanitaria; por identificar sus causas y, en consecuencia, por desarrollar y poner en práctica soluciones efectivas a esos problemas.*

*Es un esfuerzo valiente que reconoce las limitaciones de las empresas complejas, como es el sector de salud y que, en definitiva, realza el compromiso de los actores del sector con la salud y bienestar de sus pacientes. Es un esfuerzo que lleva también a reconocer que, mientras muchos problemas son evitables, estos necesitan de soluciones sistemáticas y multifactoriales alejadas de la simplificación y culpabilización individual que tradicionalmente han sido tan comunes en el sector.*

*Querer conocer los problemas no es tarea fácil. El conjunto de hospitales que han decidido, de manera coordinada, colaborar en este proyecto IBEAS está demostrando con ello su compromiso firme por avanzar hacia mayores niveles en la salud de sus pacientes y por la mejora de sus sistemas de salud.*

*La tarea desarrollada en el proyecto IBEAS ha sido de gran magnitud. En él han participado 58 centros de 5 países de América Latina, llegando a analizar un total de 11.555 pacientes hospitaliza-*

dos; han colaborado equipos de investigadores de los 5 países participantes, liderados técnicamente por el equipo de expertos investigadores de España, cuya guía y dirección ha sido esencial en el fortalecimiento de la masa crítica de profesionales cualificados en seguridad del paciente en América Latina. Así, se ha capacitado a varios miles de trabajadores de salud de la región en los principios de la seguridad del paciente y en los instrumentos de la investigación aplicada a esta disciplina. El movimiento político, social e institucional generado alrededor de IBEAS en los países participantes es asimismo significativo y nos gustaría creer que ya es imparable.

En estas páginas, se presentan los principales resultados del proyecto IBEAS. El propósito de este documento no es el de ofrecer a los actores del sector salud un informe cerrado, sino al contrario, el de facilitarles las herramientas necesarias para que los decisores del sector salud, los investigadores y colaboradores del proyecto, puedan elaborar los documentos nacionales que consideren relevantes para hacer avanzar los mensajes clave derivados del estudio IBEAS en el país. En el interior de éste documento podrán encontrar los datos y útiles que les permitirán avanzar los análisis si así lo consideran oportuno, y elaborar las presentaciones o informes que necesiten. Adicionalmente, todo el equipo IBEAS, tanto sus directores técnicos, como las instituciones que lo apoyan, es decir el programa de Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, estarán a su lado para apoyarles en esta tarea en pos de la seguridad del paciente.

Queremos agradecer a todos los actores profesionales, individuales e institucionales que con su esfuerzo han contribuido al diseño, desarrollo, y ejecución del proyecto IBEAS.

No tenemos ninguna duda de que los resultados del estudio IBEAS son un paso adelante en la importante empresa de mejorar la seguridad de los pacientes en las organizaciones sanitarias de Latino América.

### **La Dirección del Proyecto IBEAS**

## **ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION DEL ESTUDIO:**

La atención sanitaria, por su complejidad, extensión y la vulnerabilidad del paciente, no está ni puede estar libre de riesgos. Además, esos riesgos no son conocidos suficientemente ni con el detalle necesario en todos los escenarios.

Esencialmente, la asistencia que proporciona cualquier organización sanitaria consiste en tratar de alcanzar la curación o paliar las dolencias y los problemas de salud de la población de su entorno. En este complejo intercambio intervienen gran número de bienes y servicios: desde administración, hotelería y material médico hasta los cuidados médicos y de enfermería. La integración de todos estos elementos en la organización sanitaria debe aspirar a ofrecer una asistencia de la mayor calidad posible, en la que el paciente que busca un tratamiento médico tiene la garantía de un procedimiento correcto y seguro en aras del resultado deseado. Sin embargo, la creciente complejidad de los sistemas sanitarios puede favorecer la proliferación de errores y sucesos adversos, de cuyo conocimiento dependerá que se puedan establecer las medidas necesarias para evitarlos y minimizarlos en la medida que sea posible.

El interés por los riesgos de la asistencia sanitaria, aun siendo materia de plena actualidad, no resulta novedoso. En 1.955 Barr vio en ellos el precio de pagar por los modernos métodos de diagnóstico y terapia, y Moser en 1.966 los denominó «las enfermedades del progreso de la medicina».

En 1964 Schimmel, llamó la atención acerca del hecho de que un 20% de los pacientes admitidos en un hospital universitario sufrían algún tipo de iatrogenia y la quinta parte eran casos graves. Steel et. al., en 1.981 situaron la cifra en un 36%, los que la cuarta parte eran graves. En ambos estudios la principal causa era el error en la medicación.

Progresando en ese afán por mejorar la seguridad del paciente, el Insitute of Medicine (IOM) en los EE UU inició en 1.998 un proyecto denominado: «Quality of Health Care in América», con el objetivo de desarrollar una



estrategia que diera lugar a una mejora significativa en la calidad de la sanidad en los EE UU a lo largo de la siguiente década. Dentro de este amplio proyecto se inscribe en una fase inicial el informe: «to Err is Human: building a Safer Health System», que examina los errores médicos en los EE UU y es una llamada a la acción para hacer los cuidados sanitarios más seguros para los pacientes.

