

Adecra+Cedim

Feliz

2018

#6 DICIEMBRE 2017 ISSN 16691245



Crecimos junto a vos, acompañándote en cada momento de tu vida.

0800 444 6773

Línea gratuita de atención
al Beneficiario

ospesalud.com.ar

Av. Leandro N. Alem 690 1er. piso (C1001AAO)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

 /OSPeOficial

 /OSPeOficial

 /OSPeOficial



“Los convoco a continuar siendo parte de esta historia, no como meros espectadores sino como gestores de cambios, con ideas renovadoras aplicadas con pasión, que es el motor de la vida”.



DR. JORGE CARRASCOSA

Presidente de Cedim

LA PASIÓN DE LOS CAMBIOS

.....

Son muchos los deseos que auguramos en las fiestas de fin de año. Los que integramos Adecra-Cedim coincidimos en la premisa de generar un cambio en 2018. Esta transformación ya se viene dando, día tras día, a través de la fructífera labor de la Comisión Directiva y de las distintas comisiones de trabajo. Basta hacer un somero repaso por lo actuado en cada una de ellas para valorar el esfuerzo realizado. Es una tarea silenciosa, sin aspavientos, pero que también rinde sus frutos.

Lo que necesitaremos para el nuevo año es un compromiso renovado de nuestros asociados, y que se sumen con voluntad, aportando ideas y colaborando para sacar al sector prestador adelante. Bien podemos afirmar que, en esta travesía que hemos emprendido juntos, el timón lo lleva Adecra-Cedim pero ningún viaje llegaría a buen puerto sin el concurso de toda la tripulación.

Las décadas de historia en la defensa del sector prestador que exhibimos con orgullo es nuestro mejor aval para continuar trabajando juntos, fortaleciendo la unión entre los asociados.

Los convoco a continuar siendo parte de esta historia, no como meros espectadores sino como gestores de cambios, con ideas renovadoras aplicadas con pasión, que es el motor de la vida.



**#6 DIC.
2017**

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN
DE CLÍNICAS, SANATORIOS Y
HOSPITALES PRIVADOS DE LA
REPÚBLICA ARGENTINA

01 // EDITORIAL

LA PASIÓN DE LOS CAMBIOS

04 // INSTITUCIONAL

NUESTRAS GESTIONES DIARIAS

08 // ACTUALIDAD

REDUCIR LOS DAÑOS CAUSADOS POR LOS
MEDICAMENTOS: EL TERCER RETO MUNDIAL POR LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE

12 // ACTUALIDAD

MALA PRAXIS: LOS INDIVIDUOS Y EL SISTEMA

24 // ENTREVISTA

MIGUEL LARGUIA, PRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN
NEONATOLÓGICA MIGUEL LARGUIA Y EX JEFE
DE NEONATOLOGÍA DE LA MATERNIDAD "RAMÓN
SARDÁ"

34 // ACTUALIDAD

IMPACTO DE LOS EVENTOS ADVERSOS Y EL ERROR
EN MEDICINA EN LOS RECLAMOS POR
RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

40 // INSTITUCIONAL

CENA ANUAL DE ADECRA-CEDIM

44 // PANORAMA

49 // ENTIDADES ADHERIDAS

STAFF COMISIÓN DIRECTIVA - ADECRA

Presidentes Honorarios:
Dr. Francisco José Díaz
Mevaterapia - CABA

Dr. Ángel Gilardoni
Sanatorio Corporación
Médica
Gral. San Martín - GBA

Presidente:
Cp. Jorge Pedro Cherro
Sanatorio Corporación
Médica Gral. San Martín
- GBA

Vicepresidente:
Dr. Mario Tourn
Grupo Gamma - Santa Fe

Secretario:
Dr. Héctor Santander
Casa San Juan de Dios
- GBA

Tesorero:
Ing. Bibiana Rodríguez
Cáceres
Clínica Bessone - GBA

Pro Secretario:
Dr. Eusebio Zabalúa
Instituto de
Otorrinolaringología -
CABA

Pro Tesorero:
Ing. Andrés Kessen
Instituto I.C.B.A - CABA

Vocal Titular 1°:
Cp. Guillermo Lorenzo
I.A.D.T - CABA

Vocal Titular 2°:
Dr. Julio Domínguez
Clínica Espora - GBA

Vocal Titular 3°:
Dr. Salvador Scafidi
Policlínico Modelo
de Cipolletti - Río Negro

Vocal Suplente 1°:
Cp. Alfredo Antonio Arienti
Clínica Bazterrica - CABA

Vocal Suplente 2°:
Dr. Marcos Lozada
Sanatorio Allende - Córdoba

Vocal Suplente 3°:
Dr. Eduardo Mattera
Sanatorio Bernal - GBA

Vocal Suplente 4°:
Dr. Carlos Pesa
Sanatorio 9 de Julio - Tucumán

Revisor Titular de Ctas. 1°:
Sr. Ricardo Negro
Clínica Santa Catalina - CABA

Revisor Titular de Ctas. 2°:
Lic. Verónica Degrossi
Sanatorio Modelo
de Quilmes - GBA

Revisor Titular de Ctas. 3°:
Lic. Martín Lezama
Clínica y Maternidad Suizo
Argentina - CABA

**Revisor Titular de Ctas.
Suplente 1°**

Cp. Pablo Paltrinieri
Hospital Privado
de Córdoba - Córdoba

Gerencia General:
Cp. Silvia Monet

Director de la Revista:
Dr. Eusebio A. Zabalúa

Comité de Redacción:
Cp. Jorge Cherro
Dr. Francisco José Díaz
Dr. Ángel Gilardoni

Comunicación Inst.:
Chantal de La Bouillerie
Agustina Menéndez Behety

Dpto. de Economía:
Lic. Rocío Quiroga
Lic. Jorge Colina
Francisco Piegari

Dpto. de Legales:
Dr. Diego Rodríguez
Donnelly

Colaboradores:
Noemí Fernández
Alejandra Fuente
Leonardo Romano
Michelle Kowalewski

////////////////////

STAFF COMISIÓN DIRECTIVA - CEDIM Período 2014-2017

Presidente:
Dr. Jorge M. Carrascosa
Diagnóstico Maipú por
Imágenes S.A. - GBA

Vicepresidente:
Dr. Marcelo L. Kaufman
Investigaciones Médicas S.A. -
CABA

Secretaria:
Dra. Eva Ávila Montequín
IMAT S.A. - CABA

Tesorero:
Lic. Cesar Gotta
Diagnóstico Médico - CABA

Director Ejecutivo:
Dr. Mario E. Tourn
Instituto GAMMA S.A. - Santa Fe

Vocal Titulares:
Dr. Rolando Deragopyan
Centro Médico Deragopyan -
CABA
Dr. Daniel Bernardo Schere
Laboratorio Dr. Schere - CABA
Dr. Alberto San Miguel
TCBA S.A. - CABA
Dra. Graciela Melado
Megan - La Pampa
Dr. Luís García

Laboratorio Castelar - GBA
Vocales Suplentes:
Dr. Raúl Pissinis
Diag. Maipú por Imágenes - GBA
Lic. Hernán Rojas
Diagnóstico Rojas - CABA
Cp. Denis Bollati
Centro Privado TC Córdoba -
Córdoba
Cp. Leticia Falco
Imaxe - CABA
Ing. Rafael Aragón
Centro Médico Deragopyan - CABA

**Revisores de Cuentas
Titulares :**
Dr. CPN Rubén Kouleff
Fundación Científica del Sur - GBA
Lic. Patricia Vázquez Soria
VIDT Centro Médico S.A. - CABA
Lic. Diego Di Fonzo
Diagnóstico Médico - CABA

**Revisor de Cuentas
Suplentes:**
Cp. Fabián Novotny
Diag. Maipú por Imágenes S.A
- GBA
Dr. Hernán García del Río
Ardega S.A. - CABA

AÑO 10/ #6 / DIC. 2017

Adecra > Montevideo 451 Piso 10° - (C1019ABI) (C.A.B.A.)
Tel: (54 11) 4374-2526 Fax: (54 11) 4375-2070
www.adecra.org.ar - info@adecra.org.ar

COORDINACIÓN PERIODÍSTICA, EDICIÓN Y REALIZACIÓN GRÁFICA
Sofía Cavalli: (5411) 156-943-8634 - sfcavalli@gmail
Nimbo Diseño: (5411) 156-041-3930 - hola@nimbodg.com.ar

ANTES QUE ANTES

NUEVO EQUIPO ESPECIAL DE EMERGENCIAS MÉDICAS



PARA ASISTIR MÁS RÁPIDO CON LA CALIDAD Y CALIDEZ DE SIEMPRE

- **Atención inmediata de respuesta múltiple:**
Despacho simultáneo de UTIM y moto.
- **Garantizado por certificación ISO 9001:**
Para urgencias, emergencias médicas y traslados en ambulancias para obras sociales, prepagas, empresas y particulares.

La calidad es una actitud



www.acudiremergencias.com.ar
Almte. Francisco Seguí 1350 C.A.B.A.
Tel.: 011 4588 5555 | acudir@acudir.net

Adecra+Cedim

NUESTRAS GESTIONES DIARIAS

// COMISIONES DE TRABAJO Y DEPARTAMENTOS DE ADECRA-CEDIM

- Comisión de Directores Médicos
- Comisión de Enfermeros de Gestión
- Comisión de Recursos Humanos
- Comisión de Médicos Legistas
- Comisión de Directores Administrativos
- Comisión de Prestadores del INSSJP con Internación
- Comisión de Prestadores del INSSJP de Diagnóstico y Tratamiento
- Comisión de Salud Mental
- Comisión de Radioterapia
- Comisión de Medicina Nuclear
- Comisión de Clínicas de Rehabilitación
- Comisión de Prestadores Independientes
- Comisión de Establecimientos Ambulatorios

Estas comisiones de trabajo tienen como principal objetivo generar consenso sobre cuestiones que optimizan la gestión diaria. Algunas de ellas coordinan encuentros de forma mensual mientras que otras realizan reuniones frente a determinadas problemáticas o temáticas a tratar.

// DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS

Apuntamos a generar datos fidedignos que sustenten lo expuesto a la hora de negociar ante poderes públicos y organismos privados, tanto a nivel regional como nacional. Entre otros servicios, incluimos: Índice de Precios e Insumos para la Atención Médica, Encuesta de Compensaciones y Beneficios del Sector, análisis de aranceles y Encuesta de Satisfacción de Pacientes.

// DEPARTAMENTO LEGAL Y ANÁLISIS TRIBUTARIO

Brindamos asesoramiento jurídico a los asociados en

materia de derecho laboral individual y colectivo, empresarial, responsabilidad profesional y tributaria. También, en la interpretación y aplicación de los diferentes convenios laborales del sector y en resoluciones concernientes a habilitaciones, reglamentos, contratos, así como cuestiones de seguridad e higiene de las instituciones.

// DEPARTAMENTO DE COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL

Mantenemos un vínculo permanente con los medios para dar a conocer la realidad del sector y difundir los cursos y jornadas organizados por Adecra-Cedim.

Además, presentamos nuestras novedades en el sitio web **-www.adebra.org.ar-**, que ofrece material de consulta y dispone de una sección específica para el área de Recursos Humanos, en la que nuestros asociados pueden cargar sus búsquedas laborales y acceder a una base de datos con más de 1500 candidatos.

En nuestra página web, también es posible encontrar toda la información sobre las gestiones diarias de nuestros ámbitos de trabajo.

// DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN

Organizamos cursos y jornadas de capacitación en todo el país, a lo largo del año, con la colaboración de cada comisión de trabajo.

Asimismo, junto al Ministerio de Educación de la Ciudad de Buenos Aires, **confeccionamos** un Programa de Ayudante en Servicios de Salud, dirigido a alumnos de escuelas secundarias que se encuentren cursando el último año, con el objetivo de promover la vocación en la carrera de Enfermería y de vincular la educación con el mundo del trabajo.

Conformada por:





PREVENCIÓN QUE LIMITA
RIESGOS ECONÓMICOS

RC PRÁXIS MÉDICA

LA PÓLIZA ESTÁ DIRIGIDA A

Todos los sectores intervinientes en el sector de la salud:

- Médicos, Investigadores, Odontólogos, Psicólogos y otros Profesionales de la Salud independientes o asociados a Clínicas
- Centros de Policonsultorios
- Centros de Diagnóstico por Imágenes
- Clínicas, Sanatorios y Empresas de Emergencias Médicas
- Federaciones, Colegios y Círculos Médicos
- Empresas de Medicina Prepaga
- Obras Sociales
- Institutos y Cajas provinciales
- Gerenciadoras
- Laboratorios y Diagnóstico por Imágenes
- Programas de Investigaciones Clínicas
- Empresas de Internación Domiciliaria

COMO SIEMPRE

PRUDENCIA
Seguros



CHAU PLÁSTICO.

Tu credencial de siempre, ahora también en tu celular.
Descargá nuestra app y empezá a usar tu **Smart_Card**.



OMINT ⁵⁰
 años
 innovando

FOMENTAR LA
MOVILIDAD
PARA ACELERAR LA
RECUPERACIÓN



SISTEMA
PROGRESSA™

Hill-Rom

mobility is life



MOVILIDADPROGRESIVA@IRAOLA.COM - WWW.IRAOLA.COM

REDUCIR LOS DAÑOS CAUSADOS POR LOS MEDICAMENTOS: EL TERCER RETO MUNDIAL POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



POR: AZIZ SHEIKH, NEELAM DHINGRA-KUMAR, EDWARD KELLEY, MARIE PAULE KIENY Y LIAM J DONALDSON

Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2017

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha anunciado la puesta en marcha del tercer reto mundial por la seguridad del paciente, cuyo objetivo es, en cinco años, reducir en un 50 por ciento la carga mundial de efectos nocivos iatrógenos causados por los medicamentos. La OMS aspira a conseguir un alcance y un impacto mundiales, similares a los logrados en los dos anteriores retos mundiales: “Una atención más limpia es una atención más segura” y “La cirugía segura salva vidas”.

En este tercer reto, cuyo título es Medicación sin daños, se invita a los ministros de Salud a establecer planes nacionales que abarquen cuatro aspectos de la seguridad en el uso de los medicamentos: la participación de los pacientes y el público en general; los medicamentos como productos; la formación, capacitación y seguimiento de los profesionales sanitarios; y los sistemas y prácticas de la gestión de medicamentos. Además, la OMS debe utilizar su poder de convocatoria y de coordinación para impulsar una serie de medidas de alcance mundial relacionadas con la seguridad en el uso de los medicamentos.

En el presente artículo nos centramos en tres áreas prioritarias de la seguridad en el uso de los medicamentos que afectan en mayor grado a los pacientes, del mismo modo que la higiene de las manos y la lista de verificación de la seguridad de la cirugía se eligieron

como lemas principales en los dos primeros retos. Estas tres áreas son: las situaciones de alto riesgo, la polimedición y las transiciones asistenciales. En cada una de ellas se producen numerosos daños a los pacientes y, por tanto, su gestión adecuada podría reducir este riesgo.

Hay algunas clases de medicamentos que pueden causar reacciones adversas con mayor facilidad. Estas suelen ser las que tienen un índice terapéutico estrecho, lo cual significa que cometer un pequeño error de dosificación puede tener consecuencias catastróficas. Por ejemplo, el uso de warfarina como anticoagulante es una situación clínica de alto riesgo porque pueden producirse hemorragias cuando el índice internacional normalizado del paciente sea demasiado elevado, y trombosis cuando sea demasiado bajo.

La Comisión de Excelencia Clínica de Australia ha resumido las medicaciones de alto riesgo en el acrónimo «A PINCH»: antifecciosos; potasio y otros electrolitos; insulina; narcóticos y otros sedantes; quimioterápicos -“chemotherapeutic” en inglés- y otros inmunosupresores, y heparina y anticoagulantes. Sin embargo, esta clasificación no es exhaustiva; por ejemplo, hay otros medicamentos que conllevan riesgos para pacientes con enfermedades preexistentes, como la insuficiencia renal crónica.

Los investigadores se han centrado en determinadas clases de medicamentos importantes para elaborar intervenciones que reduzcan las lesiones causadas accidentalmente por su uso. En estas intervenciones se pueden utilizar soluciones para las que no se necesita mucha tecnología, como los diarios de medicación que deben rellenar los pacientes, o aprovechar las posibilidades de las tecnologías digitales, como los sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas vinculados con las historias clínicas electrónicas.

Hoy en día, muchos pacientes deben tomar varios medicamentos, habida cuenta del aumento de la longevidad, del mayor acceso a un número más amplio de opciones terapéuticas y de que, con frecuencia, padecen más de una enfermedad. Por esta razón, la probabilidad de que se produzcan interacciones farmacéuticas es más elevada. Por otro lado, los pacientes de edad avanzada pueden encontrar más dificultades para cumplir con pautas terapéuticas que son complejas, y ello podría conducir a errores en la toma de la medicación.

Se han realizado algunos avances para determinar cuáles son los antecedentes de tratamiento farmacológico y las combinaciones de fármacos particularmente problemáticos, con el fin de establecer distintos niveles de riesgo y también métodos para reducirlos, entre otros, la supresión de algunos medicamentos prescritos, como se ha hecho en Canadá y en Estados Unidos. Sin embargo, estas iniciativas solucionan solamente una parte del problema de la polimedicación.

La tercera área prioritaria es la reducción de los daños causados por los medicamentos durante las transiciones asistenciales. Cuando, al trasladar a un paciente, no se comunica eficazmente la información relativa a los medicamentos o los factores de riesgo subyacentes, se pueden producir errores relacionados con la medicación. Esto puede ocurrir en traslados entre centros de salud -por ejemplo, de un centro de atención primaria a un hospital- o entre unidades de un mismo centro -como entre servicios de consultas externas de neumología y de cardiología-.

Hay varias iniciativas encaminadas a mejorar la comunicación en estas transiciones: los procedimientos operativos normalizados para ayudar a conciliar la medicación, como el Proyecto «High 5s» de la OMS; el examen por el farmacéutico de la medicación que toman los pacientes en el ingreso y el alta hospitalarios; un resumen de la historia clínica que incluya los principales diag-

“Es necesario que las instancias decisorias y los responsables de las autoridades sanitarias concedan prioridad a la seguridad en el uso de los medicamentos”.

nósticos, alergias y medicamentos, y los sistemas que permiten compartir aplicaciones basadas en internet e historias clínicas electrónicas.

Estas tres prioridades del tercer reto mundial por la seguridad del paciente no se excluyen mutuamente, ya que muchos pacientes están expuestos al riesgo combinado de las reacciones adversas, la polimedicación y los errores en la comunicación. Los profesionales sanitarios deberían prestar especial atención a los pacientes que corren mayor riesgo de sufrir lesiones graves e, incluso, la muerte a causa de daños relacionados con el tratamiento farmacológico.

Para lograr mejoras en estas tres áreas es necesario que las instancias decisorias y los responsables de las autoridades sanitarias concedan prioridad a la seguridad en el uso de los medicamentos, tal y como hicieron en los dos primeros retos. Para ello, deben comprender claramente el contexto en que los medicamentos pueden perjudicar a los pacientes en una amplia gama de entornos asistenciales. Hay varias medidas de aplicación para prevenir estos daños: la educación y el empoderamiento de los pacientes y sus cuidadores, la elaboración de herramientas de ayuda a los profesionales sanitarios que trabajan en primera línea y el diseño de nuevos sistemas de atención de más flexibilidad y resistencia frente a los factores que predisponen al riesgo de que se produzcan errores relacionados con la medicación.

Fuentes:

Patient safety. WHO global patient safety challenge: medication without harm. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/> [consultado el 31 de mayo de 2017].

Una atención limpia es una atención más segura. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017. Disponible en: <http://www.who.int/gpsc/background/es/> [consultado el 31 de mayo de 2017].

La cirugía segura salva vidas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.



Usted **controla**
a sus pacientes...



¿y a Su Empresa?

*"Somos responsables de lo que hacemos
pero también de lo que omitimos hacer"*

Molière



Mg. Patricia D'Aste

ProSanitas hace eficiente la Estrategia porque conoce la complejidad de la gestión sanitaria. Somos líderes en implantación de Cuadro de Mando Integral en Argentina y con la misma solución tecnológica que usan los hospitales y empresas de salud de Brasil, México y Colombia, que acreditaron Joint Commission.



PROSANITAS BSC
INTELIGENCIA EN NEGOCIOS

- Cuadro de Mando Integral-BSC
- Planeamiento Estratégico
- Reingeniería de Procesos
- Recursos Humanos.



www.prosanitas.com.ar



info@prosanitas.com.ar



(54-11) 4648-3349



Su hospital cuida bien de sus pacientes.
Sólo faltaba alguien para cuidar bien de su hospital.

Garantizar la provisión continua de gases medicinales es fundamental, no sólo para construir relaciones de confianza sino, especialmente, para la preservación de la vida.

En Praxair contamos con una amplia gama de productos que cumplen los más altos estándares de calidad para cubrir las demandas más exigentes del ámbito de la salud, desde Gases Medicinales, Mezclas Medicinales y Mezclas para Difusión Pulmonar hasta Cilindros portátiles con válvula MedValve, Criopreservación, instalación de redes de Gases Medicinales y Oxigenoterapia domiciliaria.

Con un plantel humano altamente calificado y cumpliendo estándares mundiales en atención medicinal, con plantas certificadas en las normas ISO 14000:2004 e ISO 9001:2008 y habilitadas por ANMAT, ofrecemos el mejor respaldo a nuestros clientes.

En tecnología y servicio, Praxair marca la diferencia.

Centro de Atención al Cliente
0800 444 7729

 **PRAXAIR**

MALA PRAXIS: LOS INDIVIDUOS Y EL SISTEMA

El problema del mal desempeño crónico



POR: DR. FABIÁN VÍTOLO - NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS

Mucho se ha escrito en los últimos años sobre la mala praxis de los buenos médicos, que son legión. Profesionales competentes, responsables y humanos que, en algún momento de sus carreras, cometen errores que a ellos mismos les cuesta explicar y que causan muertes o daños graves. La psicología cognitiva y la ingeniería en factores humanos nos han enseñado que la mayoría de estos errores y daños son atribuibles a sistemas y procesos defectuosos. Este conocimiento llevó a la creación de la seguridad del paciente como disciplina, cuyo principal objetivo es el rediseño de estos sistemas para hacerlos más seguros.

Algunos daños, sin embargo, son el resultado de fallas atribuibles exclusivamente al mal desempeño repetido de algunos individuos donde, tal vez, la única falla sistémica sea la de permitir que continúen ejerciendo en condiciones que se transforman en un problema para pacientes, colegas e instituciones donde trabajan. Es sabido, desde

hace mucho tiempo, que un pequeñísimo grupo de médicos es el que concentra la mayoría de las quejas y de las demandas por mala praxis. A modo de ejemplo, el tres por ciento de los médicos australianos concentraría casi el 50 por ciento de todas las quejas, y el uno por ciento de los médicos norteamericanos el 32 por ciento de las demandas por mala praxis con necesidad de resarcir a las víctimas. **Si bien la satisfacción de los pacientes y los juicios por mala praxis no son los mejores indicadores para medir rendimiento, al menos, nos dan una aproximación a las características de los médicos “problema”.**

El insuficiente desempeño puede estar originado en estrés temporario y de corto plazo -problemas emocionales, sobrecarga de trabajo- o puede tener causas subyacentes, que son menos transitorias y más serias por naturaleza -falta de conocimientos, pobre desarrollo de las habilidades requeridas, declinación psicomotriz por la edad o enfermedades, adicción a drogas o alcohol, entre las principales-. Los médicos con problemas repetidos de desempeño son una ame-

naza seria para la seguridad de los pacientes la cual, a menudo, no es lo suficientemente reconocida ni abordada satisfactoriamente por la mayoría de las organizaciones de salud.

La falta de respuestas al problema de los médicos que acumulan errores, quejas y demandas demuestra el insuficiente compromiso de la comunidad médica a ser una profesión auto-regulada. El silencio impide intervenir tempranamente para mejorar la comunicación y calidad de atención brindada por nuestros colegas. Este silencio no les hace ningún bien a ellos y, mucho menos, a los futuros pacientes con los que estos médicos deberán interactuar.

// MAL DESEMPEÑO. ALGUNAS DEFINICIONES

Para facilitar la discusión sobre las deficiencias de desempeño que amenazan la seguridad del paciente, se deben definir, primeramente, algunos términos que se utilizan para categorizar la conducta profesional:

- Competencia profesional

Ha sido definida como “la utilización habitual y juiciosa de comunicación, conocimientos, habilidades técnicas, razonamiento clínico, emociones, valores y reflexión en la práctica diaria para el beneficio de las personas y de la comunidad a la que se atiende”. El Consejo de Acreditación de Educación Médica de Postgrado de los Estados Unidos y el American Board de Especialidades Médicas han dividido a la competencia en seis subgrupos definidos de competencias -“Six Core Competencies”- en distintas áreas, incluyendo aquellas que aplican a todos los médicos y otras que son específicas de cada especialidad.

Entre las competencias básicas que son comunes a todos destacan:

- La atención humana, apropiada y efectiva de los pacientes
- Los conocimientos médicos actualizados
- El aprendizaje basado en la práctica
- Las habilidades interpersonales y de comunicación
- El profesionalismo. Adherencia a los principios éticos de la profesión
- La práctica basada en sistemas. Conciencia y sensibilidad frente al contexto del sistema de salud en el que se desempeñan.

“Los médicos con problemas repetidos de desempeño son una amenaza seria para la seguridad de los pacientes, la cual, a menudo, no es lo suficientemente reconocida ni abordada satisfactoriamente por la mayoría de las organizaciones de salud”.

- Impericia

Falta de los conocimientos o habilidades técnicas esperadas para ese tipo de profesional.

- Imprudencia

El no tomar precauciones para evitar un riesgo o actuar en forma precipitada.

- Negligencia

Lo opuesto al sentido del deber.

- Mala praxis

Cuando se actúa con impericia, imprudencia, negligencia o inobservancia de los deberes.

- Problemas mentales y de conducta

Incluyen depresión, ansiedad, abuso de sustancias, desórdenes de la personalidad –por ejemplo, conducta anti-social- y conductas disruptivas con colegas, pacientes y subordinados. En el extremo se encuentran aquellos médicos que presentan cuadros psicopatológicos severos, como psicosis o conductas suicidas, aunque estos casos son raros.

- Médico disruptivo

El término ha sido aplicado a aquellos profesionales que exhiben conductas abusivas que interfieren con la atención del paciente o que, razonablemente, se espera que interfieran con el proceso de brindar una atención de calidad.

Algunos ejemplos de conductas disruptivas son los ataques de ira, el romper o lanzar objetos, los comentarios negativos sobre colegas, el mal trato al personal, los insultos

tos, el lenguaje vulgar y el acoso, entre otros. Las conductas intimidantes o abusivas aumentan la probabilidad de que los colegas, enfermeras y residentes que trabajan con ese médico cometan errores, generalmente porque tratan de evitar todo tipo de contacto con él, ya sea para pedir ayuda, clarificar órdenes o realizar sugerencias. Este tipo de conducta también puede desviar la atención de estos médicos del paciente, influyendo sobre su juicio clínico y desempeño. Cuando los pacientes son testigos de esas conductas, disminuye su confianza en los profesionales y la institución donde trabajan, desalentándolos a participar de su propia atención. Por lo tanto, **la conducta disruptiva habitual de muchos médicos no sólo amenaza la seguridad de los pacientes sino que tiene un efecto corrosivo sobre la moral del resto del equipo de salud que tiene que trabajar con ese médico.**

- Problemas de desempeño

Hace referencia y engloba a todos los tipos de deficiencias descritas, independientemente de su causa. Es el término que utilizaremos en el resto de este artículo.

// EXTENSIÓN DEL PROBLEMA

Todos los médicos sabemos que el desempeño inadecuado, ya sea en el terreno de la conducta como en el de la competencia profesional, es moneda corriente en algunos profesionales. Sin embargo, resulta muy difícil cuantificar la magnitud del problema y su impacto sobre la seguridad del paciente y la calidad de atención. Las sanciones disciplinarias de los colegios médicos o asociaciones profesionales son, como los juicios por mala praxis y las quejas, indicadores muy indirectos. Estos datos son muy difíciles de interpretar ya que los médicos pueden ser sancionados o demandados por una gran variedad de causas, muchas de ellas no vinculadas con el mal desempeño –por ejemplo, actividades fraudulentas con terceros pagadores-.

Los problemas de desempeño de los médicos deben ser vistos como síntomas de desórdenes subyacentes. Dentro de estos, se pueden incluir los problemas mentales y de conducta, el abuso de sustancias, la enfermedad física -incluyendo el deterioro cognitivo producido por la edad- y la imposibilidad de adquirir o mantener los conocimientos o habilidades que se requieren. Existen, a su vez, numerosos factores de estrés que contribuyen: sobrecarga de trabajo, problemas familiares, ambiente de trabajo disfuncional, excesiva presión de producción y ansiedad. Estos problemas, generalmente, se superponen. Por ejemplo, la

declinación en la competencia de un cirujano puede ser atribuida a una falta de actualización de conocimientos o habilidades y a una dependencia del alcohol; ambos problemas pueden ser, a su vez, el reflejo de una depresión severa que requiera tratamiento.

Los profesionales de la salud no son ajenos a los problemas de salud mental que afectan a la población general. La incidencia de desórdenes depresivos mayores en la población general a lo largo de su vida es del 16 por ciento. Esta tasa sería aún mayor en la población médica. En 2004, la revista *American Journal of Psychiatry* divulgó que los médicos varones son de una a cuatro veces más proclives a suicidarse, y las médicas, de dos a tres veces más tendientes a hacerlo que el resto de la población. Sin embargo, sólo uno de cada cinco médicos buscaría ayuda entre sus colegas en caso de desarrollar una enfermedad mental. Hay también estudios que relacionan la depresión de los médicos con errores. Los residentes de medicina que están deprimidos serían dos a seis veces más propensos a cometer errores en la medicación que los que no lo están, según un estudio publicado en *British Medical Journal* en 2008. Estos hallazgos sugieren que la salud mental de los médicos podría desempeñar un papel más significativo en la seguridad de los pacientes de lo que antes se sospechaba.

En Argentina, las condiciones de trabajo -multiempleo, bajos sueldos, sobrecarga de trabajo, violencia contra profesionales- acentuarían el problema. Según una encuesta realizada por Intramed, de la que participaron más de 15 mil pediatras de nuestro país, el 82 por ciento siente estrés excesivo y la razón principal resultó ser la elevada carga horaria. **La Argentina, junto con México y Colombia, encabezan el ranking de países con mayor cantidad de médicos que sufren burnout, una de las causas del mal desempeño crónico.**

El alcoholismo y la adicción a psicofármacos en la comunidad médica son otros temas sensibles de los que se habla muy poco. Se calcula que el porcentaje de médicos y enfermeras alcohólicos en los Estados Unidos rondaría entre el ocho y el 15 por ciento, siendo este último valor muy similar al de la población general, que es del 13,5 por ciento. La estimación de droga dependencia, según la Asociación Médica Americana, sería del uno al dos por ciento. Las especialidades más afectadas son las que tienen acceso más fácil a este tipo de fármacos: la anestesiología, la emergentología y la psiquiatría. El Medical Board de California estimó que el 18 por ciento de los médicos de su estado abusaban de alcohol o psicofármacos en algún momento de sus carreras.

Todavía faltan más datos para estimar la incidencia de conductas disruptivas en los hospitales y centros de salud. Encuestas realizadas a enfermeras indican que la gran mayoría ha sido testigo de episodios de este tipo, causados por entre el cuatro y cinco por ciento de los médicos de sus instituciones. Sin embargo, la validez de estos datos sería discutible por una baja tasa de respuestas.

Otras encuestas realizadas a ejecutivos del sector salud indican que el porcentaje de profesionales disruptivos iría del uno al cinco por ciento. Hickson y col. encontraron que el seis por ciento de los médicos había recibido más de 25 quejas de pacientes por este tema durante un período de seis años.

Lucian Leape, un estudioso de este tipo de conductas, estima que entre el tres y el cinco por ciento de los médicos tendría conductas disruptivas. Este problema ha llamado la atención de las asociaciones médicas y acreditadores. La Joint Commission, en un alerta publicado en julio de 2008, advierte: “Las conductas hostiles o intimidatorias entre profesionales del equipo de salud van mucho más allá de situaciones incómodas. Son una verdadera amenaza para la seguridad de los pacientes y la calidad de atención. Son conductas no profesionales que no deben ser toleradas”.

No hay, prácticamente, estudios acerca de la incidencia de enfermedades físicas entre los médicos y su impacto sobre el desempeño, pero sería razonable estimar que, al menos, el diez por ciento de los médicos deban restringir su práctica por varios meses o más, a consecuencia de alguna enfermedad que los incapacite -como diabetes, enfermedades cardíacas o procedimientos quirúrgicos-. Por otra parte, los médicos, como el resto de los mortales,

“La falta de respuestas al problema de los médicos que acumulan errores, quejas y demandas demuestra el insuficiente compromiso de la comunidad médica a ser una profesión auto-regulada”.

están sujetos al deterioro cognitivo con la edad pero la extensión de este problema no ha sido cuantificado.

De manera similar, poco se sabe acerca de la extensión de la falta de conocimientos y habilidades requeridas –discompetencias-. Un indicador podría ser el resultado de los exámenes de recertificación. En los Estados Unidos, el porcentaje de médicos que no aprueban el examen va del uno por ciento –pediatras- al 14 por ciento -medicina interna-. El 3,8 por ciento de los cirujanos y el 11 por ciento de los médicos de familia reprobarían sus exámenes de recertificación. Leape estima que, por lo menos, el diez por ciento de los médicos demostrarán deficiencias significativas en conocimiento o habilidades en algún punto de sus carreras.

Cuando todas estas condiciones -salud mental, dependencia a drogas o alcohol, conductas disruptivas, deterioro físico y discompetencias- son consideradas en conjunto, al menos un tercio de todos los médicos experimentarán, en algún punto de sus carreras, un período durante el cual tendrán alguna condición que los incapacite para ejercer la medicina de manera segura. Para un hospital con un personal de 100 mé-



“Según una encuesta realizada por Intramed, de la que participaron más de 15 mil pediatras de nuestro país, el 82 por ciento siente estrés excesivo y la razón principal resultó ser la elevada carga horaria. La Argentina, junto con México y Colombia, encabezan el ranking de países con mayor cantidad de médicos que sufren burnout, una de las causas de mal desempeño crónico”.

dicos, esto se traslada a un promedio de uno a dos médicos por año.

// EL CÓDIGO DE SILENCIO

Ni los médicos ni las instituciones parecen haber abordado los problemas de desempeño de manera adecuada. Son muy pocas las organizaciones de salud que monitorean sistemáticamente el desempeño de sus profesionales o que cuentan con programas formales para identificar a médicos con problemas. Los cuerpos colegiados que regulan la matrícula suelen conformarse con que el médico demuestre su asistencia a congresos y actividades educativas, y toman eso como evidencia del mantenimiento de competencia.

Este abordaje “blando” al monitoreo del accionar de los médicos contrasta marcadamente con lo que hacen otras profesiones, en las cuales el mal desempeño de sus matriculados puede afectar el bienestar público. Los pilotos comerciales, por ejemplo, deben someterse a exámenes psicofísicos y de competencia una vez por año.

A pesar de ser conscientes de que un colega tiene déficits en el terreno de la conducta o de las competencias, la mayoría de las veces los médicos prefieren mirar para otro lado en vez de confrontar el problema directamente. La independencia y la autonomía profesional son tan valoradas que los médicos son reacios a confrontar con un colega cuando perciben sus problemas.