También en el Reino Unido la preocupación por los errores y sucesos adversos ha llevado a promover una política de identificación y reducción de errores médicos. Así, tras la publicación del informe del National Health Service (NHS): «*An organisation with a memory*», se ha puesto en marcha un plan de gobierno con el objetivo de promover la seguridad del paciente que queda recogido en el programa; «*Building a safe NHS*». Este programa se ha beneficiado de intensos contactos e intercambios entre representantes del Reino Unido, Australia y los EE UU, y entre otras iniciativas ha conducido a la creación de un sistema obligatorio para notificar los sucesos adversos y complicaciones derivadas de la asistencia sanitaria, gestionado por un organismo de reciente creación, la «*National Patient Safety Agency*».

Recientemente se ha suscitado en Europa la necesidad de conocer y cuantificar los efectos adversos, entendiendo como tales todo accidente que ha causado daño al paciente, ligado a las condiciones de la asistencia sanitaria y no al proceso nosológico de base. Se ha cuestionado la necesidad de ampliar esta definición a los incidentes (siempre ligados a condiciones de la asistencia) que al no haber provocado daño, son difíciles de identificar, sobre todo a través de la historia clínica. Han merecido particular interés aquellos efectos adversos que contribuyen a prolongar la estancia hospitalaria (por su repercusión en los costos), o a la aparición de secuelas que ocasionan algún tipo de discapacidad, ya sea temporal o definitiva, o incluso la muerte del paciente.

En España, el interés por la seguridad del paciente se manifiesta mediante una estrategia que el Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS) viene desarrollando des-

de 2005, y que incluye como objetivos.

- 1- Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria incluyendo la difusión de los proyectos desarrollados (entre ellos el estudio ENEAS), formación de los profesionales y promoción de la investigación.
- 2- Diseñar y establecer sistemas para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.
- 3- Promover la implementación de prácticas seguras en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud (SNS).
- 4- Facilitar la participación de pacientes y ciudadanos.

Esta estrategia, que está incluida en el Plan de Calidad para el SNS, tiene como elemento clave el contar con la colaboración de las Comunidades Autónomas, las Sociedades Científicas, Asociaciones de Pacientes y Consumidores y otras organizaciones interesadas.

Tomando como definición de EA el daño no intencionado provocado por un acto médico más que por el proceso nosológico en sí, se han realizado varios estudios con una metodología similar, mediante la revisión de historias clínicas. En un primer momento el personal de enfermería, mediante una guía, detectaba posibles alertas en pacientes que podían haber padecido un EA; posteriormente, en una segunda fase, esos pacientes detectados eran reevaluados por médicos para decidir si se trataba verdaderamente de un EA.

El estudio más importante de este tipo fue el que desarrolló en 1984 en Nueva York y se conoce como el Harvard Medical Practice Study (HMPS), que estimó una incidencia de EA de 3,7%. En el 70% de estos pacientes el suceso adverso condujo a discapacidades leves o transitorias, pero en el 3% de casos las discapacidades fueron permanentes y en el 14% de los pacientes contribuyeron a la muerte. El motivo de la revisión era principalmente establecer el grado de negligencia en la ocurrencia de estos EA y no tanto medir la posibilidad de prevención de los mismos. El EA más frecuentes fueron las reacciones a los medicamentos

(19%), seguido de las infecciones nosocomiales de la herida quirúrgica (14%) y las complicaciones técnicas (13%).

En 1.992, utilizando métodos similares a los del HMPS, un estudio en los Estados de Utah y Colorado encontró una incidencia anual de sucesos adversos del 2,9% en las 15.000 historias revisadas. Al igual que en el estudio de Harvard, los investigadores sólo informaron de un EA por cada paciente y, en el caso de que un paciente tenga más de un EA, sólo tienen en cuenta el que más discapacidad le produce. Además, como en el estudio anterior, no miden EA prevenibles y la perspectiva de revisión es médico-legal.

La tasa de sucesos adversos en ambos estudios contrasta con las encontradas en otros estudios que utilizan una metodología similar, aunque en éstos las motivaciones son diferentes: inferir políticas nacionales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria del país conociendo los errores, su gravedad y su importancia. Así en el Quality in Australian Health Care Study (QAHCS), estudio realizado en 28 hospitales del Sur de Australia y de Nueva Gales del Sur, se encontró una tasa de EA del 16,6%, siendo un 51% de ellos prevenibles. Los sucesos altamente evitables se asociaron a los de mayor discapacidad.

Las razones que se podrían argumentar para explicar las diferencias obtenidas en las tasas entre los estudios de Nueva York y Australia, que son los estudios con las medidas de frecuencia más dispar (2,9% vs. 16,6%), podrían ser las siguientes:

- a- Diferente definición de EA: en el HMPS el EA sólo se consideraba una vez (se descubriese antes o durante la hospitalización a estudio), mientras que en el QAHCS el EA se incluía tantas veces como admisiones produjera durante un año.
- b- Los motivos de los estudios eran diferentes.
- c- Los dos estudios se hicieron según la información registrada en las historias médicas (estudios retrospectivos) pero no períodos de estudios bien distintos y con estilos de práctica clínica también diferentes.