En el caso de las conductas, la duda para actuar puede sobrevenir de la incertidumbre acerca de si puede hacerse algo para remediar la situación, asumiendo que las habilidades interpersonales son un componente fijo e inmodificable de la personalidad del colega que no se

puede cambiar. **Claramente, la mayoría de las profesiones médicas no considera que los problemas de comunicación o de relaciones interpersonales sean una amenaza a la seguridad y la calidad. Muchas veces, se tolera a médicos groseros e intimidantes pero con buenas habilidades técnicas:** “Ignore sus modales, lo que importa es que es un gran cirujano”. Los jefes de servicio, por otra parte, tampoco están adecuadamente entrenados para manejar a los médicos de pobre desempeño. Incluso a veces se mezclan situaciones financieras, porque ese médico puede ser una importante fuente de ingresos o de prestigio para el hospital.

Como resultado de todo esto, el manejo de estas situaciones es inconsistente, aleatorio y molesto para todas las partes involucradas. El ofrecimiento de ayuda suele ser rechazado. Si el desempeño inseguro amerita una sanción disciplinaria, quien lo hace se arriesga a contra cargos e, incluso, juicios por difamación, aún cuando la evidencia sea clara y se haya seguido el debido proceso.

Los hospitales, además, reciben muy poca ayuda de los reguladores y de quienes controlan la matrícula. Si bien estos organismos tienen procesos de acreditación y de disciplina formales, los detalles de la implementación de estos procesos son dejados en manos de los hospitales. Los tribunales de ética profesional, generalmente, actúan cuando reciben denuncias, y no definen a la prevención de daños como parte de sus responsabilidades.

El desafío, según Leape, es claro: “Necesitamos identificar a los médicos “problema” antes y abordar estos problemas de manera oportuna. Para hacerlo, requerimos de indicadores que permitan identificar mejor a aquellos médicos que necesitan ayuda y mejores programas para brindársela. Si bien los problemas de desempeño se dan en todos los ámbitos de atención, sugerimos que el mejor lugar para comenzar son los hospitales, donde ya existe un proceso de acreditación en marcha”.

// IDENTIFICACIÓN DE MÉDICOS CUYO DESEMPEÑO PONE EN PELIGRO A LOS PACIENTES

Lucian Leape y John Fromson, de la Escuela de Salud Pública de Harvard, proponen que el actual abordaje al problema del mal desempeño de los médicos -ad hoc, informal, reactivo-, sea reemplazado por un sistema de monitoreo formal, proactivo y de rutina, que utilice indicadores validados que se focalicen, estrictamente, en el desempeño clínico y la conducta. El objetivo sería la identificación temprana de los médicos con problemas antes

de que pongan en peligro la seguridad de los pacientes. Este sistema debería tener tres características esenciales:

En primer lugar, debería ser objetivo. Una de las críticas que se le hacen a los métodos actuales es que se basan en juicios subjetivos de la personalidad, de la motivación o del carácter, en vez de hacerlo sobre mediciones del desempeño. La solución consistiría en basar las evaluaciones en datos, como, por ejemplo, la evidencia de cumplimiento de estándares de desempeño -buenas prácticas, normas y procedimientos, entre otras-.

Segundo, el sistema debería ser justo. Para evitar que sea visto como estigmatizante o punitivo, todos los médicos deberían ser evaluados anualmente con los mismos indicadores. El proceso de evaluación debería ser claro, abierto, sin sesgos y cumplir con las regulaciones impuestas por el derecho laboral.

Tercero, el sistema debería dar respuestas. Cuando se identifica a médicos con problemas, los mismos deben ser abordados de manera rápida. Para algunos médicos, el feedback y el consejo interno pueden ser suficientes. Otros necesitarán una evaluación más exhaustiva y ser referidos a distintos programas para ayudarlos a corregir sus deficiencias y permitirles continuar ejerciendo la medicina, de ser posible.

// ¿QUÉ HACER? SOLUCIONES SISTÉMICAS A PROBLEMAS INDIVIDUALES

Rara vez existen soluciones simples a problemas complejos. Como vimos, el mal desempeño médico es multifactorial y su abordaje implica numerosos desafíos y preguntas. ¿Qué debe hacer el médico que es testigo frecuente del mal desempeño de un colega? ¿Se debe actuar a nivel local o la solución debe venir de los reguladores? ¿Se puede medir objetivamente el desempeño? Estos temas continúan siendo debatidos intensamente y generan polémica. Sin embargo, parece haber bastante coincidencia en la necesidad de finalizar el silencio, en el desarrollo de una mejor métrica para evaluar el desempeño, en la necesidad de actuar localmente y en el abordaje integral y sistémico del problema.

- Fin del silencio

La necesidad de dejar de hacer la vista gorda y enfrentar el problema es, tal vez, el desafío mayor. Existe entre los médicos un “espíritu de cuerpo” mal entendido, que determina que muchos profesionales no levanten la voz cuando son testigos de incompetencias o de conductas

irresponsables y poco profesionales por parte de colegas. Demasiado a menudo los médicos callan ante estas malas prácticas por la tradición que considera que criticar a los colegas no se condice con las reglas de la profesión. Esta conducta no es ética y resulta inaceptable. **La medicina es una profesión basada en el consenso de toda la sociedad de que siempre se colocarán primero los intereses del paciente por sobre cualquier otra consideración. En una cultura ética y de seguridad no hay lugar para proteger a los colegas a expensas de los pacientes.** Los equipos altamente efectivos tienen conciencia de la situación que atraviesa cada uno de sus miembros y se apoyan mutuamente. Una parte central de este apoyo es el feedback, el deseo de brindar, buscar y recibir información relacionada con el rendimiento de los miembros del equipo. **Cuando la seguridad del paciente se ve comprometida, los equipos deben apelar siempre por el paciente. Es ésa la mejor forma de proteger al colega, no encubriéndolo.**

- Desarrollo de parámetros objetivos para medir el desempeño

La competencia profesional del médico es una construcción compleja y, para adquirirla o mantenerla, se requiere la aplicación en la práctica diaria de conocimientos, habilidades, juicio clínico, emociones y valores en beneficio de los individuos y de la comunidad a la que se sirve. Los médicos necesitan tanto de las competencias clínicas -conocimientos y habilidades actualizadas-, como de competencias conductuales -adecuadas relaciones interpersonales, capacidad para comunicarse efectivamente, empatía, juicio, autoevaluación, etcétera-. El desempeño profesional dependerá del adecuado balance de estas competencias. Su aplicación práctica es también muy compleja y está claramente influenciada por los equipos, el sistema y el ambiente de trabajo.

La evaluación del desempeño de los individuos es necesaria en cualquier proceso de gerenciamiento de servicios o sistemas de salud. El problema radica en encontrar los mejores indicadores para evaluar las competencias profesionales de manera justa y objetiva.

La evaluación del desempeño de los médicos se ha focalizado, tradicionalmente, en la acreditación de competencias clínicas y no tanto en el análisis de las competencias de conducta. Los hospitales se encuentran relativamente bien equipados para medir cuantitativamente el desempeño clínico de los médicos basándose en los resultados de sus procedimientos y en las tasas de adherencia a proce-

sos de atención relacionados con la evidencia durante su práctica diaria. Para medir el conocimiento existen exámenes y para medir habilidades se utilizan indicadores tales como el número de procedimientos realizados, la tasa de complicaciones o de reinternación. Sin embargo, no existe un consenso generalizado acerca de cuál es la mejor manera de medir el desempeño clínico. Algunos autores de peso, como B.Landon, de Harvard, sostienen que es imposible. En su visión, existen todavía numerosas barreras técnicas que conspiran contra una evaluación justa y objetiva de las competencias clínicas individuales. Entre ellas, la falta de medidas basadas en la evidencia en la mayoría de las especialidades, la dificultad para definir el umbral de una atención aceptable, el tamaño de las muestras y el sesgo de la gravedad de los pacientes que se atienden. Según Landon, todavía se requiere de mucha investigación y desarrollo para tener indicadores validados.

Las competencias de conducta, como la capacidad para relacionarse con pacientes y compañeros de trabajo, la comunicación y el juicio son más difíciles de medir cuantitativamente.

Algunos autores proponen la combinación de distintos indicadores para identificar tempranamente a los médicos que necesitan ayuda. Hickson y col, por ejemplo, encontraron que el análisis de las quejas de los pacientes permitiría identificar a los médicos con problemas interpersonales y predecir la probabilidad de juicios por mala praxis. Encontraron que los médicos con cuatro o más quejas, seguidos en un período de seis años, tenían 16 veces más posibilidades de tener dos o más reclamos que los médicos sin quejas.

En los últimos años, va ganando consenso la denominada “Evaluación 360ª del desempeño médico”, también conocida como “multi-source feedback –MSF–” -retroalimentación de múltiples fuentes-. Su propósito consiste en brindar feedback al médico sobre conductas observables y desempeño desde múltiples perspectivas dentro de su marco de referencia. Su instrumentación consiste en el llenado de cuestionarios confidenciales por parte de pacientes, colegas y compañeros de trabajo no médicos.

Este feedback es comparado con la autoevaluación que el médico hace de sí mismo y con la media de los médicos con una actividad parecida. Puede ser entonces utilizado para modificar la propia conducta, mejorando, en consecuencia, el desempeño. Este sistema se encuentra bastante desarrollado en Canadá y en otros países como el National Health Service (NHS) británico.

Si bien puede servir a diferentes propósitos, la evaluación y el feedback 360º generalmente se utilizan en medicina con objetivos formativos y de autosuperación personal, y no tanto como un instrumento de recertificación o de disciplina. Varios estudios parecen confirmar la confiabilidad y validez de los instrumentos que se utilizan en la evaluación 360º del desempeño profesional, tanto para médicos generales como para especialistas, aunque todavía se discuten las condiciones que se requieren para que este sistema de evaluación funcione eficientemente.

Especial consideración debe tenerse con el estudio acerca de si corresponde la implementación de exámenes psicofísicos anuales y el testeo al azar del consumo de drogas entre el plantel profesional. Más controversial aún sería la factibilidad de realizar evaluaciones cognitivas de rutina para los médicos de avanzada edad.

En conclusión, todavía estamos a mitad de camino en el desarrollo de una métrica para medir el desempeño que tenga aceptación universal, requiriéndose mucha más investigación en este campo.

- La necesidad de actuar a nivel local

La responsabilidad última por garantizar la competencia y la conducta de los médicos recae en las instituciones donde éstos trabajan. Los colegas del servicio, sus jefes y directores se encuentran mejor posicionados que cualquier regulador externo para detectar a los médicos con problemas y brindarles su apoyo para que mejoren. Sin embargo, pese a estar en mejor posición, los hospitales carecen de los recursos necesarios para desarrollar los sistemas e indicadores que se requieren para la tarea de evaluación. Por eso, algunos autores consideran indispensable la participación de las autoridades que actualmente regulan la matrícula, la acreditación de especialidades y la recertificación. Serían entonces estos organismos los responsables de desarrollar los estándares e indicadores que permitan una evaluación periódica del desempeño de los médicos. Puede ser difícil la objetividad con compañeros que conocemos bien. Sin embargo, las ventajas de una intervención temprana superan con mucho estos inconvenientes.

- Hacia un abordaje integral

El modelo que proponen Leape y Fromson para empezar a abordar el problema consta de cuatro etapas: establecer estándares, requerir su cumplimiento, monitorear el desempeño y responder a las deficiencias.

Como primera medida, las instituciones deberían

adoptar estándares explícitos de conducta y de competencia. Idealmente, estos estándares deberían ser desarrollados a nivel nacional por las autoridades que regulan la matrícula, con la participación de asociaciones profesionales y de los colegios médicos. Los organismos encargados de la acreditación de profesionales e instituciones tendrían que participar en la coordinación de estos grupos. En el ínterin, los hospitales pueden desarrollar sus propios estándares -muchos ya los tienen-. Los estándares deberían abordar todos los aspectos de la conducta profesional. Por ejemplo, en el área de la conducta, un estándar sería: “Todos los pacientes y el personal serán tratados con respeto”.

Segundo, todos los médicos deberían declarar que: a) han leído y comprendido los estándares; b) se hacen responsables de cumplir con los mismos; c) se notifican que la adherencia a estos estándares será monitoreada y d) comprenden que el incumplimiento repetido llevará a sanciones, pudiendo incluso ser despedidos.

Tercero, la adherencia a los estándares debería ser monitoreada anualmente mediante evaluaciones formales de todos los miembros del staff, utilizando indicadores validados y aceptados de competencia y conducta. Las mismas deberían incluir evaluaciones confidenciales de colegas y compañeros de trabajo y el análisis de las quejas de pacientes o de otros.

Cuarto, los resultados de la evaluación deberían ser brindados y discutidos con cada individuo -protegiendo la identidad de los colegas y trabajadores que opinaron-. Si se identifican deficiencias significativas, el jefe de Departamento debería ser el responsable de dar una respuesta pronta y apropiada al problema. Esta respuesta podría involucrar la supervisión y evaluación continua, o la derivación para una evaluación más profunda y eventual tratamiento. En aquellos casos en los que se perciba una amenaza inmediata para la seguridad de los pacientes, los jefes deberán actuar inmediatamente, limitando la práctica del profesional durante la evaluación y la rehabilitación.

Un elemento esencial del sistema propuesto es que todos y cada uno comprendan claramente cuál es su rol y su responsabilidad cuando se ha identificado un médico con problemas de desempeño. Desde el inicio, todas las partes involucradas saben quién es responsable de recolectar los datos, quiénes recibirán los reportes y qué acciones son requeridas por cada uno en cada nivel. Un sistema así generaría responsabilidades cruzadas entre todos los niveles: de los médicos con los jefes de

“La evaluación del desempeño de los individuos es necesaria en cualquier proceso de gerenciamiento de servicios o sistemas de salud. El problema radica en encontrar los mejores indicadores para evaluar las competencias profesionales de manera justa y objetiva”.

servicio, de los jefes de servicio con el resto del personal, del personal médico con las autoridades institucionales y de las autoridades institucionales con las autoridades sanitarias.

Finalmente, se debe disponer de programas especiales de evaluación y tratamiento de las causas subyacentes de mal desempeño: abuso de sustancias, problemas psiquiátricos o de conducta y discompetencias. Si un médico se niega a aceptar la capacitación, el tratamiento, la supervisión o las necesarias restricciones de prácticas, el caso debería ser derivado a las autoridades colegiadas y sanitarias correspondientes.

Leape y Fromson concluyen que un sistema efectivo de manejo de médicos con problemas de desempeño debe construirse sobre la base de que: 1) el desempeño subestándar pueda ser definido objetivamente; 2) se pueda monitorear rutinariamente a todos los médicos para detectar problemas de manera justa y temprana; 3) las respuestas a las deficiencias sean rápidas, constructivas y sostenidas en el tiempo. **El objetivo de largo plazo no es deshacerse de esos médicos sino permitirles continuar ejerciendo su práctica de manera efectiva y segura.** Si el sistema funciona bien, es decir, si los médicos con problemas de desempeño son detectados antes de que produzcan un daño serio, se podría esperar que las acciones punitivas disciplinarias de las autoridades disminuyeran.

- La respuesta ante el médico con problemas de desempeño

El desafío final consiste en utilizar los resultados de la evaluación para construir programas de recuperación exitosos para aquellos médicos con deficiencias en los planos del conocimiento, de las habilidades o de las conductas. Los obstáculos para avanzar en esta área son mayores. El primero de ellos es la falta de experiencia para supervisar estos programas. Si los médicos a quienes se invita a recapitarse -que ya estarán perdiendo

ingresos por no trabajar- tienen que hacerse cargo de los costos de los cursos, lo más probable es que no participen. Otro problema es la reticencia de los hospitales y de los colegas a guiar y supervisar voluntariamente las actividades de capacitación. Los jefes de servicio tampoco tienen, a nivel individual, la experiencia que se necesita para lidiar efectivamente con médicos que tienen problemas de desempeño. Sus respuestas, habitualmente, se limitan a hacer sumarios y pedir los descargos correspondientes, estableciendo, eventualmente, sanciones pero haciendo muy poco por la rehabilitación del profesional.

Las facultades de medicina y los hospitales universitarios deberían asumir un rol de liderazgo en el desarrollo de programas clínicos supervisados para los médicos con déficits recuperables de conocimientos o habilidades. Si se desarrollaran y coordinaran como una “mini-residencia”, estos programas de reentrenamiento podrían contribuir a la solución de muchos de los problemas planteados.

// CONCLUSIONES

Los desafíos del ejercicio de la medicina en nuestros días son tantos que los médicos, cada vez más presionados, pueden verse tentados a bajar sus cabezas y concentrarse sólo en su práctica, desentendiéndose de lo que hacen otros médicos de su servicio. Los distintos trabajos analizados destacan la gran oportunidad que tenemos para intervenir cuando un profesional acumula sistemáticamente quejas de pacientes y compañeros de trabajo. Estas quejas son verdaderos signos de alarma que requieren acciones por parte de los colegas y de las instituciones para que no se traduzcan en daño a los pacientes. Los problemas de desempeño de uno u otro tipo no son tan infrecuentes, y son una verdadera amenaza para la seguridad de la atención. Son todavía pocas las instituciones que gestionan estas situaciones rápidamente y bien. **Es hora de que la comunidad médica desarrolle mejores métodos para evaluar el desempeño y mejores programas para ayudar a los médicos deficientes.**

Adecra+Cedim



LÍDERES EN RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

BRINDAMOS UN SERVICIO DIFERENCIAL RESPALDADO POR SWISS MEDICAL GROUP

Nuestra División Servicios Médicos está compuesta por profesionales con amplia experiencia, dedicados a cuidar y entender las necesidades de nuestros asegurados.

Contrate su póliza y acceda a descuentos exclusivos en otros ramos.

PLAN MÉDICOS	
INTEGRAL DE COMERCIO (rubro médico)	20% DE DESCUENTO
SEGURO DE HOGAR	25% DE DESCUENTO
SEGURO AUTOMOTOR	15% DE DESCUENTO

Comuníquese con su Productor Asesor o envíenos un email a consultasmgseguros@swissmedical.com.ar





TRAUMATOLOGÍA INTEGRAL ACTIVA

Para que tu actividad
nunca se detenga.