En el estudio de Vincent et. al., realizado en dos hospitales de Londres, se obtuvo una incidencia de EA del 10,8%, en 1.014 pacientes hospitalizados entre 1.999 y 2.000, siendo prevenibles un 48% de los mismos. La especialidad con más EA fue cirugía general, con un porcentaje de pacientes con EA de 16,2%.

Otros estudios que se podrían destacar son los de Davis et. al., realizado en Nueva Zelanda en 1.995 y el de Baker et. al., en Canadá en 2.000, que obtuvieron unas tasas de EA de 12,9% y 7,5% respectivamente, siendo el servicio de cirugía el responsable de producir la mayoría de EA.

En España, el Proyecto IDEA (Identificación de Eventos Adversos), constituye el primer estudio de cohortes diseñado para conocer la incidencia de efectos adversos en servicios quirúrgicos, médicos y médico-quirúrgicos de 8 hospitales de cinco comunidades autónomas diferentes. Pretendía analizar las características del paciente y las de asistencia que se asocian a la aparición de efectos adversos, así como estimar el impacto de los efectos adversos en la asistencia, distinguiendo los evitables de los que no lo son. Este proyecto fue financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias del SNS español, y constituyó un excelente banco de pruebas para el Estudio Nacional sobre Efectos Adversos (ENEAS), promovido por el MSPS. El modelo teórico del Proyecto IDEA trata de ser explicativo y evidencia que la barrera que separa los efectos adversos evitables de los que no lo son es tenue, de tal modo que es difícil de diferenciar los EA ligados a la asistencia sanitaria de aquellos que vienen condicionados por las características, comorbilidad y/o factores de riesgo intrínsecos del paciente.

En el ENAS se estimó la incidencia de pacientes con EA relacionados directamente con la asistencia hospitalaria (excluidos los de atención primaria, consultas externas y ocasionados en otro hospital) en un 8,4%. La incidencia de pacientes con EA relacionados con la asistencia sanitaria fue un 9,3%. La densidad de incidencia fue de 14 EA por cada 1.000 días estancia-paciente. La densidad de incidencia de EA moderados o graves fue de 7,3 EA por cada 1000 días de estancia. El 42,8% de los EA se consideró evitable.

Entre los estudios de carácter prospectivo se destaca el de Andrews desarrollado en un hospital de Chicago (en dos unidades de crítico y una unidad de Cirugía General) entre 1.989 y 1.990 con 1.047 pacientes, en el que cuatro investigadores entrenados previamente recogieron diariamente datos de EA de las tres unidades, registrando una descripción del EA, quién lo había identificado, cuál podía haber sido la causa, efectos en el paciente, posibles daños y si había habido algún tipo de respuesta al EA. Estos investigadores no preguntaban nada a los profesionales ni emitían juicios médicos, pero estaban con ellos en todas las reuniones de equipo y sesiones que realizaban. Obtuvieron que el 45,8% de los pacientes presentaba algún EA, siendo grave en el 17,7% de los pacientes. Hay que tener en cuenta que se ha puesto de

manifiesto que las sesiones de morbimortalidad y las sesiones clínicas sólo recogen una parte menor de los EA ocurridos, por lo que no son demasiados útiles como control interno de la seguridad del paciente.

También merece consideración el estudio de Healey, realizado en Vermont entre 2.000 y 2.001 sobre 4.743 pacientes que fueron seguidos de una manera prospectiva; halló un 31,5% de EA (48,6% de ellos prevenibles). Las tasas de EA fueron de 4 a 6 veces más altas que las del estudio Harvard, lo que puede explicarse por lo siguiente:

- a- Los dos estudios (Harvard y Utah y Colorado) no eran exclusivos de paciente quirúrgicos.
- b- En ambos estudios se utiliza una definición más estricta para las complicaciones, de manera que su definición de EA corresponde a



# 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)

- la de complicaciones mayores de este estudio (ignora las complicaciones menores).
- c- En los de Harvard y Utah sólo se analizaba la tasa de complicaciones del paciente en vez de la tasa de complicaciones total.
  - d- El estudio estaba integrado dentro de la política del hospital que proporcionaba una cultura de mejora de la calidad continua, facilitaba el desarrollo de propuestas de mejora de la calidad y proporcionaba un forum para la formación médica continua que asegurase una óptima calidad en la atención sanitaria.

El último estudio prospectivo publicado es el estudio nacional francés. En él se estudiaron 35.234 estancias en 8.754 pacientes en 71 hospitales, encontrándose una densidad de incidencia de 6,6 EA por cada 1.000 estancias, siendo el 35% de ellos evitables. El período de seguimiento fue de 7 días, por lo que los pacientes que ya estaban ingresados cuando empezó la recogida de datos presentaron una densidad de incidencia mayor que los que se fueron de alta antes de que finalizara, mostrando así el papel que juega la estancia hospitalaria en la génesis de los EA.