CONTAMOS CON EL SERVICIO MÁS COMPLETO
EN EL SUR DEL GRAN BUENOS AIRES



- ✓ Atención activa
- ✓ Ortopedioprácticas
- ✓ Ingresos ambulatorios
- ✓ Rehabilitación
- ✓ Especialidades en miembros superior e inferior
- ✓ Medicina Deportiva
- ✓ Diagnósticos por imágenes
- ✓ Radioterapia con tecnología de vanguardia

Nuestros horarios:

QUERÓ - ROMA - JEFFÉ - OLIVA - OLIVÉ

PROBLEMAS MÉDICOS - SALUD, entre otros servicios más.

Av. Hipólito Bígoyan 4439 | Lanús | (011) 4224-0000

www.clinica-modelo-lanus.com



CLÍNICA
MODELO
LANÚS

Confiar en el Profesional tanto como en la Tecnología



En **Fresenius Medical Care** proporcionamos a los pacientes el mejor cuidado, con calidez, respeto y calidad, gracias a nuestro equipo de profesionales altamente especializados, a nuestra innovación permanente y a nuestros Centros de Diálisis equipados con la mejor tecnología de vanguardia.

Durante más de 30 años somos líderes mundiales en productos y servicios destinados a pacientes con insuficiencia renal crónica.

Por eso somos la compañía ideal para el paciente renal.

MIGUEL LARGUIA

PRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN NEONATOLÓGICA
MIGUEL LARGUIA Y EX JEFE DE NEONATOLOGÍA DE
LA MATERNIDAD "RAMÓN SARDÁ"

Modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia

“UN PARTO COMO EN EL HOGAR PERO EN EL HOSPITAL O SANATORIO”

Así es posible empezar a hablar, grosso modo, del modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF) -aprobado y apoyado por Unicef, la OPS y el Ministerio de Salud de la Nación- que, en palabras de su autor, Miguel Larguia, “tiene un enfoque de derechos” porque “pretende devolver a la familia lo que el progreso sanitario le quitó”. De esta forma, al frente de FunLarguia, y como ex jefe del servicio de Neonatología de la reconocida Maternidad “Ramón Sardá”, donde se gestó el modelo, Larguia contó a la Revista de Adecra que MSCF promueve la “institucionalización del parto”, con la debida atención médica hacia la mujer y el niño en los centros de salud, aunque recuperando la contención, la “seguridad”, la calidez y la libertad características de los antiguos partos domiciliarios. “Los verdaderos dueños de casa no son los médicos y agentes de salud sino la mujer con su hijo, antes y después del nacimiento, en el contexto de su familia y su comunidad”, defendió el neonatólogo y comentó, entre otras cuestiones, que el nuevo paradigma tiene una perspectiva “intercultural” y contempla los principios de la Ley de Parto Respetado, la Promoción de la Lactancia Materna y la Ley sobre Violencia de Género. Nacida en “La Sardá” y con la promoción esencial de FunLarguia, MSCF está siendo replicada en maternidades públicas e instituciones privadas de todo el país, que son invitadas a “adherir” al modelo, siguiendo un “compromiso de 10 pasos”. Adecra-Cedim ha sido una de las entidades firmantes.

MIGUEL LARGUIA

Egresó como médico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, con diploma de honor, y es pediatra neonatólogo, certificado por la Sociedad Argentina de Pediatría, la Academia Nacional de Medicina y la Asociación Médica Argentina.

Asimismo, es miembro de Número de la Academia Nacional de Medicina y miembro Honorario Nacional de la Sociedad Argentina de Pediatría.

El Dr. Miguel Larguia ha sido el jefe de División de Neonatología del Hospital Materno Infantil “Ramón Sardá” y ha ocupado la presidencia de la Asociación Argentina de Perinatología. Actualmente, preside la Fundación Neonatológica A. Miguel Larguia, desde su nacimiento, en 1986, que trabaja en la “mejora de los resultados de la asistencia de mujeres embarazadas y de sus hijos, antes y después de nacer, mediante la utilización de tecnologías apropiadas y en el marco de MSCF”.



Como hijo y nieto de médicos, Miguel Larguía lleva toda una vida dedicado a la medicina, específicamente, a la atención y el cuidado de la población más vulnerable: el recién nacido, en su etapa de formación y durante sus primeros meses de vida, cuando el vínculo único y “sagrado” entre la madre y el niño, acompañados de su familia, resulta clave, no sólo en cuanto al respeto de los derechos de ambos sino también en la salud futura del bebé. En este sentido, Larguía explicó que el objetivo central del modelo es “modificar la cultura organizacional” y trabajar en la “prevención del error a través de la investigación y no del ocultamiento,” para no caer en las prácticas no recomendadas, como la “cesárea innecesaria.” “Es clave que las instituciones adhieran a MSCF, ya que es la estrategia superadora al Parto Respetado,” señaló. Consultado por la Revista de Adecra, el especialista también opinó sobre la mortalidad infantil en Argentina: “El principal componente es el neonatal. Por eso, si se quiere bajar la tasa, es necesario mejorar a nivel neonatológico.”

// ¿QUÉ IMPLICA EL NUEVO PARADIGMA DE MATERNIDAD SEGURA Y CENTRADA EN LA FAMILIA (MSCF)? ¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES DERECHOS QUE GANAN EL RECIÉN NACIDO Y SU FAMILIA Y, EN SEGUNDO LUGAR, LA MEDICINA?

Este modelo tiene un enfoque de derechos. Históricamente, los nacimientos eran en las casas, donde las personas se sienten más seguras, rodeadas de seres queridos; los embarazos y partos normales eran aten-

didos en forma desmedicalizada: la mujer paría en la posición que quería y abrazaba al bebé, quien iniciaba por sí mismo la lactancia materna durante la primera hora y cuando lo demandara, sin horarios. Tampoco había áreas de secuestros.

Sin embargo, algunas mujeres y bebés se enfermaban y morían, con lo cual, el gran progreso sanitario fue la institucionalización del parto, ya que, actualmente, en Argentina, casi el 100 por ciento de los partos son en instituciones. Ahora bien, las personas no enferman ni mueren como en los partos domiciliarios pero les amputan el hogar y la familia, porque ambos “quedan afuera”, con lo cual, les han agregado los beneficios de la tecnología en la asistencia médica pero les han quitado los derechos previos. **Por eso, Maternidad Segura y Centrada en la Familia pretende devolver a la familia lo que le quitamos: los verdaderos dueños de casa no son los médicos y agentes de salud sino la mujer con su hijo, antes y después del nacimiento, en el contexto de su familia y su comunidad.**

// ¿POR QUÉ SE DICE, CONCRETAMENTE, QUE ES “SEGURA” Y “CENTRADA EN LA FAMILIA”?

Lo importante, en primer lugar, es modificar la cultura organizacional, porque los hospitales fueron diseñados para cuidar enfermos, y el embarazo y el parto no son una enfermedad aunque puedan dejar de ser normales y necesiten de la institución.

En segundo lugar, el concepto de **Seguridad hace referencia a la prevención del error de parte del médico**, que no implica ocultarlo, como se hacía antes, sino investigar por qué ocurrió para que no vuelva a suceder.

Por último, Centrada en la Familia tiene que ver con tres leyes: Ley de Parto Respetado (25.929), que protege los derechos de los padres en el nacimiento de sus hijos; Promoción de la Lactancia Materna -el ser alimentado por su madre, de forma exclusiva, durante los primeros seis meses, hace que luego el bebé tenga menos enfermedades alérgicas, autoinmunes e inflamatorias, y hoy aumenta cada vez más el asma, la diabetes y la obesidad, al haber cada vez menos lactancia de este tipo- y la Ley sobre Violencia de Género, que incluye la violencia obstétrica y reproductiva.

// ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE LAS MUJERES AMAMANTAN CADA VEZ MENOS DURANTE LOS PRIMEROS MESES DE VIDA DEL BEBÉ?

Porque no se cumple la ley que, en definitiva, es un derecho tanto para la mamá como para el bebé, prolongando la licencia por maternidad y paternidad, entre otras cosas.

// ENTONCES, ¿MSCF CONTEMPLA LOS PRINCIPIOS DE ESTAS TRES LEYES?

Es clave que las instituciones adhieran a MSCF, ya que es la estrategia superadora al Parto Respetado. Gradualmente, las mujeres van llegando a los centros de salud con un plan de parto, exigiendo que se respete esta ley, pero las instituciones que adhieran al nuevo programa cumplirán con mucho más que con el Parto Respetado.

Y hay un punto importante, respecto a la “cesárea innecesaria”, que también trabaja MSCF. La cesárea salva vidas de mujeres y chicos pero el porcentaje aceptado por la OMS es el 16 por ciento y, habitualmente, en instituciones privadas, hay 80 ó 90 por ciento de cesáreas.

Es mentira que la cesárea no duele; aumenta la mortalidad materna, es una cirugía mayor y separa al hijo de la madre. Además, existe una moda tremenda de hacer nacer al bebé antes de término, a pedido de la madre o a conveniencia del obstetra, que lleva luego al prematuro a terapia intensiva y a que el segundo parto de la mujer sea por cesárea por cesárea anterior.

Es por eso que las instituciones adheridas pueden

“Jamás debiéramos volver al parto domiciliario porque mueren muchas mujeres y niños por esta razón.”

trabajar bajo la lógica del MSCF ya que, si surge una complicación y se requiere la cesárea, el MSCF lo permite. Este programa apunta a respetar la comunicación, las intenciones de la madre, la presencia del acompañante y, si el obstetra considera que se debe realizar algún procedimiento, lo puede hacer sin ningún problema; no está prohibido hacer lo que se deba pero sólo si es necesario y queda aclarado en la historia clínica.

// A PESAR DE QUE EL MSCF APUNTA A PONER A LA FAMILIA EN EL CENTRO, HABLAR Y PENSAR EN TÉRMINOS DE ESTE MODELO NO ES VOLVER A LAS ÉPOCAS EN QUE LOS PARTOS SE REALIZABAN EN LAS CASAS, ¿NO?

Jamás debiéramos volver al parto domiciliario porque mueren muchas mujeres y niños por esta razón. En Holanda sí puede haber partos domiciliarios porque existe una estructura: hay ambulancias, en las puertas de los domicilios de las mujeres, que las pueden trasladar en caso de que el parto deje de ser normal pero aquí no están dadas las condiciones. **Por ende, debe-**



mos decir “no” al parto domiciliario y “sí” a un parto como en el hogar pero en el hospital o sanatorio. Para esto existen las “salas TPR -Trabajo de Parto por Recuperación-” en muchas maternidades, que tienen una ambientación hogareña y es donde la mujer puede elegir en qué posición parir y con quién.

// RESPECTO A LA LEY NACIONAL DE PARTO HUMANIZADO, UNO DE LOS TEMAS QUE VIENE TRABAJANDO LA COMISIÓN DE MÉDICOS LEGISTAS DE ADECRA, ¿HASTA DÓNDE PUEDEN Y DEBEN ACCEDER LAS INSTITUCIONES MÉDICAS A ESAS PRÁCTICAS?

El costo del Parto Humanizado es cero y la obstetra tiene que tomar el liderazgo. El recurso humano más calificado es la obstétrica. A su vez, el médico obstetra debe estar siempre disponible para actuar ante emergencias y en

embarazos de alto riesgo como, por ejemplo, un desprendimiento de placenta, un sufrimiento fetal, etcétera.

// LA MATERNIDAD “RAMÓN SARDÁ” FUE LA PRIMERA EN EL PAÍS EN IMPLEMENTAR ESTAS NUEVAS PRÁCTICAS, QUE USTED HA ENCABEZADO. ¿CÓMO SE FUE GESTANDO ESTE PROCESO “REVOLUCIONARIO”, QUE HA SIDO UN MODELO PARA EL RESTO DE LAS MATERNIDADES?

Este es un modelo aprobado por Unicef, la OPS, el Ministerio de Salud de la Nación, la Academia Nacional de Medicina y la Sociedad Argentina de Pediatría, es decir, por todas las sociedades científicas nacionales y organismos internacionales. De hecho, la OPS lo considera un “ejemplo de buena práctica”, que recomienda replicar.

MSCF nació en “La Sardá” porque muchas mamás empezaron a preguntar: “¿Por qué se llevan a mi bebé enseguida si está bien?” Y, realmente, no tiene sentido. Es posible medir y pesar al bebé unas horas después, sin ningún problema. Incluso, el niño nacido en término sano tiene que ser puesto piel a piel con su madre, en lo que se llama “la hora sagrada”, donde a la criatura se le pasa el miedo, no tiene frío porque es abrazado por su madre, reconoce los latidos y, sobre todo, se prende al pecho por sí misma e inicia la lactancia materna. Además, el cordón umbilical debe ser cortado solamente cuando deje de latir y no en el primer momento, ya que es importante que la sangre del bebé, que está en la placenta, vuelva a él, necesaria para que no tenga anemia por falta de hierro durante el primer año de vida.

Por eso, en la Maternidad Sardá, la madre come, vive y duerme allí, junto al niño.

// ¿EN QUÉ CONSISTE EL COMPROMISO DE “LOS 10 PASOS” QUE DEBE SEGUIR UNA MATERNIDAD CONVENCIONAL PARA SER ACREDITADA COMO “MATERNIDAD SEGURA Y CENTRADA EN LA FAMILIA”, FIRMADO TAMBIÉN POR ADECRA?

El primero de los ejes es “Cultura Organizacional”, que tiene que ver, como se mencionó, con que el programa es centrado en la familia y en la seguridad de la atención. El segundo es la “Protección de los Derechos”, de la madre, el padre y los hijos. El tercero está relacionado con la “Promoción de la Participación”, con que los dueños de casa deben tener una participación activa: ingreso irrestricto/permanencia continua al área de

ADECRA-CEDIM HA DICHO “SÍ” A MSCF



Adhesión al modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia por ADECRA

El modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF) representa un cambio de paradigma basado en un enfoque de derechos interculturales, en relación a la gestación y nacimiento de las personas en el contexto de sus grupos familiares y su comunidad.

El concepto de *seguridad* apunta a la detección del error, para generar un posterior análisis de la causa raíz de este error, y para elaborar, a partir de allí, protocolos y propuestas para su prevención. Este concepto es coherente con el de *calidad y mejora continua en la asistencia*.

A su vez, la noción de “*Centrado en la Familia*” se basa en el empoderamiento de la familia como estructura básica de la sociedad, y en el reconocimiento de las mujeres embarazadas y de sus hijos antes y después de nacer como los verdaderos dueños de casa en las instituciones con Maternidad.

Cabe destacar que este modelo está avalado por la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación y ministerios provinciales, y por la Academia Nacional de Medicina y Sociedades Científicas, así como también ha sido reconocido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como ejemplo de buenas prácticas, y está siendo replicado en las 100 principales Maternidades Públicas del país con el apoyo de Unicef.

Asimismo, el modelo de Maternidades Seguras Centradas en la Familia a través de sus ejes, Principios y 10 pasos ofrece las herramientas necesarias para el cumplimiento de la Ley 25.929 de parto respetado, recientemente reglamentada y por ende exigible.

Al considerar así el respeto por el criterio ético y moral de la medicina que este modelo busca afianzar, expresamos nuestra intención de adherirnos y cumplir con esta propuesta.

Ac. Miguel Langua

*Los pasos 6 y 7 referidos a las Residencias para Madres y al Voluntariado no son requisitos excluyentes para adherir al Modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia.

A través del documento de adhesión, Adecra convocó a sus asociados a unirse al modelo. Hasta el momento, el Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC), el Hospital Austral y los sanatorios Mater Dei, Anchorena, Finochietto y San Lucas son algunas de las instituciones que ya están cumpliendo con los “10 pasos hacia una Maternidad Segura y Centrada en la Familia”.

LOS 10 PASOS HACIA UNA MATERNIDAD SEGURA Y CENTRADA EN LA FAMILIA

- 1** Reconocer el concepto de Maternidades Seguras Centradas en la Familia como una política de la institución.
- 2** Brindar apoyo a la embarazada y a su familia durante el Control Prenatal (CPN).
- 3** Respetar las decisiones de las embarazadas y de su familia en el trabajo de parto y parto.
- 4** Priorizar la internación conjunta madre – hijo o hija sanas con la participación de la familia.
- 5** Facilitar la inclusión de la madre, el padre y el resto de la familia en la internación neonatal.
- 6** Contar con una Residencia para Madres (RM) que permita la permanencia junto con los recién nacidos internados.
- 7** Contar con un servicio de voluntariado hospitalario.
- 8** Organizar el seguimiento del recién nacido sano y, especialmente, del de riesgo, en consultorios externos especializados que prioricen la inclusión familiar.
- 9** Trabajar activamente en la promoción de la lactancia materna según las pautas de la iniciativa HAMN.
- 10** Recibir y brindar cooperación de y para otras instituciones, para la transformación en MSCF.

Neonatología; esto contempla que las enfermeras le enseñen a las madres, por ejemplo, a alimentar por sonda, para que se conviertan en auxiliares de enfermería y adopten un rol activo como madres.

Aparece, también, el concepto de la “Inclusión de la Familia”, con la visita de los hermanos, los abuelos, los tíos y amigos pero estas sí son visitas ordenadas, y son organizadas por Salud Mental, es decir, psicólogos, antropólogos y trabajadores sociales. Aquí lo que se realizan son juegos con los hermanos, a través de incubadoras y muñecos, para que ellos aprendan a hacer lo mismo que sus madres. Respecto a los abuelos, tratamos de explicarles que ellos vienen a ver a sus nietos recién nacidos pero, principalmente, a sus hijos, en condición de padres muy estresados.

Luego, el “Uso de Prácticas Efectivas”. En el mundo está demostrado qué prácticas son “buenas” y cuáles son “malas” y, aquí, se siguen desarrollando muchas de las malas. Por ejemplo, la episiotomía está indicada sólo para algunas mujeres y, acá, son realizadas a la mayoría de las mujeres, y el acompañante en sala de parto

es una de las prácticas recomendadas aunque no siempre ocurre.