Solamente se han identificado tres estudios de corte de prevalencia de EA. En el primero, el objetivo era comparar la eficacia de distintos métodos para el abordaje de los EA y encontró una prevalencia de 9,8% en 778 pacientes. El segundo es un trabajo específico en un servicio de medicina interna de un hospital de España, que utiliza una metodología poco estandarizada y encuentra un 41% en 129 pacientes. El tercero se realiza en un hospital de enfermedades respiratorias, y si bien habla de prevalencia, utiliza la misma metodología que el estudio Harvard. Se trata por tanto de un estudio con seguimiento, mas próximo a los estudios de incidencia, y se encuentra un 9,1% de EA. De ello se deduce que es razonable esperar una prevalencia próxima al 10%.

En el estudio IBEAS se analizan todos los pacientes hospitalizados durante una semana (revisando cada cama una sola vez, una estancia para cada paciente). Se estudia la hospitalización completa al alta de aquellos pacientes que presentaron EA (registrándose

la duración de la hospitalización de los pacientes sin EA, sólo fecha de ingreso y fecha de alta). Esta estrategia permite estudiar el impacto del EA salvando las particularidades del diseño. Por otra parte, si se repitiera en el tiempo (una vez al año, por ejemplo), el estudio se convertiría en sistemático de la prevalencia de EA y se transformaría en una herramienta adecuada para el seguimiento y la evaluación de mejora de la calidad y de la seguridad.

Para avanzar en la Seguridad del Paciente es necesario poner en marcha mecanismos que permitan la identificación de errores humanos y fallos de sistema desde dos aspectos distintos. En primer lugar desde el punto de vista político, desarrollando políticas que incidan en el carácter preventivo y no punitivo de la identificación de efectos adversos. En segundo lugar a nivel local-hospitalario mediante el desarrollo de programas de gestión de riesgos y la inclusión de tecnología adecuada que permita detectar los problemas e implementar las soluciones.

El estudio IBEAS aspira a convertirse en un sistema de vigilancia (al repetirlo con la misma metodología al menos una vez al año) que permita valorar la evolución temporal de la prevalencia de EA en los hospitales de Latinoamérica, con el fin de conocer la epidemiología de EA en la región y a nivel local en cada hospital, lo que facilitará desarrollar estrategias y mecanismos de prevención para evitarlos, o al menos minimizarlos. De manera específica se pretende determinar la prevalencia de EA y caracterizar los efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, distinguiendo los evitables de los que no lo son.

Este estudio es fruto de la colaboración entre la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y los países México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia, que expresaron su deseo de conocer la frecuencia de EA en sus hospitales siguiendo los pasos del estudio ENAS, para orientar las políticas estratégicas de la mejora de seguridad de los pacientes que venían desarrollando.



Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales, y Otros  
Establecimientos de la Provincia de Buenos Aires



INSTITUTO  
SUPERIOR  
EN SALUD  
FECLIBA

*Más de 50 años sirviendo a la comunidad*

# Abierta la Inscripción



## Enfermería Profesional

## Administración en Salud

Especializado en Facturación

Tecnicatura con Articulación Universitaria

Instituto Superior en Salud DIPREGEP 6.269

**Títulos  
Oficiales**

Calle 7 N°532 e/42 y 43 TE 412-9100

Inscripción Lunes a Viernes 8.00 a 16.00 Horas

# 1<sup>er</sup> Curso de Capacitación en Evaluación y Gestión

## de las Instituciones Financiadoras de la Salud



**Organizado por el Centro INUS de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, 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), culminó el pasado 1° de septiembre el Primer Curso de Capacitación en Evaluación y Gestión de las Instituciones Financiadoras de la Salud realizado en el Salón Auditorio de la FEMECON.**

La presente propuesta de capacitación de evaluadores de INSTITUCIONES DE FINANCIACION DE LA SALUD se realizó con el fin de apoyar los procesos de equidad, calidad y eficiencia en la financiación de la salud.

A su vez, se consideró esta actividad como un apoyo fundamental para que las instituciones representadas por los participantes de esta actividad de capacitación pudieran desarrollar e implementar programas de autoevaluación y mejora de la calidad y en una segunda instancia estuvieran en condiciones de participar en programas de acreditación.

**Las autoridades del mismo fueron:**

**Director:** Prof. Dr. José María Paganini, **Coordinadores:** Dr. Héctor Ralli, Dr. Roberto Scarsi, Dr. Marcelo Suárez

**Los propósitos fueron:**

- Formar un equipo de profesionales para apoyar las actividades de evaluación externa, autoevaluación, acreditación y mejora de la calidad en instituciones de financiación de la salud.
- Integrar un equipo de trabajo con capacidad de liderazgo y las habilidades requeridas para la efectiva implementación de programas de autoevaluación, acreditación y apoyo a la calidad y su relación con los prestadores de salud.
- Revisar dentro del proceso educacional, las estrategias de autoevaluación y acreditación.

**Al finalizar el curso los participantes quedaron capacitados para:**

- Conocer e interpretar la evolución de la evaluación de la calidad en el mundo y en Latinoamérica y la relación con la financiación de la salud.
- Las distintas formas de financiación de la salud.
- Conocer y aplicar el desarrollo conceptual, las

- definiciones y los instrumentos para la evaluación de calidad y eficiencia.
- Diferenciar los contenidos y estrategias de la auditoría médica, evaluación interna y externa, la acreditación y la autoevaluación.
- Conocer y aplicar las definiciones de indicadores, estándares y normas de calidad.
- Analizar las instituciones en sus estructuras, procesos y resultados.
- Diseñar y elaborar un plan estratégico para la calidad.
- Asumir una actitud de diálogo que permitan el trabajo de asesoría y su aplicación por los responsables institucional
- Valorar los esfuerzos institucionales para la calidad potenciando los mismos en beneficio de la población y los pacientes.

**Los destinatarios del curso fueron:**

Profesionales universitarios con interés en el área de salud, la financiación de la salud, atención de la salud, evaluación de servicios, acreditación, administración hospitalaria y planificación de salud.

**La modalidad didáctica consistió en:**

- Modalidad semipresencial con actividad no presencial entre los encuentros.

- En base a un cronograma de 5 encuentros. **Los días Miércoles:** 4, 11, 18 y 25 de agosto y 1 de septiembre de 10 a 18 hs.

**Los contenidos educacionales fueron:**

- Calidad de la atención médica.
- Aplicación de estos conceptos a la financiación de la salud.
- El proceso de autoevaluación y acreditación en los subsistemas:
- Historias Clínicas.
- Infección Hospitalaria.
- Plan estratégico de calidad.
- Manejo del Manual de Autoevaluación.

Las personas que asistieron al Curso y aprobaron la actividad no presencial y la evaluación final fueron:

Med.	Mandrilli	Ricardo
Med.	Alonso	Alberto
Med.	Marani	Alberto Babil
Med.	Villafañe	Guillermo
Lic.	Nicolaci	Myriam
Cdr	Raulera	Flavio Darío
Lic.	García	Gustavo
Lic.	Tapella.	Fernando Damián
Lic.	Serrichio	Josefina



**FABA**  
Federación Bioquímica de la  
Provincia de Buenos Aires

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

●

**Porque primero es la Salud**

**“SOMOS PRIMEROS EN CALIDAD”**

# Lanzamiento de un programa conjunto



El Instituto de Médico Asistencial (IOMA) lanzó el Programa de Prevención de Cáncer Bucal junto con la Federación Odontológica de la Provincia de Bs.As (FOPBA), para lo cual se firmó un acuerdo entre ambas Instituciones. Dicho Programa, estará destinado a los afiliados de la Obra Social Provincial. Este innovador programa que tiene como lema «La detección precoz puede salvar vidas», es un proyecto que no tiene precedentes en el Sistema Sanitario de América Latina. Esta nueva prestación permitirá la detección temprana de lesiones precancerosas y de sintomatología vinculada con el HIV, además de permitir el tratamiento de aquellos casos en que la patología ya se encuentra en estado más avanzado. Para ello, la FOPBA capacitó a 150 profesionales que conforman una red integrada con el resto de los odontólogos, vinculados con la capacitación específica realizada y con la apuesta a la calidad en la prestación, para asistir a los 1.700.000 afiliados al IOMA, quienes podrán acceder a toda la información sobre esta enfermedad, a los consejos para realizar un auto-examen preventivo y al listado de prestadores ingresando a la página de IOMA o acercándose a la delegación mas próxima a su domicilio donde dispondrá de la folletería lanzada en el marco

---

**La Campaña de Prevención del Cáncer Bucal llega a los afiliados de la Obra Social Provincial. IOMA y FOPBA, unidos por la Prevención del Cáncer Bucal lanzan un Programa Conjunto.**

---

del programa; siendo así el IOMA la primera Obra Social que incluye entre sus prestaciones la consulta estomatológica con carácter preventivo. Una vez mas la FOPBA demuestra, en este caso junto al IOMA, que sigue trabajando para la Calidad de la Atención Médica.

## **La prevención del cáncer bucal**

Con respecto a la Campaña lanzada oficialmente el presidente del IOMA Dr. Antonio La Scaleia, explicó que tiene por objetivo «adelantarnos a la detección de estas patologías, porque son tratables, logrando que los afiliados incorporen a su vida cotidiana los métodos de autoexploración, en su cuidado y el de su familia. «La detección temprana permite un tratamiento exitoso», mientras que la tardía puede implicar cirugía, terapia radiante, quimioterapia o puede resultar fatal, con una sobrevivencia de 5 años para el 50% de los casos. Este pronóstico negativo se debe en parte, a la falta de identificación de los primeros síntomas de la enfermedad. Por eso es importante tener en cuenta estas señales: heridas que no cicatrizan en 10 días; manchas blancas, rojas, marrones o negras, que no se desprenden; desadaptación de prótesis; aumento de volumen en algún sector de la boca, pérdida espontánea de un diente, he-



morragias; dificultad para tragar, hablar, mover la lengua o abrir la boca, dolor en la lengua y aparición indolora de un ganglio en el cuello.