// ¿POR QUÉ SE DICE QUE ESTA INICIATIVA TIENE UN “ENFOQUE INTERCULTURAL”?

El enfoque intercultural sostiene que no existe una cultura superior a otra sino que las culturas son muchas y coexisten. Por ello, es importante el respeto y la valoración de cada una, considerando sus diferencias. En lo que hace al enfoque perinatal, las diferencias más frecuentes se relacionan a posiciones al parir, el destino y entierro de la placenta, el baño en el postparto por temor al enfriamiento, entre otras.

El 40 por ciento de las mujeres que tienen sus hijos en la Maternidad Sardá, por ejemplo, son migrantes, mayoritariamente de Bolivia, Perú y Paraguay. Es necesario respetar sus costumbres. Para esto, los médicos deben despojarse de su omnipotencia y aceptar esto con mucha humildad.

// Y, ¿USTED CREE QUE ESTA RELACIÓN DE PO-

DER TAN DESIGUAL ENTRE MÉDICO Y PACIENTE, EN CUANTO AL ENFOQUE INTERCULTURAL, ESTÁ REVIRTIENDO POCO A POCO?

Va a revertir muy rápidamente porque las tres leyes, de Parto Respetado, Promoción de la Lactancia y Prevención de la Violencia, son tanto para el ámbito de la salud pública como privada, a las que Adecra y todas las instituciones deben adherir.

// ¿QUÉ NOS PUEDE CONTAR, EN ESTE SENTIDO, SOBRE EL MODELO DE ADHESIÓN AL QUE YA SE HA SUMADO ADECRA, PARA INCORPORAR, A SU VEZ, A LAS INSTITUCIONES ASOCIADAS?

Las leyes son resistidas y los avales crean compromisos legales pero la adhesión no implica un compromiso legal, y es por eso que Adecra invitó a todas las clínicas y sanatorios a adherir, para que traten de hacer todo lo que esté a su alcance para seguir las leyes de Parto Respetado y otras.

Existen guías de autoevaluación de los 10 pasos de MSCF, que permiten, a las instituciones, medir si están cumpliendo con este modelo y avanzar en esa dirección. También, hay evaluaciones externas, que se realizan desde el Ministerio de Salud.

// ¿CUÁL ES EL ACOMPAÑAMIENTO QUE HACE FUNLARGUIA HACIA EL PERSONAL MÉDICO EN MATERIA DE FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN Y DISPOSICIÓN DE MÚLTIPLES RECURSOS?

Desde hace cinco años y junto con Unicef, hemos replicado este modelo en todo el país, en maternidades públicas e instituciones privadas. Llevamos adelante, entre otras cosas, entrenamientos con simuladores, que son los que los centros de salud requieren para conseguir habilidades y ser certificados.

// DESDE LA FUNDACIÓN, EXPLICAN QUE, “BIEN ASISTIDOS, NO DEBERÍAN MORIR MÁS DE OCHO DE CADA MIL RECIÉN NACIDOS VIVOS”. ¿CÓMO SE TRABAJA PARA REDUCIR LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL A PARTIR DE ESTAS PRÁCTICAS?

El principal componente de la mortalidad infantil es el neonatal. En este sentido, si se quiere bajar la tasa, es necesario mejorar a nivel neonatológico, ya que el 60 por ciento de los niños que mueren durante el primer año lo hacen en el primer mes de vida.

Para esto, es necesaria la regionalización. Uno de los diez derechos del prematuro, de Unicef, habla de “nacer en el lugar adecuado”, donde pueda ejercer el “derecho a vivir”. Hay hospitales “de parto normal”, “mayores de 32 semanas” y “todas las edades gestacionales”, con lo cual, un bebé de 28 semanas, por ejemplo, debe nacer, sí o sí, en el último tipo de hospital, y el transporte debe ser uterino, es decir, tiene que ir la madre y no el bebé. Además, el Estado debe supervisar al privado.

Por otro lado, los recién nacidos prematuros son “elitistas” y hay dos formas de atenderlos: bien o mal, no existe el rasgo intermedio, porque atenderlos regular es atenderlos mal. El servicio de neonatología no cierra los feriados ni de noche, el prematuro debe tener la misma calidad de atención las 24 horas, y la calidad en la atención implica el recurso humano crítico, capacitado, y la tecnología bien usada. Todas estas cuestiones son las que pueden reducir la tasa de mortalidad infantil.

// ¿CÓMO EVALÚA, EN GENERAL, LA ATENCIÓN NEONATOLÓGICA Y PERINATAL EN ARGENTINA?

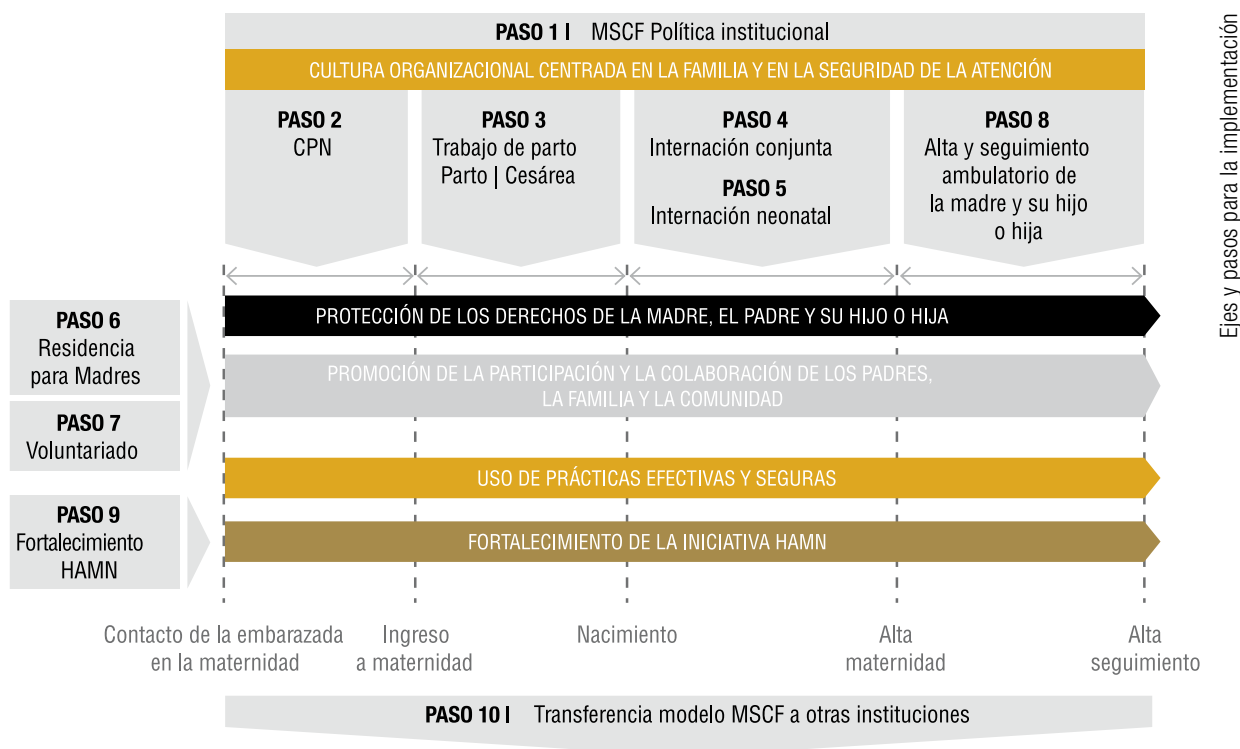
Los resultados, definitivamente, son malos. Si se toma menos de 1500 gramos, la mortalidad es altísima, y esto se debe a que, en Argentina, nacen personas en no menos de mil lugares. ¿Cómo se puede tener enfermería calificada y tecnología demostrada si nacen en tantos lugares distintos? **Los prematuros tienen que nacer en los espacios adecuados y deben estar rodeados de los padres todo el tiempo.**

// ¿CUÁN IMPORTANTE RESULTA EL ROL DEL ENFERMERO/A EN LA ATENCIÓN NEONATOLÓGICA Y PERINATAL?

Es irremplazable. Si un servicio tiene buenos resultados es porque tiene enfermería. Si un jefe no tiene buen servicio de enfermería no tiene nada, ya que es el enfermero/a el único que atiende en forma longitudinal, esto es, continuamente, a diferencia del médico, que atiende transversalmente, sólo realizando visitas.

// ¿CUÁLES SON LOS DEBATES QUE DEBIERAN DARSE A NIVEL NACIONAL ANTE LOS CRECIENTES CASOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA?

Hay violencia obstétrica pero también violencia reproductiva, ya que existen países en los que esterilizan a mujeres, sin el consentimiento de ellas, y no ligan las trompas a mujeres que tienen varios hijos y no quieren tener más.



Fuente: Manual de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, con enfoque intercultural. 2da edición. 2012. <http://www.funlargaia.org.ar/Que-es-MSCF/Conceptualizacion-e-implementacion-del-modelo>

// ¿QUÉ INFLUENCIA PROFESIONAL Y MOTIVACIONAL EJERCIÓ SU PADRE, EL DR. ALFREDO LARGUIA, EN SU FORMACIÓN Y OBJETIVOS LABORALES?

Es complejo porque mi abuelo fue pediatra, director del Hospital de Niños, y mi papá también fue pediatra, con quien trabajamos juntos en “La Sardá”, con lo cual, lo mío fue una influencia genética. De cualquier manera, **no fue mi padre quien más me motivó sino Carlos Gianantonio, el mejor pediatra de la Argentina y mi maestro en el Hospital de Niños; un hombre de una sabiduría inigualable.**

En cuanto a mi padre, su especialidad no era la Neonatología y yo había hecho mi capacitación en el área en Estados Unidos. Así, se dio una combinación ideal: su capacidad de conducción y mis conocimientos en neonatología.

Nosotros fuimos autodidactas pero en un sentido muy crítico: nos formábamos pero, inmediatamente, evaluábamos lo que hacíamos y, si nos equivocábamos, dábamos marcha atrás.

// ¿CÓMO ES SU DÍA A DÍA DESDE QUE SE HA JUBILADO DE LA MATERNIDAD SARDÁ Y HA EMPEZADO A DEDICARSE MÁS PROFUNDAMENTE A DICTAR CURSOS, JORNADAS Y CONFERENCIAS?

Lo primero que debo destacar es que el equipo que “dejé” en la Maternidad Sardá, hace dos años, cuando me jubilé, es excelente. No eran buenos profesionales porque estaba yo sino porque son jóvenes muy bien capacitados.

Ahora, desde que estoy jubilado, me levanto más tarde, leo el diario, respondo los mails y estudio una hora a la mañana, a través de buscadores que seleccionan el tipo de información sobre el que me interesa investigar. Ese tiempo es valiosísimo para mí.

Además, con FunLargaia recorro todo el país. Allí trabajo con la directora del programa, que es psicóloga y antropóloga; otra profesional, de la parte obstétrica, que es obstetra; y otro director que es experto en Metodología de la Investigación. Esto construye un marco interdisciplinario.



Vida con Salud



Baliarda

www.baliarda.com.ar



C.D. LANUS



HOSPITAL ITALIANO



SMATA DON TORCUATO

EXPERTOS EN PLANIFICACION Y ARQUITECTURA PARA LA SALUD



CENTRO REGIONAL DE ALTA COMPLEJIDAD ATILRA
SUNCHALES, SANTA FE



SANATORIO ALLENDE VILLA BELGRANO
CORDOBA

MARJOVSKY-URRUTY
ARQUITECTOS

tel./fax 54 11 4701 4514
54 11 4795 2038
54 11 4703 5598

amarjovs@gmail.com
estebanurruty@gmail.com
www.marjovskyyrruty.com.ar



Tte. Gral J. D. Perón 3931/3937
C1198AAW, CABA, Argentina
info@mevaterapia.com.ar
Tel./Fax : 4958-1213
www.mevaterapia.com.ar

CENTROS DE ATENCIÓN
CABA
AVELLANEDA
LOMAS DE ZAMORA
QUILMES
SAN JUSTO
CASTELAR

SERVICIO DE TERAPIA RADIANTE
DEL HOSPITAL ITALIANO



EXCELENCIA Y PRESTIGIO EN ONCOLOGIA RADIANTE

- » Planificación Tridimensional Conformada
- » Planificación de Intensidad de los Haces (IMRT)
- » Terapia Dinámica RAPIDARC
- » Radioterapia Guiada por Imágenes (IGRT)
- » Radiocirugía en SNC
- » Radioterapia Estereotáctica Corporal (SBRT)
- » Braquiterapia de Alta Tasa de Dosis con Planificación Tomográfica
- » Braquiterapia Prostática de Baja Tasa de Dosis
- » Irradiación Corporal Total
- » Irradiación Total de la Piel con Electrones
- » Roentgenterapia: Radioterapia Superficial

En Responsabilidad Profesional La Mejor Opción

Mucho más que una cobertura

www.nobleseguros.com/blog
Artículos, Jurisprudencia, Recomendaciones



NOBLE
COMPAÑÍA DE SEGUROS

IMPACTO DE LOS EVENTOS ADVERSOS Y EL ERROR EN MEDICINA EN LOS RECLAMOS POR RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

Reseña de diez años de gestión



POR: DRA. MARIANA FLICHMAN - GERENCIA DE RIESGO Y CALIDAD MÉDICA, SWISS MEDICAL GROUP

El objetivo de este artículo es poder ofrecer una reseña sobre el impacto de los eventos adversos y el error en medicina en los reclamos por responsabilidad profesional médica en nuestro país.

Estos resultados son el producto de la experiencia adquirida por la Gerencia de Riesgo y Calidad Médica, tanto en la defensa como peritos y consultores técnicos de las instituciones y profesionales asegurados en la compañía, como en la Dirección de los Programas de Seguridad del Paciente en los últimos diez años.

Como profesionales, muchas veces, centramos la mirada en la llamada “industria del juicio” y perde-

mos de vista aquellos aspectos en los que nosotros, como comunidad médica o responsables institucionales, tenemos asignaturas pendientes, procesos por mejorar, es decir, la parte que nos cabe como equipo de salud.

Intentaremos responder estas preguntas:

- // ¿Cuántos de los reclamos son producto de fallas en la atención o errores médicos?
- // ¿Cuántos reclamos son producto de daño grave?
- // ¿No habría que actualizar la lista de especialidades más demandadas?
- // ¿Es lo mismo tener programas de seguridad que no tenerlos?
- // ¿Por qué reclaman hoy los pacientes?

Nuestra base de datos, iniciada en 2005, tiene, actualmente, más de siete mil reclamos cargados. Hemos tomado una muestra de 300 casos del último año y analizado los siguientes aspectos:

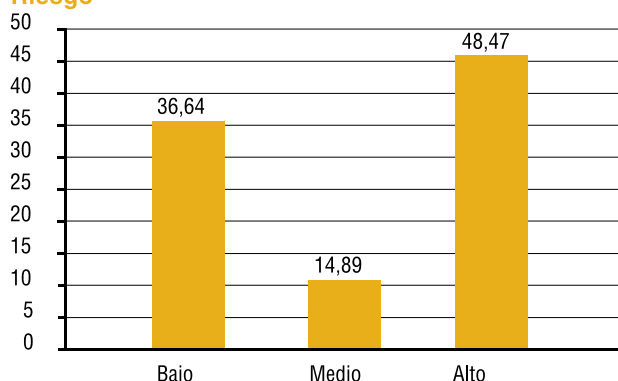
Riesgo: es un parámetro de evaluación, definido por nosotros para ponderar la probabilidad de perder el caso en juicio. Clasificamos el riesgo en “bajo”, “medio” y “alto”.

Resultado: el 50 por ciento de los casos analizados era de riesgo alto. Esto significa que existieron fallas en el proceso de atención o errores médicos, independientemente del daño que pudieron haber generado.

En un 15 por ciento hubo fallas o errores pero que pueden ser defendidos, y en el 35 por ciento la atención fue adecuada y es el grupo donde se encuentran las llamadas “aventuras judiciales”.

GRÁFICO 01

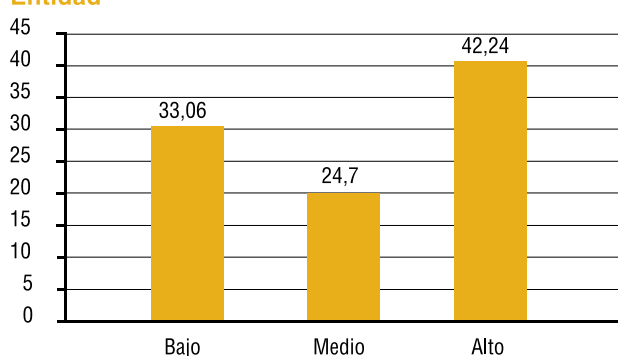
Riesgo



Entidad: es el parámetro que permite estimar el monto del reclamo. Lo clasificamos también en “bajo”, “medio” y “alto”. Este parámetro se actualiza periódicamente, de acuerdo a las variables económicas.

GRÁFICO 02

Entidad



Como podemos observar, en un 40 por ciento de los casos la entidad fue determinada como “alta”, es decir, de un gran impacto económico, y sólo en el 33 por ciento la entidad se consideró “baja”.

A modo de resumen, podemos decir que existe una importante cantidad de reclamos -alrededor del 40 por ciento-, donde tanto el riesgo como la entidad fueron altos, con lo cual errores o fallas en el proceso de atención generaron un daño importante en el paciente, que tendrá altas probabilidades de un resultado judicial adverso.

Estos resultados estadísticos nos obligan a cambiar el paradigma; no todo es aventura judicial y debemos generar estrategias para mejorar los errores y fallas de nuestros procesos de atención, para lograr una medicina más segura.

Lamentablemente, no existen datos estadísticos nacionales que nos permitan analizar la realidad de nuestro país pero entendemos que nuestra base de datos aporta luz a este vacío estadístico y epidemiológico y nos permite compararnos con la bibliografía internacional.