Una de las claves para entender la importancia de este programa, es que la detección temprana de esta enfermedad permite encarar una acción sanitaria más agresiva y eficaz para evitar su desarrollo.

El Dr. Rossi, Presidente de FOPBA, hace hincapié en la necesidad de tomar conciencia sobre esta enfermedad, y cabe destacar que el 4% de los tumores son bucales y en nuestro país, entre 2.000 y 3.000 personas se enferman cada año. La edad promedio de la enfermedad era de 55 años, pero últimamente aumentó sensiblemente el diagnóstico de la misma entre pacientes de entre 30 y 40 años, directamente relacionado con las prácticas de riesgo como el tabaquismo y el alcoholismo en la adolescencia, por lo que resulta de vital importancia la información y los planes preventivos».

*En la prevención de esta enfermedad el tiempo juega un rol fundamental y todos los esfuerzos valen la pena si podemos salvar una vida*

### **La importancia de este Programa**

El lanzamiento de esta iniciativa se produjo a 48 horas del Día de las Américas, en la Lucha contra el Cáncer Bucal y en vísperas de que se diera a conocer un plan de prevención de similares características en otros países de Latinoamérica, y que se oficializó una semana después en La Habana, Cuba.

«En la prevención de esta enfermedad el tiempo juega un rol fundamental y todos los esfuerzos valen la pena si podemos salvar una vida», concluye el Dr. Roberto Rossi, Presidente de FOPBA, quien calificó a este Programa como una «bisagra para la práctica odontológica», porque «cambia los patrones de atención, detección y registro».

Esto último será posible con la implementación de una ficha digital *on-line*, que permitirá llevar un control de las patologías cancerosas y precancerosas en el universo de la mayor Obra Social provincial de la Argentina.

EL Dr. Roberto Rossi agregó que nada de esto hubiera sido posible sin «la voluntad polí-

tica» para hacerlo y aseguró que el Programa no sólo permitirá detectar patologías cancerosas y precancerosas, sino también el HIV, «ya que las manifestaciones tempranas de esta enfermedad suelen presentarse en la boca».

### **Reconocimiento en el plano Internacional del nivel Prestacional en la Provincia de Buenos Aires**

La Pierre Fauchard Academy, Organización Dental Internacional de Honor, distinguió al Instituto de Obra Medico Asistencial, por su «labor en el mejoramiento de la Calidad Prestacional y Prevención Odontológica»

En un acto realizado en la Sede Central del Instituto, su Presidente Antonio La Scaleia, recibió el Premio de manos del titular de la FOPBA, Dr. Roberto Rossi, quien destacó que el Instituto es un ejemplo de cómo mejorar la «Calidad Prestacional». La Organización que premió a la Obra Social de los Bonaerenses desarrolla tareas filantrópicas de Salud Bucal en Zonas de Extrema pobreza,

apoya y fomenta la excelencia en la atención y es una de las entidades mundiales de reconocimiento a la labor Académica en la Profesión.

### **La Campaña, desde FOPBA para toda América Latina**

En el marco del II Congreso Internacional de Estomatología realizado en Cuba se determinó, por impulso de FOPBA, que el 5 de diciembre sea considerado como «Día de la lucha contra el cáncer bucal», en homenaje al natalicio del reconocido estomatólogo cubano, Dr. René Santana Garay.

En sintonía con este suceso y el importante reconocimiento que la Federación Odontológica Latinoamericana (FOLA) viene realizando con respecto a la Campaña de Prevención del Cáncer Bucal que está llevando a cabo la FOPBA, ha motivado que la Federación Odontológica de la Provincia de Buenos Aires, fuera declarada coordinadora e impulsora de esta misma Campaña en el resto de los países Latinoamericanos.

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

Organizadas por el Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en salud (CENAS) y la Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (CIDCAM)

---

BUENOS AIRES | ARGENTINA

18 de noviembre de 2010

Academia Nacional de Medicina, Salón Biblioteca

---

## PRESIDENTE HONORARIO

Académico Prof. Dr. Abraam Sonnis

## COMITÉ CIENTIFICO

Dr. García Roberto

Dr. Dominguez Julio

Sr. Larroca Norberto

Dr. Linares Juan Carlos

Dr. Mammoni Gustavo

Dr. Ochoa Jorge

Dr. Paganini José María

Dr. Rossi Roberto

Dr. Rumbo Horacio

Dr. Suárez Marcelo

Dr. Triaca Enrique

Dr. Vazzano Héctor

## COMITÉ ORGANIZADOR

Dr. Binaghi Pablo

Dr. Frascina Juan Carlos

Dra. Lescano Silvia

Dr. Miguel Oscar

Lic. Ortiz Roberto

Dr. Ralli Héctor

Dr. Scarsi Roberto

## PROGRAMA

**8.30 hs** Inscripción

---

**9.00 hs.** Palabras de bienvenida

Prof. Dr. José María Paganini. *Presidente del CENAS.*

Dr. Héctor Vazzano. *Presidente de CIDCAM.*

Intervención Especial. *Invitados de Instituciones Nacionales e Internacionales*

**9.30 a 10.00** Conferencia

**La Calidad en los hospitales de Colombia.**

*Asociación Colombiana de Hospitales.*

Dr. Astolfo Franco. *Centro Médico Imbanaco.*

Director del Programa de Seguridad del paciente de Colombia.