Un artículo interesante sobre el tema fue publicado en 2006, por el New England Journal of Medicine (NEJM) donde, luego de analizar los reclamos de cinco aseguradoras de responsabilidad profesional, llegaron a las siguientes conclusiones:

- Se analizaron 1.452 reclamos, buscando si hubo daño y si el mismo fue secundario a error médico.
- Tres por ciento: no hubo injuria o daño.
- 37 por ciento: no había errores del proceso de atención.
- El 72/84 por ciento de los casos no asociados a error o daño fueron rechazados.
- Un 14 por ciento de los pagos correspondió a reclamos con daño pero sin error.
- El costo judicial fue millonario.

El análisis estuvo a cargo de la Escuela de Salud Pública de Harvard, en Boston, y el diez por ciento al azar tuvo un segundo médico revisor, para asegurar la fidelidad de la información -en nuestro caso, el 100 por ciento de los informes de riesgo tiene un segundo revisor-.

Otro estudio más reciente, en 2014, publicado por Applied Clinical Informatic, evaluando 477 reclamos y buscando si existían intervenciones clínicas pasibles de aplicar para evitar la falla, concluye que el 75 por ciento

“Los resultados estadísticos nos obligan a cambiar el paradigma; no todo es aventura judicial y debemos generar estrategias para mejorar los errores y fallas de nuestros procesos de atención, para lograr una medicina más segura”.

“Nuestra base de datos, iniciada en 2005, tiene, actualmente, más de siete mil reclamos cargados”.

era un reclamo justificado, y en más del 50 por ciento existía alguna intervención pasible de evitar el daño.

En los últimos años, se registra un incremento de las publicaciones relacionadas con estos temas, que pueden seleccionarse fácilmente en el buscador PubMed.

Al cruzar la información de los reclamos, con las últimas publicaciones internacionales relacionadas a la epidemiología de los eventos adversos ocurridos en la internación, vemos la relación entre ambos y la necesidad de centrar los esfuerzos en el diseño de programas que reduzcan el daño a la menor expresión.

La más importante de estas publicaciones es la presentada en 2014, en el Senado de Estados Unidos, y publicada por el Journal of Patient Safety. La misma es el resultado del análisis estadístico de diferentes trabajos y concluye que, en ese país, mueren, al menos, 200 mil personas al año por eventos adversos durante la internación, siendo el 50 por ciento de estos evitable, ocupando los eventos adversos el tercer lugar en las causas de muerte en Estados Unidos, luego de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Continuando con nuestro análisis de los reclamos, veremos ahora los motivos más frecuentes de reclamo en algunas de las especialidades, comenzando por un trabajo publicado en 2011, en el NEJM, donde las especialidades fueron clasificadas de acuerdo al riesgo de reclamo, analizando luego, a través de los años, cuál era la tendencia y porcentaje de los reclamos:

GRÁFICO 03: cantidad de reclamos en función del riesgo de las especialidades a lo largo del tiempo.

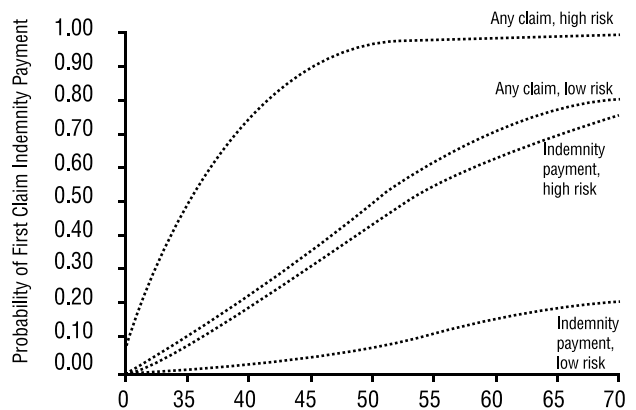


GRÁFICO 04: el cuadro muestra el número de reclamos a lo largo del tiempo.

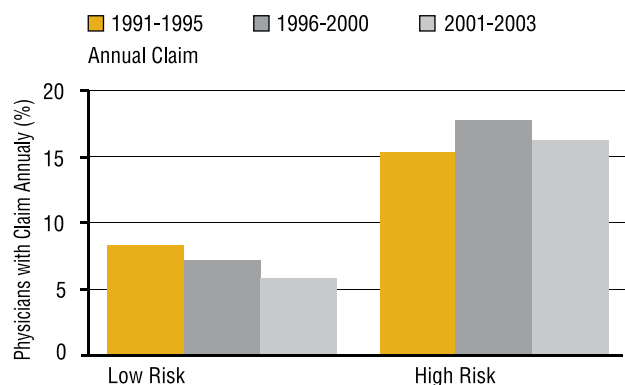


GRÁFICO 05: el cuadro muestra el número de reclamos pagos a lo largo del tiempo.

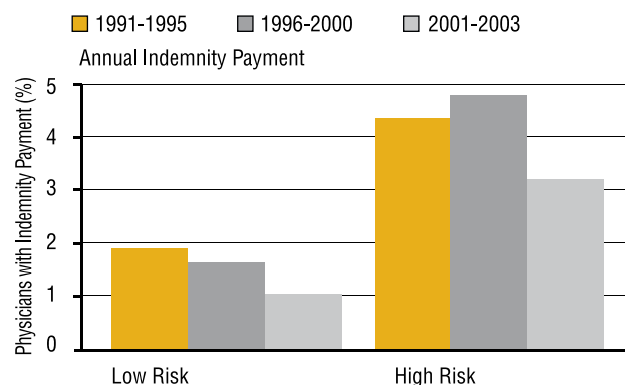
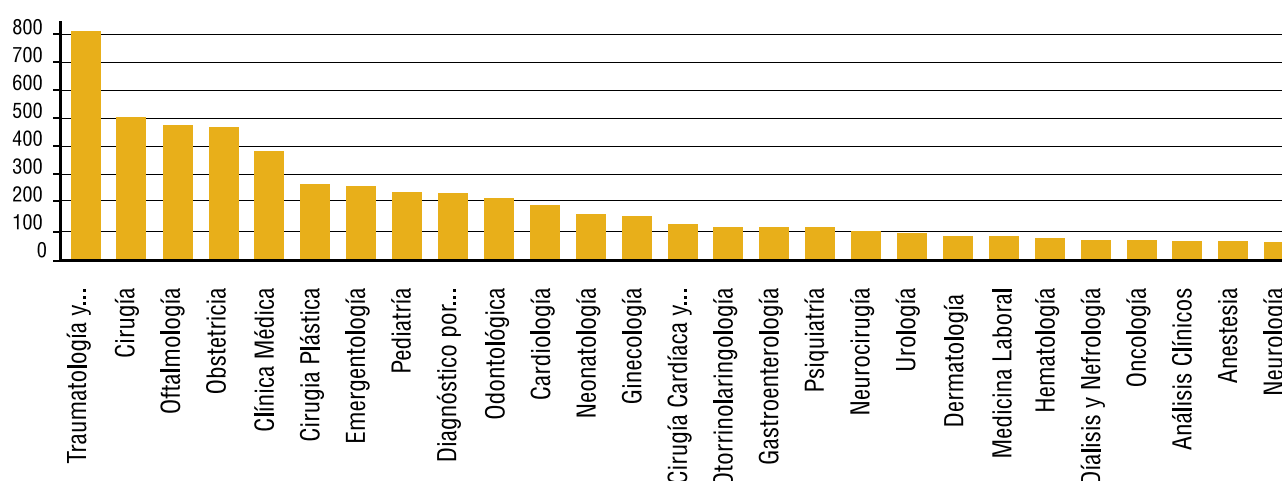
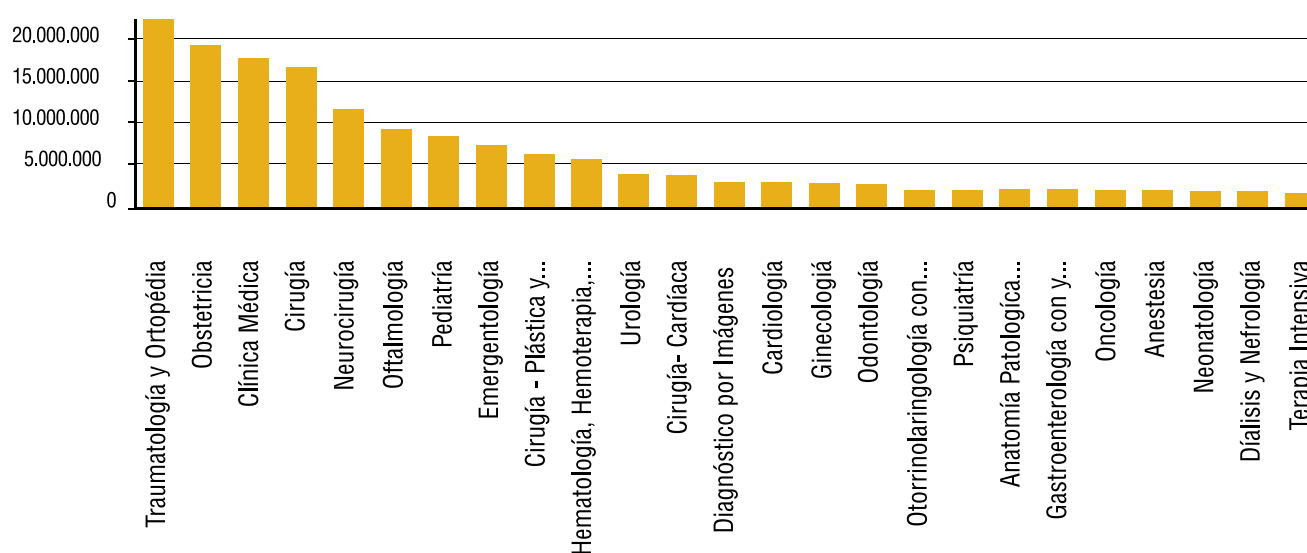


GRÁFICO 06 : veamos, ahora, datos de nuestra realidad. Número de reclamos por especialidad.**GRÁFICO 07: intensidad de los reclamos.Total pago por especialidad.**

Podemos observar que la especialidad actualmente más demandada es la Traumatología, al tener un número muy superior de reclamos. Por primera vez en nuestra estadística, ha superado en intensidad, es decir, en monto total pago, a obstetricia.

Sin embargo, al considerar el promedio de pago por siniestro, obstetricia es, por lejos, la que tiene un monto promedio por reclamo superior.

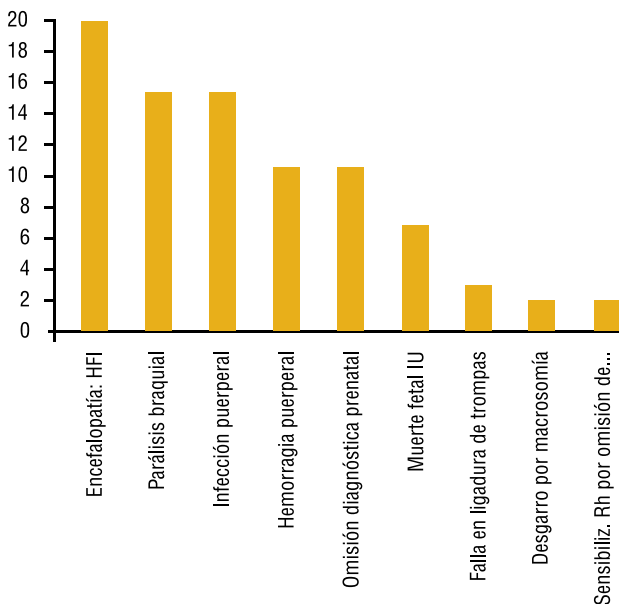
Motivo de reclamos: en términos generales, podemos asegurar que los motivos de reclamo han cambiado en los últimos años. Históricamente, los motivos tenían que ver con cuestiones más generales como cirugía del lado equivocado, infecciones o graves complicaciones quirúr-

gicas. Hoy, vemos que los reclamos tienen, no pocas veces, un análisis estrictamente profesional, por ejemplo, el cuestionamiento de la elección de un método de diagnóstico o de un tratamiento antibiótico.

Veamos, ahora, una reseña del análisis de algunas especialidades:

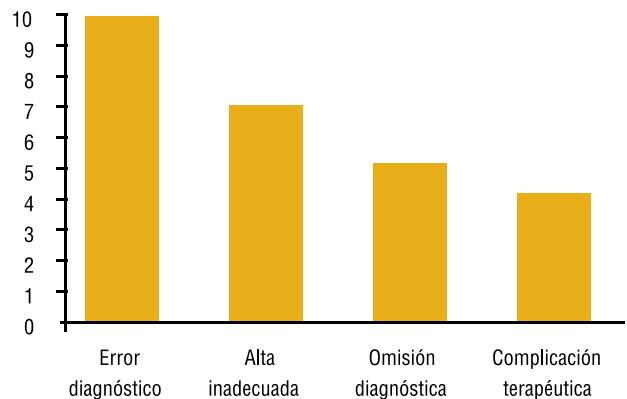
Obstetricia: la primera causa tiene que ver con un resultado neonatal adverso por encefalopatía anóxica, atribuida a un mal manejo del trabajo de parto. En segundo lugar, la parálisis braquial neonatal secundaria a traumatismo durante el parto y, finalmente, las infecciones y las hemorragias, en tercer y cuarto lugar.

GRÁFICO 08



Especialidades clínicas: han crecido, de manera considerable, en siniestralidad. Un motivo recurrente es el cuestionamiento en relación a la oportunidad del alta. En segundo lugar, eventos relacionados al diagnóstico: omisión o retraso.

GRÁFICO 09



“Los programas de seguridad en la defensa de las instituciones y los profesionales hoy constituyen una herramienta indispensable para probar la pericia y diligencia de los profesionales, de la mano de la defensa institucional en relación al deber de seguridad y a la diligencia en los cuidados”.

Rol de los programas de seguridad en la defensa de las instituciones y los profesionales: hoy constituyen una herramienta indispensable en la defensa, para probar la pericia y diligencia de los profesionales, de la mano de la defensa institucional en relación al deber de seguridad y a la diligencia en los cuidados. También, importante a la hora de defender a los directores Médicos, responsables de las instituciones.

Estimamos que, en un futuro próximo, se incluirá, en la agenda de la economía de la salud, un sistema de pago por performance, con incentivos para las instituciones que trabajen en el desarrollo de estos programas.

Adecra+Cedim

¿Cómo bañar a una persona con sólo ½ taza de agua?

En sólo tres pasos: humedecer, limpiar y secar

Baño Fácil SOAPIN EASY®

Un suave paño embebido en solución jabonosa que limpia, suaviza y sanitiza la piel.

- ahorra costos operativos
- ahorra en desecho patológico
- disminuye los tiempos de higienización
- evita derrames de agua sobre ropa de cama
- mejor control de materiales
- se puede almacenar por tiempo prolongado
- 1 sólo paño equivale a un baño
- fácil de usar y descartable
- ideal para personas con movilidad reducida
- evita derrames de agua sobre ropa de cama
- no irrita la piel
- mejora la calidad de vida

Ahora también Baño Fácil con Triclosan para baño prequirúrgico

Solicite una muestra al (54-11) 4644-3023 | bfacil@bfacil.com.ar | www.bfacil.com.ar

Las principales instituciones confían en Baño Fácil el paño de higiene personal líder del mercado

Clinica Arg. de los Adventistas del 7° día
 Clínica Basilea
 Clínica Bazlerica
 Clínica Del Sol
 Hospital de Clínicas
 Instituto Alexander Fleming
 Instituto Arg. de Diagnóstico y Tratamiento
 Obra Social del Personal Gráfico
 Sanatorio Mater Dei
 Sanatorio Otamendi y Miról
 Sanatorio San Lucas
 y las mejores instituciones del país.

Más de 30 años cuidando tu salud



Central Única de Turnos
5034-9898



FUNDACIÓN
CIENTÍFICA DEL SUR

Adrogué

Avellaneda

Guernica

Luján

Lomas de Zamora

Quilmes

En la cena anual de Adecra-Cedim

“DEBEMOS GENERAR LOS CAMBIOS Y NO SENTARNOS A ESPERARLOS”



Así lo recalcó, de cara a 2018, el vicepresidente de Cedim, Marcelo Kaufman, acompañado del presidente de Adecra, Jorge Cherro, en la tradicional cena de fin de año, que reúne a clínicas y sanatorios asociados de todo el país. Con la misma determinación, Cherro instó al sector prestador a “conocer y tratar de incorporarse al colectivo Adecra-Cedim, porque es valioso el aporte de cada institución”. En el transcurso de la noche, se proyectó un video institucional, que recorrió las actividades y gestiones llevadas adelante por la Asociación durante 2017, y se anunció la realización del segundo Congreso de Salud para el próximo año.

El evento tuvo lugar en el salón de La Escondida, de Palermo. Allí, como es habitual en cada balance de año, los máximos referentes de Adecra-Cedim ponderaron el apoyo y trabajo conjunto de las entidades de salud, y reconocieron los logros alcanzados: “Agradecemos a

las instituciones asociadas que hoy participan de esta cena, ya que nuestra misión fundamental es colaborar con sus empresarios y capacitar a sus ejecutivos y todo su personal. Ese es nuestro “granito de arena” a la sociedad”, declaró Jorge Cherro.

Asimismo, señaló: “Estoy impresionado de todo lo que venimos haciendo, a través de nuestra Comisión Directiva y las comisiones de trabajo, que es lo que yo llamo el “trabajo puertas adentro”, aquel que perdura en el tiempo”, y agregó que “no hay que restarle importancia a la labor de nuestros dirigentes, que lidian con los avatares políticos, pero la tarea silenciosa del equipo, sin prisa pero sin pausa, es lo más positivo de Adecra-Cedim, que nos llena de satisfacción e inspiración”.

En la misma línea, Marcelo Kaufman felicitó al equipo de trabajo de Adecra-Cedim y convocó a los asociados a sumar su “voluntad e ideas” en la organización de las próximas jornadas y actividades institucionales: “El



norte lo marcan los directivos pero el derrotero lo lleva adelante nuestro equipo de trabajo. Por eso, invito a aquellos que tengan esa pasión a participar de nuestro trabajo diario”.

Así, anunció que, para 2018, se realizará, en Pilar, el segundo Congreso de Salud, luego del exitoso primer encuentro, en 2016, en Tucumán, dentro del marco del Bicentenario.

Kaufman fue contundente en su discurso: “Es una realidad que, durante los últimos dos años, hay cosas que han sido más sencillas, como interactuar con los funcionarios. Sin embargo, **debemos gestionar los cambios y no sentarnos a esperarlos**”.

“Tenemos que aportar al gobierno las ideas necesarias para nuestro sector. Si no participamos, no nos quejemos”, finalizó.

“La tarea silenciosa del equipo, sin prisa pero sin pausa, es lo más positivo de Adecra-Cedim, que nos llena de satisfacción e inspiración”.

Jorge Cherro

“Debemos gestionar los cambios y no sentarnos a esperarlos. Tenemos que aportar al gobierno las ideas necesarias para nuestro sector”.

Marcelo Kaufman



Con tus manos también podes salvar una vida.

El 1er eslabón de la cadena de la vida que activa el servicio de emergencias y realiza las primeras maniobras sos vos!

**Reserva tu lugar para capacitarte de Lunes
a Viernes de 9 a 17 hs al 0810 - 333 - 4040.**



**AUTHORIZED
TRAINING
CENTER**



Comité de docencia
e Investigación
Grupo Ayuda Médica



**Ayuda
Médica**

**Emeca
Salud**

**Sume
Salud**

**Unidad
Coronaria**

POSGRADOS

- » ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA
- » ESPECIALIZACIÓN EN FARMACIA COMUNITARIA
- » ESPECIALIZACIÓN EN FARMACIA HOSPITALARIA
- » ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA DE ATENCIÓN DE LA SALUD
- » ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA CUIDADOS CRÍTICOS
- » ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN DE SERVICIOS PARA LA DISCAPACIDAD
- » ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA LEGAL

**UNIVERSIDAD
ISALUD**

- » ESPECIALIZACIÓN Y MAESTRÍA EN SISTEMAS DE SALUD
- » ESPECIALIZACIÓN Y MAESTRÍA EN ECONOMÍA Y GESTIÓN DE LA SALUD
- » MAESTRÍA EN FARMACOPOLÍTICAS
- » MAESTRÍA EN GESTIÓN ALIMENTARIA
- » MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SERVICIOS DE GERONTOLOGÍA
- » MAESTRÍA EN GESTIÓN SALUD MENTAL
- » MAESTRÍA EN ECONOMÍA Y GESTIÓN DE LA SALUD (a distancia)

5239-4000

www.isalud.edu.ar | informes@isalud.edu.ar

11 5889-8367

**INSCRIBITE AHORA
INSCRIPCIONES
2018**

ES BUENO TENERTE



Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial, infórmese de los términos y alcances del Programa Médico Obligatorio en la siguiente dirección de Internet www.buenosaires.gov.ar. La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un servicio telefónico gratuito para recibir desde cualquier punto del país consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operadora de traspaños. El mismo se encuentra habilitado de lunes a viernes, de 10 a 17 hs., llamando al 0-800-222 SALUD (72583) - www.ssa.gov.ar - R.N.D.S. 4-0080-0, R.N.E.M.P. (Prov.) 1408. - La imagen de la figura humana ha sido retocada y/o modificada digitalmente.

EL COMITÉ DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL GRUPO AYUDA MÉDICA SE AFIANZA COMO DIFUSOR EN LAS TÉCNICAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y DE PRIMEROS AUXILIOS



La actividad del Comité de Docencia e Investigación ha sido muy intensa durante la primera parte del año. Fue un semestre con mucha actividad, tanto por las jornadas que corresponden a la planificación fija anual en las sedes/bases, donde se capacitan socios y otros adherentes, como por la realización de jornadas de capacitación y/o concientización en distintas organizaciones o instituciones a las que son convocados, alcanzando las 900 personas aproximadamente.

También se incorporaron nuevos instructores al Comité, siendo acreditados para formar parte del Centro de Entrenamiento Internacional y cuatro de los instructores han alcanzado el nivel de ACLS -Soporte vital cardiovascular avanzado- como formación de la American Heart Association –AHA-. Ambas acciones permitieron el crecimiento del equipo y la expansión de la actividad en la prevención de la salud.

Es dable destacar que en el marco de la reunión de Coordinación para Argentina y Uruguay, Wanda Miranda Barreto –Regional Director of Emergency Cardiovascular Care Programs de la AHA– evaluó lo realizado durante el 2016 a nivel internacional. El Comité de Docencia e Investigación del Grupo Ayuda Médica, alcanzó el 3er lugar –luego del SIEM y junto a la Sociedad Argentina de Pediatría y al Hospital Austral- en cuanto a la cantidad de personas capacitadas en Argentina.



Sin dudas, dicho reconocimiento ha sido una inmensa alegría para sus coordinadores y un gran orgullo para toda la organización por haber logrado, en dos años, crecer de este modo.

Entre otras actividades extra programáticas, se capacitaron instituciones escolares como St George's College North, Colegio Sara Eccleston, Colegio Winter Garden, Jardín Maternal: Desde la Cuna. Empresas como Procter Gamble, Aptar y Ausa –Autopistas Urbanas SA. Instituciones como Centro Privado de Ojos y Banco Ciudad de Buenos Aires -varias jornadas de capacitación en RCP para distintas secciones- y Bomberos Voluntarios de Pilar. En alguna de ellas se certificaron los espacios de trabajo como Áreas CardioSeguras, actividad que re-

quiere una acción especial de evaluación del área y de ejercicios de simulacro con las personas capacitadas.

Además participaron en distintas maratones como La del Vidrio en Berazategui, la carrera a Beneficio de la Casa Cuna en Puerto Madero y en la caminata “Para Ganarle al Cáncer de Mama” en Palermo, donde también se realizaron acciones de capacitación abiertas a la comunidad, difundiendo la toma de conciencia, sobre todo en actividades deportivas.

Durante el mes de septiembre -mes del corazón-, el Comité de Docencia e Investigación organizó dos jornadas de concientización en Reanimación CardioPulmonar y Primeros Auxilios.

Se definieron dos actividades, una de neto corte educativo y otra a desarrollarse en un espacio de trabajo, específicamente un diario, para capacitarlos en estas técnicas y que se concienticen en esta problemática.

El objetivo fue:

- Concientizar - En Argentina se estima que ocurren unas 60.000 muertes súbitas por año de las cuales sólo llega con vida al hospital menos del 5%. Esto significa: 80 muertes por día, 3 por hora y 1 muerte cada 20 minutos.
- Comprometer - Frente al nuevo paradigma de la emergencia, el que hace la diferencia es la persona que está capacitada. El primer respondiente, quien se encuentra junto al paciente, socorre y activa el servicio de emergencias.
- Difundir - A la comunidad la importancia de estar capacitado en esta técnica que “salva vidas” sólo con las manos.

Asimismo, puertas adentro de la organización, su dirección se ha propuesto tener capacitado a la totalidad de sus trabajadores. Desde la Dirección se expresó: “Si aspiramos a formar al “primer respondiente” en cualquier espacio de la comunidad, nuestra responsabilidad como capacitadores debe ser dar, este modelo, a la sociedad.”

Con esta planificación el Comité de Docencia e Investigación se compromete a ser difusor en todas sus áreas protegidas, para sus afiliados y para la comunidad en general, acerca de la importancia que tiene esta acción de capacitación.

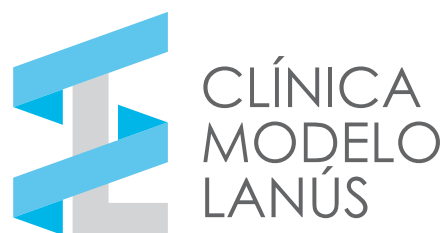


LA CLÍNICA MODELO LANÚS RENUEVA SU SERVICIO DE HEMODINAMIA

El servicio de Hemodinamia de la Clínica Modelo Lanús cuenta con una superficie de más de 100 m², la cual dispone de un área de recepción administrativa de pacientes, consultorio para evaluación de los mismos, una sala de comandos, la sala de procedimientos, área de recuperación y sectores de apoyo técnico.

Está equipada con un angiógrafo General Electric de última generación, que permite efectuar estudios diagnósticos y terapéuticos. Al efecto, se incorporó un nuevo staff de profesionales altamente capacitados para estudios cardiovasculares centrales y periféricos como coronariografías, arteriografías, angioplastías coronarias y periféricas con implantes de stent cuando así lo requiere el paciente, durante las 24 horas los 365 días del año.

Asimismo, la institución cuenta con un polígrafo de avanzada para estudios electrofisiológicos y ablaciones por radiofrecuencia (estudio y tratamiento de las arritmias). El equipo de nuestro servicio de Hemodinamia permite a los neurocirujanos intervencionistas efectuar estudios y tratamiento de las patologías de las arterias cerebrales como aneurismas, malformaciones arteriovenosas, angioplastías. Además, llevamos a cabo el tratamiento de patologías complejas como cierre de comunicaciones interauricular con dispositivo de Amplatzer, coartación de aorta, entre otras.



El Director Médico de la Clínica Modelo Lanús, Dr. Rubén Illescas, comenta: *“En los pacientes adultos, el tratamiento quirúrgico convencional a cielo abierto puede ser reemplazado por nuevas técnicas mínimamente invasivas por vía percutánea y endovascular, como reemplazo valvular por vía percutánea (TAVI), implante de endoprótesis en los aneurismas de aorta, angioplastías e implantes de stent en arterias periféricas.”*

Con tecnología de punta y un equipo médico de primer nivel, la Clínica Modelo Lanús una vez más cumple con su principal objetivo: brindar un servicio integral con la excelencia médica que los caracteriza.

Adecra+Cedim



ACUDIR CRUZA LOS LÍMITES DE CABA Y SE EXPANDE AL SUR DEL GRAN BUENOS AIRES



Acudir Emergencias Médicas continúa su expansión y cierra el año el 2017 con la apertura de cuatro nuevas Bases Operativas en Avellaneda, Lanús, Lomas de Zamora y Quilmes; ubicaciones estratégicas que permitirán ampliar su zona de cobertura en un área superior a los 300 kilómetros cuadrados.

Las Bases Operativas de Zona Sur prestarán servicios de emergencias, urgencias y traslados programados para pacientes adultos y pediátricos, a cargo de equipos de trabajo conformados por paramédicos, enfermeros y médicos con distintas especialidades, altamente capacitados y motivados por un mismo fin: salvar vidas.

La infraestructura edilicia de las nuevas Bases dispone de capacidad para estacionar Unidades de Terapia Intensiva Móviles y Unidades de Traslado, además de comodidades para las guardias médicas que prestan servicio de medicina de emergencias las 24 horas, durante todo el año.

Junto a las 12 Bases ya existentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la inauguración de éstas en el Sur del GBA posibilita un mayor desplazamiento y seguir mejorando los tiempos de respuesta y de arribo en forma segura a los distintos puntos de esta zona geográfica. "Nuestra llegada desde CABA a esta zona, se veía limitada por las distancias y el movimiento del tráfico en el ingreso y egreso a la Capital", explica el Dr. Agustín Apesteguía, Gerente de Gestión Médica de Acudir, quien destaca el "enorme esfuerzo que realizó la



compañía a fin de mantener el cumplimiento de los altos estándares de calidad que nos caracterizan y continuar ofreciendo un servicio profesional de excelencia."

Con una flota propia y renovada de más de 200 unidades de emergencias y traslados, más equipos especiales de asistencia en moto, Acudir pone a disposición de la comunidad toda su experiencia en medicina de emergencias y atención médica a domicilio y amplía su estructura operativa para continuar fortaleciendo su lema: "La calidad es una actitud".

Bases Zona Sur:

- **Lomas de Zamora:** Av Hipólito Yrigoyen 9480, Lomas de Zamora
- **Avellaneda:** Av Mitre 2965, Avellaneda
- **Lanús:** Av Hipólito Yrigoyen 3487, Lanús
- **Quilmes:** Guido 61, Quilmes

La salud en San Martín se llama **Corporación Médica Sanatorio.**



Desde 1937 brindando calidad y excelencia médica.

- Atención de alta y mediana complejidad.
- Tecnología de última generación.
- Atención ambulatoria.
- Emergencias las 24 hs.
- Centro de la mujer.
- Polo pediátrico.



**Corporación
Médica Sanatorio**
Más para tu Salud.



Matheu 4071 | San Martín, Buenos Aires | Argentina
(+54 11) 4754-7500 | www.webcorporacion.com.ar

Cedim

POLIVALENTES

CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
 - CEDITRIN - CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INTEGRAL S.R.L.
 - DIAGNÓSTICO MÉDICO S.A.
 - EMPRENDIMIENTOS DE SALUD S.A.
 - ENRIQUE MARTÍN ROSSI S.A.
 - FUNDACIÓN CENTRO DIAGNÓSTICO NUCLEAR
 - GAMMA LIFE
 - GRUPO ROSTAGNO SRL
 - IMAT-INSTITUTO MÉDICO DE ALTA TECNOLOGÍA S.A.
 - IMAXE
 - INVESTIGACIONES MÉDICAS FADIM
 - TOMOGRAFÍA COMPUTADA BUENOS AIRES S.A.
 - VIDT CENTRO MÉDICO S.A.

CONURBANO

- ARGUS DIAGNÓSTICO MÉDICO S.A.
 - CENTRO DE TOMOGRAFÍA COMPUTADA ADROGUÉ S.R.L.
 - CIMED
 - DIAGNÓSTICO MAIPÚ POR IMÁGENES S.A.
 - DIAGNÓSTICO TESLA S.R.L.
 - FUNDACIÓN CIENTÍFICA DEL SUR
 - LABORATORIO DE DRA. DÍAZ MABEL Y VIVIANI LORENA
 - LABORATORIO DR. PARODI CARLOS A.
 - TC HAEDO S.R.L.
 - RDA-RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA S.A.

PROVINCIA DE BUENOS AIRES
 - CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO S.A.
 - EMPRENDIMIENTOS MÉDICOS TECNOLÓGICOS S.A.
 - EMTRO S.A.
 - KROIN S.A.
 - LABORATORIO ALVEAR
 - LABORATORIO CLAROGA S.R.L.
 - LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS DE ARZAGUET MARTIN
 - LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS FERNÁNDEZ F.A. Y SADADO A.A.
 - LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS GILBERTO LANDI
 - LABORATORIO DE HÉCTOR CLAUDIO COVA
 - LABORATORIO DE HÉCTOR L. BETTI
 - LABORATORIO DE JUAN C. CHITARRONI Y ROSA CERELLI
 - LABORATORIO DE RASQUETE L., CERRONE O. E IONSKI E.
 - LABORATORIO DE ROBERTO GARCÍA Y HÉCTOR TAMBUTTI

PROVINCIA DE CÓRDOBA

- CENTRO PRIVADO DE TOMOGRAFÍA COMPUTADA CÓRDOBA S.A.
 - INSTITUTO CONCI CARPINELLA
 - INSTITUTO MÉDICO DEAN FUNES S.A.

PROVINCIA DE CHACO
 - DIAGNÓSTICO POR RESONANCIA MAGNÉTICA S.A.

PROVINCIA DE ENTRE RÍOS
 - CLÍNICA MODELO S.A.

PCIA. DE LA RIOJA
 - IMAC LA RIOJA

PROVINCIA DE MENDOZA
 - INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO S.A.
 - INSTITUTO PRIVADO DE RADIOTERAPIA CUYO S.A.

PROVINCIA DE RÍO NEGRO
 - CLÍNICA RADIOLÓGICA DR. PEDRO MOGUILLANSKY - MEDICINA XXI S.A.
 - FUNDACIÓN MÉDICA DE RÍO NEGRO Y NEUQUÉN

PROVINCIA DE SANTA FE
 - CLÍNICA DE CÁMARA GAMMA
 - DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES S.A.
 - INSTITUTO GAMMA

PROVINCIA DE SANTIAGO DEL ESTERO
 - IMAGEN S.A.

MONOVALENTES

CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
 - ARDEGA S.A.
 - GAMMA LIFE
 - LABORATORIO DR. SCHERE
 - T.C.B.A. MEDICINA NUCLEAR

CONURBANO

- CITO S.A.
 - DIAGNÓSTICO ROJAS S.R.L.
 - LABORATORIO CASTELAR S.H.
 - LABORATORIO DR. OSVALDO GUSTAVO PRADO
 - LABORATORIO TFM - BIOQS S.R.L.
 - LABORATORIOS ALVEAR S.H.

PROVINCIA DE BUENOS AIRES

- CENTRO DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DE MAR DEL PLATA S.R.L.
 - CENTRO ONCOLÓGICO DE LAS SIERRAS S.A.
 - EMPRENDIMIENTOS MÉDICOS TECNOLÓGICOS S.A.
 - EMTRO S.A.
 - INSTITUTO RADIOLÓGICO MAR DEL PLATA

- KROIN S.A.
 - SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR-CLÍNICA 25 DE MAYO Y PUEYRREDÓN
 - TERAPIA RADIANTE S.A.

PROVINCIA DE CÓRDOBA
 - CENTRO PRIVADO DE MEDICINA NUCLEAR
 - LABORATORIO RADIOISOTOPOS S.R.L.
 - SERVICIO MEDICINA NUCLEAR DR. FERNANDO ANTONIO KUSTICH

PROVINCIA DE LA PAMPA
 - MEGAN

PROVINCIA DE SANTA FE
 - CETIR S.H.
 - MEDICINA NUCLEAR SAN GERÓNIMO

PROVINCIA DE TUCUMÁN
 - INSTITUTO DE MEDICINA NUCLEAR S.R.L.

PROVINCIA DE SALTA
 - INSTITUTO DE RADIACIONES SALTA S.R.L.

PROVINCIA DE SAN JUAN
 - CENTRO DE RADIOTERAPIA SAN JUAN S.A.