**10.00 a 10.30** Conferencia

**La Calidad en los hospitales de Bolivia.**

Dr. Javier Luna Orosco E. *Responsable del Área de Calidad y Auditoría en Salud. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia.*

**10.30 a 11.00 hs.** Conferencia

**Enfoque contemporáneo de la Calidad en Salud.**

Dr. Pablo Binaghi.

**11.00 a 11.15 hs.** Refrigerio

---

**11.15 a 12.30** Mesa de trabajo N° 1

**Ley 26.529. Derechos del paciente.**

*Presidente:* Dr. Roberto Dávila.

*Coordinador:* Dr. Rafael Acevedo.

*Panelistas:*

Dr. Alejandro Garis. *Clínica Colón. Mar del Plata.*

Dr. Alejandro Cano. *Clínica Pueyrredón. Mar del Plata.*

Dr. Juan de Jesus. *Diputado Provincial. Bs As.*

Dr. Jorge Fanjul. *FEMECON.*

Dr. Carlos Nill. *FEMEBA.*

**12.30 a 13.30 hs** Refrigerio

**13.30 a 14.45 hs** Mesa de trabajo N° 2

**Quirófano seguro.**

*Presidente:* Dr. Carlos Pesa.

*Coordinador:* Dr. Jorge Lloves.

*Panelistas:*

Dr. Juan Carlos Staltari. *Clínica Colón. Mar del Plata.*

Lic. Héctor Claverie. *Sanatorio Parque. Tucumán.*

Dr. Enrique Ortiz. *IPENSA. La Plata.*

**14.45 a 16.00 hs.** Mesa de trabajo N° 3

**Infección hospitalaria.**

*Presidente:* Dr. Gustavo Mammoni.

*Coordinador:* Dr. Héctor Ralli.

*Panelistas:*

Lic. Norma Reina. *Sanatorio Parque. Tucumán.*

Dra. Silvia Aquila. *Clínica 25 de Mayo. Mar del Plata.*

Prof. Dra. Silvia González Ayala. *Fac. Ciencias Médicas. UNLP.*

**16.00 a 16.15 hs** Mención Especial

**16.15 a 17.00 hs** Conferencia de cierre

**Presente y futuro de la calidad y la acreditación en salud.**

Prof. Dr. José María Paganini.

**17.00 hs.** Cierre de la Jornada

**Informes e Inscripción sin cargo:**

**CENAS:** Teléfono: 011 4372-5915 int. 107

Mail: [cenas@cenas.org.ar](mailto:cenas@cenas.org.ar)

**CIDCAM:** Teléfono: 0221-4235755.

Mail: [cidcam@cidcam.org.ar](mailto:cidcam@cidcam.org.ar)

**CUPOS LIMITADOS**



**FEMEBA**

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

Organizada en París

# XXVII Conferencia Internacional de la ISQUA



**El presidente del CENAS Dr. José M. Paganini participo de la 27 Conferencia organizada por la Sociedad Internacional para la Calidad en Salud que se realizo en Paris entre el 10 al 13 de Octubre**

Cabe destacar que esta reunión internacional constituye uno de los máximos eventos científicos a nivel mundial en donde se analizan las políticas y experiencias de las actividades en relación a la calidad de la atención de la salud.

Con la asistencia de unos 1200 representantes de alrededor de 50 países la Conferencia posibilito un intercambio de información sobre los temas de mayor interés, tales como la acreditación de establecimientos, los indicadores de evaluación, información de tec-

nología, seguridad del paciente, educación y formación de RRHH, participación del paciente entre otros.

En ese sentido las altas autoridades que expusieron como la Ministra de Salud de Francia, Roselyne Bachelot, de China Dr. Chen Zhu y el ex Secretario de Salud de Inglaterra Prof. Dr. Ara Darzi. afirmaron la necesidad de avanzar sobre la evaluación de la calidad y de los resultados obtenidos.

En lo que hace a las experiencias de acreditación y de autoevaluación presentadas el Dr Paganini tuvo la oportunidad de comprobar que las estrategias elaboradas y en ejecución tanto por el CENAS como CIDCAM están dentro de los cánones definidos a nivel internacional.

El material científico recopilado constituye así un importante aporte para los futuros desarrollos institucionales hacia la calidad y seguridad del paciente

# Renovación de los manuales de acreditación y de autoevaluación

En base a lineamientos internacionales que requieren una evaluación y actualización constante de sus estrategias de apoyo a la calidad, tanto el CENAS como la CIDCAM han decidido actualizar los contenidos de sus Manuales con el fin de incorporar las experiencias y las nuevas tendencias en la materia.

En el caso del CENAS el Manual ha incorporado nuevos estándares orientados a la seguridad del paciente siguiendo las normas de la OMS sobre quirófano seguro, a la humanización de la atención y lo derechos del paciente, al control de las infecciones hospitalarias, el desarrollo de los RRHH y los sistemas de información.