Adecra

CAPITAL FEDERAL

- AMBULATORIOS DUPUYTREN
- APE - SALUD MENTAL
- ASOCIACIÓN PEDIÁTRICA INTEGRAL – API
- CEMIC (CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS “NORBERTO QUIRNO”)
- CENTRALAB S.A
- CENTRO DE DIAGNÓSTICO ROSSI
- CENTRO DE ESTUDIOS INFECTOLÓGICOS S.A
- CENTRO DE UROLOGÍA CDU
- CENTRO MÉDICO NEUROSIQUIÁTRICO PRIVADO
- CENTRO MÉDICO ULME
- CENTRO MÉDICO VIDT
- CENTRO MÉDICO VILELLA
- CENTRO MEDICUS S.A
- CERIM SRL – CENTRO DE ESTUDIOS INTEGRALES DE LA MAMA S.R.L
- CHP – CENTRO DE HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA PAVLOVSKY
- CIAREC – CLÍNICA DE REHABILITACIÓN Y CIRUGÍA
- CLÍNICA ADVENTISTA BELGRANO
- CLÍNICA ALCLA
- CLÍNICA ALTERGARTEN
- CLÍNICA BASILEA
- CLÍNICA B & S CENTRO DE EXCELENCIA EN CIRUGÍA PLÁSTICA SRL
- CLÍNICA BAZTERRICA
- CLÍNICA DE LA ESPERANZA
- CLÍNICA DE LOS VIRREYES
- CLÍNICA DEL PARQUE (MERNO S.A)
- CLÍNICA DEL SOL CORONEL DIAZ
- CLÍNICA DE MICROCIURUGÍA
- CLÍNICA FLORES
- CLÍNICA LA SAGRADA FAMILIA
- CLÍNICA LAS HERAS
- CLÍNICA PRIVADA CLIMÉDICA
- CLÍNICA SAN CAMILO
- CLÍNICA SAN JERÓNIMO
- CLÍNICA SANTA CATALINA
- CLÍNICA SANTA ISABEL
- CLÍNICA Y MATERNIDAD SUIZO ARGENTINA
- DIAGNÓSTICO PERSONALIZADO S.A
- DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES DR. DERAGOPYAN
- DIAVERUM S.A
- F.L.E.N.I (FUNDACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS EN LA INFANCIA)
- FRESENIUS MEDICAL CARE ARGENTINA S.A
- FUNDACIÓN FAVALORO
- FUNDACIÓN GRADIVA
- FUNDACIÓN HEMOCENTRO BUENOS AIRES
- FUNDACIÓN HOSPITALARIA
- HOSPITAL PRIVADO DE NIÑOS
- INSTITUTO INTEGRAL DUPUYTREN
- FUSEA (FUNDACIÓN SANIDAD EJÉRCITO ARGENTINO)
- GAMBRO ARGENTINA S.A
- HALITUS INSTITUTO MÉDICO S.A
- IMAGEN TEST - CENTRO MÉDICO DE DIAGNÓSTICO
- INEBA (INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS BUENOS AIRES)
- INSTITUTO ARGENTINO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
- INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES
- INSTITUTO CENTENARIO DE MEDIMET SRL

- INSTITUTO FRENOPÁTICO
- INSTITUTO GERIÁTRICO NAZARET
- INSTITUTO MÉDICO DE ALTA COMPLEJIDAD
- INSTITUTO OTORRINOLARINGOLÓGICO ARAUZ
- INSTITUTO SUPERIOR DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
- INSTITUTO MÉDICO ALEXANDER FLEMING
- LABORATORIO DE MEDICINA S.A
- MEVATERAPIA S.A
- NEPHROLOGY S.A
- PRIMER HOSPITAL PRIVADO DE OJOS S.A
- SANATORIO AGOTE
- SANATORIO ANCHORENA
- SANATORIO COLEGIALES
- SANATORIO DE LA PROVIDENCIA
- SANATORIO DE LA TRINIDAD PALERMO
- SANATORIO DE LOS ARCOS
- SANATORIO FINOCHIETTO
- SANATORIO MATER DEI
- SANATORIO DE LA TRINIDAD MITRE
- SANATORIO OTAMENDI Y MIROLI
- SANATORIO SAN JOSÉ
- SERMEX S.A
- UAI HOSPITAL UNIVERSITARIO
- VACUNAR S.A

GRAN BUENOS AIRES

- ASOCIACIÓN MÉDICA DE LOMAS DE ZAMORA (LOMAS DE ZAMORA)
- CALDEVIT S.A (CLÍNICA BESSONE) (SAN MIGUEL)
- CASA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (RAMOS MEJÍA)
- CASA NUESTRA SEÑORA DEL PILAR SAN JUAN DE DIOS (LUJÁN)
- CENTRO DE CIRUGÍA OCULAR S.A (AVELLANEDA)
- CENTRO DE ESTUDIOS TROVATO (RAMOS MEJÍA)
- CENTRO DE OJOS LOMAS (LOMAS DE ZAMORA)
- CENTRO HIRSCH DE GERIATRÍA Y REHABILITACIÓN
- CENTRO MÉDICO DE REHABILITACIÓN LA HORQUETA (SAN ISIDRO)
- CENTRO MÉDICO ESPORA S.A (RAMOS MEJÍA)
- CENTRO MÉDICO NEUROPSIQUIÁTRICO PRIVADO S.A. (ADROGUÉ)
- CENTRO MÉDICO TALAR (EL TALAR PACHECO)
- CLÍNICA ANGELUS (SAN ISIDRO)
- CLÍNICA BOEDO S.R.L. (LOMAS DE ZAMORA)
- CLÍNICA CALCHAQUÍ 19 DE ENERO (QUILMES)
- CLÍNICA CRUZ BLANCA – LANÚS (LANÚS)
- CLÍNICA DEL NIÑO DE QUILMES S.A (QUILMES)
- CLÍNICA DIM RIVADAVIA S.A
- CLÍNICA ESPORA (ADROGUÉ)
- CLÍNICA ESTRADA (R. DE ESCALADA)
- CLÍNICA GÜEMES S.A (LUJÁN)
- CLÍNICA IMA S.A (ADROGUÉ)
- CLÍNICA MODELO LANÚS (LANÚS)
- CLÍNICA MODELO DE MORÓN (MORÓN)
- CLÍNICA OLIVOS (V. LÓPEZ)
- CLÍNICA PRIVADA DEL BUEN PASTOR (L. DEL MIRADOR)
- CLÍNICA PRIVADA DE PSIQUIATRÍA Y

- PSICOLOGÍA MÉDICA SAN MARTÍN (BERAZATEGUI)
- CLÍNICA PRIVADA FÁTIMA S.A (ESCOBAR)-
- CLÍNICA PRIVADA MONTE GRANDE S.A (MONTE GRANDE)
- CLÍNICA PRIVADA RANELAGH S.A (RANELAGH)
- DIAGNÓSTICO INTEGRAL MORÓN DIMO SRL (MORÓN)
- DIAGNÓSTICO MAIPÚ POR IMÁGENES S.A (V. LÓPEZ)
- DIRM S.A CLÍNICA PRIVADA (R. MEJÍA)
- FLENI ESCOBAR (ESCOBAR)
- FUNDACIÓN CIENTÍFICA DEL SUR (L. DE ZAMORA)
- HOSPITAL PRIVADA MARIANO MORENO (MORENO)
- HOSPITAL PRIVADO MODELO S.A (V. LÓPEZ)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL (PILAR)
- INSTITUTO MÉDICO AGÜERO (MORÓN)
- INSTITUTO MÉDICO DE OJOS S.A (VILLA BALLESTER)
- INSTITUTO MÉDICO MODELO S.A (FRANCISCO SOLANO)
- INSTITUTO PEDIÁTRICO CASTELAR S.R.L (CASTELAR)
- LABORATORIO HIDALGO S.A (MARTÍNEZ)
- LABORATORIO SCHMUKLER (FLORIDA)
- OLAZABAL 319 S.A.
- PRESTACIONES MÉDICAS PILAR (PILAR)
- SANATORIO AMTA (CIUDADELA)
- SANATORIO BERNAL S.R.L (BERNAL)
- SANATORIO CORPORACIÓN MÉDICA GRAL. SAN MARTÍN (SAN MARTÍN)
- SANATORIO CHACABUCO – PRESTADORES DEL SUR (BANFIELD)
- SANATORIO DE LA TRINIDAD (SAN ISIDRO)
- SANATORIO GENERAL SARMIENTO – CLÍNICA PRIVADA (SAN MIGUEL)
- SANATORIO ITOIZ (AVELLANEDA)
- SANATORIO JUNCAL (TEMPERLEY)
- SANATORIO LAS LOMAS (SAN ISIDRO)
- SANATORIO MODELO ADROGUÉ S.A (ADROGUÉ)
- SANATORIO MODELO BURZACO S.A (BURZACO)
- SANATORIO MODELO DE CASEROS (CASEROS)
- SANATORIO MODELO QUILMES S.A (QUILMES)
- SANATORIO SAN LUCAS (SAN ISIDRO)
- SANATORIO URQUIZA (QUILMES)
- TEAM PEDIÁTRICO SRL (SAN ISIDRO)
- VITAE CENTRO MÉDICO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (SAN MARTÍN)

.....

- PCIA. DE BUENOS AIRES
- CLÍNICA LA PEQUEÑA FAMILIA (JUNÍN)
- CLÍNICA PERGAMINO S.A (PERGAMINO)
- FUNDACIÓN MÉDICA DE MAR DEL PLATA (MAR DEL PLATA)
- HOSPITAL ESPAÑOL DE LA PLATA

ENTIDADES ADHERIDAS

// DATO

MÁS DE
75.000
TRABAJADORESMÁS DE
311
INSTITUCIONES DE SALUDMÁS DE
20.000
CAMAS

(LA PLATA)
- HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA
(LA PLATA)
- INSTITUTO MÉDICO PLATENSE
(LA PLATA)
- IPENSA (INST. PRIVADO CLÍNICO
QUIRÚRGICO DE DIAG. Y TRAT. S.A)
- SANATORIO OSPREM DE SAMI BARADERO
(BARADERO)

PCIA. DE CATAMARCA
- SANATORIO PASTEUR S.A (CATAMARCA)

PCIA. DE CÓRDOBA
- ACONCAGUA SANATORIO PRIVADO
(CÓRDOBA)
- CENTRO PRIVADO DE OJOS ROMAGOSA S.A
(CÓRDOBA)
- HOSPITAL PRIVADO CENTRO MÉDICO DE
CÓRDOBA
- INSTITUTO MODELO DE CARDIOLOGÍA
PRIVADO S.R.L (CÓRDOBA)
- IPEM – DIAVERUM S.A (CÓRDOBA)
- SANATORIO ALLENDE (CÓRDOBA)
- SANATORIO DIQUECITO S.A (CÓRDOBA)
- SANATORIO PRIVADO CAROYA SRL
(CÓRDOBA)
- SOCIEDAD DE BENEFICENCIA HOSPITAL
ITALIANO (CÓRDOBA)

PCIA. DE CORRIENTES
- UNIDAD RENAL CORRIENTES S.R.L
(CORRIENTES)

PCIA. DE CHUBUT
- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE SOCORROS
MUTUOS (COMODORO RIVADAVIA)
- CLÍNICA DEL VALLE (COMODORO RIVADAVIA)
- SEDIAL CENTRO DE NEFROLOGÍA Y DIÁLISIS
S.A (TRELEV)

PCIA. DE ENTRE RÍOS
- CLÍNICA DE OJOS DR. RAZZARI S.R.L
(CONCORDIA)
- CLÍNICA DE OJOS DR. RAZZARI
(CONCORDIA)
- CLÍNICA MODELO S.A (PARANÁ)
- CLÍNICA PARQUE (CRESCO)
- CLÍNICA URUGUAY SRL (CONCEP. DEL
URUGUAY)
- SANATORIO ADVENTISTA DEL PLATA
(ENTRE RÍOS)

PCIA. DE JUJUY
- SANATORIO NUESTRA SEÑORA DEL
ROSARIO S.A (JUJUY)
- SANATORIO Y CLÍNICA LAVALLE SRL (JUJUY)

PCIA. DE LA RIOJA
- SANATORIO RIOJA S.A (LA RIOJA)

PCIA. DE MENDOZA
- SANATORIO ARGENTINO (SAN MARTÍN)
- CLÍNICA DE CUYO S.A (MENDOZA)

PCIA. DE MISIONES
- SANATORIO ADVENTISTA DEL NORESTE ARG.
(POSADAS)
- SANATORIO POSADAS S.A (POSADAS)
- POLICLÍNICO BERTOLDI (OBERÁ)

PCIA. DE NEUQUÉN
- CLÍNICA PASTEUR S.A (NEUQUÉN)
- CONSULTORIOS INTEGRALES SAN LUCAS
S.A (NEUQUÉN)
- POLICLÍNICO NEUQUÉN S.A (NEUQUÉN)

PCIA. DE RÍO NEGRO
- POLICLÍNICO MODELO DE CIPOLLETTI
(CIPOLLETTI)
- SANATORIO DEL SOL (BARILOCHE)
- SANATORIO SAN CARLOS (BARILOCHE)

PCIA. DE SALTA
- INSTITUTO CENESA (SALTA)
- CLÍNICA SANATORIO EL CARMEN (SALTA)
- HOSPITAL PRIVADO SANTA CLARA DE ASÍS
S.A (SALTA)
- SANATORIO PARQUE (SALTA)

PCIA. DE SAN JUAN
- CENTRO DE CUIDADOS INTENSIVOS S.R.L
(SAN JUAN)

PCIA. DE SAN LUIS
- SANATORIO RAMOS MEJÍA (SAN LUIS)
- CLÍNICA PRIVADA ITALIA (SAN LUIS)

PCIA. DE SANTA CRUZ
- CENTRO PATAGÓNICO NEFROLOGÍA
Y HEMODIÁLISIS S.A (RÍO GALLEGOS)
- POLICLÍNICO DEL ATLÁNTICO SUR DE
MEDISUR S.A (RÍO GALLEGOS)
- CENTRO MÉDICO SANTA CRUZ
(CALETA OLIVIA)

PCIA. DE SANTA FE
- CLÍNICA CENTRO S.A (SANTA FE)
- CLÍNICA IMPAR (ROSARIO)
- GRUPO GAMMA - HOSPITAL
PRIVADO ROSARIO

- INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE ROSARIO
S.A (ROSARIO)
- INSTITUTO INTEGRAL DE NEFROLOGÍA S.A
(SANTA FE)
- SANATORIO AMERICANO S.R.L (SANTA FE)
- SANATORIO DE LA MUJER (ROSARIO)
- SANATORIO DE NIÑOS S.A (ROSARIO)
- SANATORIO GARAY S.A (SANTA FE)
- SANATORIO GRAL. GÜEMES
- SANATORIO MAYO S.A (SANTA FE)
- SANATORIO MÉDICO DE DIAGNÓSTICO
Y TRATAMIENTO (SANTA FE)
- SANATORIO PARQUE S.A (ROSARIO)
- SANATORIO RECONQUISTA S.A
(RECONQUISTA)
- SERVICIOS MÉDICOS S.M. –
SANTO TOMÉ (SANTA FE)
- TIHEGA S.A (SANTA FE)

PCIA. DE TIERRA DEL FUEGO
- C.E.M.E.P. – CLÍNICA DE ESPECIALIDADES
MÉDICAS PRIVADAS S.R.L

PCIA. DE TUCUMÁN
- CENTRO DEL RIÑÓN Y DIÁLISIS S.A
(TUCUMÁN)
- SANATORIO 9 DE JULIO S.A (TUCUMÁN)

Precisión
al Servicio de
la Salud



VIDT CENTRO MEDICO

Excelencia en Terapia Radiante
INSTITUCIÓN AFILIADA A LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA U.B.A.
CENTRO ASOCIADO A RADIATION THERAPY SERVICES - U.S.A.

Image Guided Radiation Therapy - IGRT

Radioterapia de Intensidad Modulada - IMRT

Radioterapia Conformacional Tridimensional

Radiocirugía Estereotáctica

Radioterapia Estereotáctica

Accelerador Lineal



Vidt 1924 (1425) Capital Federal - Buenos Aires.
Tel.: (54-11) 4824-8326 / 4821-8684 (L. Rotativas)
E-mail: info@vidtcm.com.ar
Web-site: <http://www.vidtcm.com.ar>



Aseguramiento de Calidad bajo Normas Iso 9001:2008

Integramos recursos para un servicio seguro, rápido y responsable

Servicio + Trayectoria + Eficiencia

Más de 70 años brindando soluciones en la provisión de insumos médicos.
Respaldan nuestro trabajo: clínicas, sanatorios, hospitales, empresas de
internación domiciliaria, profesionales y farmacias.

+ Info

4586-0099 y rotativas

Cucha Cucha 2763/5 Capital Federal
info@bacimed.com.ar / ventas@bacimed.com.ar
bacimed.com.ar



Bacimed
Insumos médicos

Tu historia es muy importante

Nuevo portal para estudios e informes on line



Portal Médico

Portal Paciente



Más de 20 Servicios Médicos: Resonancia Magnética, Tomografía Compuada, Ecografía y Doppler, Mamografía, Radiología, Laboratorio, Cardiología.

Nuevo Chequeo Médico Integral en 2 horas y espacio exclusivo

"Cada paciente y su médico pueden acceder a los estudios e informes ingresando a nuestra web desde cualquier dispositivo móvil o computadora de un modo ágil y seguro".

Diagnóstico
por imágenes

Quirófano

Consultorios
Externos

UTI / UCO

**SU
SOLUCIÓN
EN EQUIPAMIENTO
MÉDICO HOSPITALARIO**

Contamos con tecnología de avanzada para equipar su institución.

Más de 17 años de experiencia nos avalan.

mindray **Welch** **Allyn** **HITACHI**  **SonoSite**  **esaote**

Consúltenos

0810 - 333 - 8273

www.tecnoimagen.com.ar