En el caso de la CIDCAM se ha puesto énfasis no solo en la asesoría para desarrollar y cumplir los estándares de acreditación requeridos por el CENAS sino también en el apoyo para definir y certificar procesos de gestión críticos que faciliten la posterior acreditación del establecimiento.



Nueva tapa del manual



**COLEGIO DE  
NUTRICIONISTAS**  
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Con aproximadamente 1750 Nutricionistas y Licenciados en Nutrición matriculados, el Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Buenos Aires es uno de los más nuevos colegios profesionales del país.

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

Si necesita ubicar en su región un Nutricionista o Licenciado en Nutrición colegiado, consulte el Mapa en [www.nutricionistaspba.org.ar](http://www.nutricionistaspba.org.ar)

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

# LISTADO DE ESTABLECIMIENTOS ACREDITADOS

**Clínica Privada Provincial S.A.** - Merlo - Bs.As - desde: 01/10/2009 - hasta: 01/08/2011

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

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

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

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

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

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

**Instituto Privado Clínico Quirúrgico de Diagnóstico y Tratamiento S.A. (IPENSA)** La Plata - desde: 01/09/2008 - hasta: 01/09/2010

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Clínica 25 De Mayo (OMASA)** Mar del Plata - desde: 21/12/2008 - hasta: 21/12/2010

**Clínica Privada Pueyrredón S.A** Mar del Plata - desde: 21/12/2008 - hasta: 21/12/2010

**Instituto Privado de Pediatría S.A.** Paraná, Entre Ríos - desde: 20/12/2008 - hasta: 20/12/2010

**Instituto Central de Medicina** La Plata - desde: 21/11/2008 - hasta: 21/11/2010

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

**Diagnóstico Maipú por Imágenes S.A.** San Isidro - desde: 01/06/2009 - hasta: 01/10/2012

**Diagnóstico Maipú por Imágenes S.A.** Vte. López - desde: 01/06/2009 - hasta: 01/10/2012

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Clínica Privada del Buen Pastor (CIIMO S.A.)** Del Mirador - desde: 06/04/2005 - hasta: 06/04/2007

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

## Listado de Establecimientos que han obtenido la Reacreditación

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

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

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

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

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

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

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

# Reunión en con el Sr. Presidente del IOMA

El día 6 de octubre pasado, tuvo lugar una reunión entre los Señores Presidentes del Instituto, Dr. Antonio La Scaleia y el Dr. Vazzano, en su calidad de titular de la CIDCAM y FECLIBA.

En el transcurso de la misma fueron abordados distintos temas que hacen a las relaciones interinstitucionales, particularmente a aspectos prestacionales vinculados a la Red de Prestadores de la Federación y de interés para la CIDCAM.

Entre ellos se destacaron los siguientes: Reconocimiento Especial para los Establecimientos Acreditados a través del CENAS atento lo así resuelto oportunamente por el IOMA y que a la fecha se encuentra pendiente de ejecución; Recategorización de los Servicios de Neonatología; Nuevo Convenio de Prótesis establecido por el Instituto; Altas de Prestadores y/o Servicios pendientes de resolución; Inclusión de prácticas de rutina que se facturan vía excepción al Nomenclador; Mortalidad Materno Infantil, trabajo que se está realizando en forma conjunta con el Mrio. de Salud de la Provincia de Bs.As.; Acreditación del Instituto; entre otros.

Por su parte el Señor Presidente del Instituto transmitió su inquietud sobre la alta tasa de cesáreas que se observa, por lo que petitionó trabajar mancomunadamente a nivel de los Prestadores que integran nuestra Red con el fin de disminuir las mismas, contando con nuestra anuencia para llevar adelante ello.



Dres. Antonio La Scaleia y el Dr. Héctor Vazzano

El Dr. Vazzano expresó una vez más el apoyo que desde FECLIBA como la CIDCAM vienen brindando a la gestión realizada por el Dr. La Scaleia, lo que fue explícitamente reconocido por el Presidente de la Obra Social.

Por último, compartieron los compromisos que las Entidades tienen en el marco de la capacitación del Recurso Humano, ante la nueva iniciativa del IOMA llevada adelante con el lanzamiento de su Instituto Superior en Educación IOMA -ISEI-, el que tuviera lugar el 5 de octubre ppdo., destinado a dar respuestas en salud, teniendo como eje al hombre, siendo éste el tema sobre el cual se viene trabajando desde hace más de diez años.



**Federación Odontológica**  
**de la Provincia de Buenos Aires**

# Establecimientos que recibieron el Certificado V

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

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

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

## Convenios individuales

Clínica Güemes
Clínica Pueyrredón
CRIA SRL. de La Plata.
Instituto Médico Platense.
Sanatorio Medico Los Tilos. (ex Clínica Privada de Medicina Integral de La Plata)
Instituto de Diagnóstico de La Plata.
Clínica Privada Provincial Merlo
Hospital Español de La Plata.
Clínica Estrada de Remedios de Escalada.
Sanatorio Argentino de La Plata.
Instituto Médico Modelo - San Fcjo Solano
Sanatorio Chacabuco

**FEMECON**

**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**