

# JORNADA Seguridad en la atención médica de los pacientes El rol de los Comités de Seguridad Hospitalarios



1º Jornada de Seguridad en la atención médica de los pacientes | CEMIC



De izq.- derecha: Dr. Guillermo Williams, Dr. Enrique Gadow, Acad. Abraam Sonis, Acad. Roberto Arana, Dr. Robert Watcher, Dr. Homero Bagnulo, Dr. Antonio Pages, Dr. Jonas Gonseth, Magter. Jesús María Casal Gómez, Dr. Matias Milberg.  
Abajo: Dra. Analía Amarilla, Dra. Marcela Defagó, Dra. Zulma Ortiz

Los días 6 y 7 de Agosto de 2008, en la Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, se realizaron la **V Jornada Nacional de Seguridad en la atención médica de los pacientes** para discutir y aprender sobre “**el rol de los comités de seguridad hospitalarios**”; y la I Jornada de Seguridad en la Atención Médica de los Pacientes del CEMIC. A las mismas asistieron más de 150 personas, que incluyó la visita de hermanos de la República del Uruguay, Chile, Colombia, Paraguay, y México.

La intención de estas Jornadas fue reflexionar acerca de la composición y el rol de los comités de seguridad hospitalario, su razón de ser y las herramientas con las que cuenta, así como también, la dinámica de participación y la estrategia comunicacional que los mismos deberían tener para contribuir positivamente a

En Julio del 2001 fue aprobado por resolución nº 517/01 del Consejo de Administración de la Academia Nacional de Medicina, la creación de un Comité de Error y Calidad en Medicina. Un año después, dicho Comité delegaba en el Instituto de Investigaciones Epidemiológicas la responsabilidad de estudiar la problemática del error en medicina y la seguridad de los pacientes. En estos 6 años hemos sostenido nuestro proyecto a pesar de las dificultades y el escaso financiamiento, hemos crecido y logrado aprendizajes, que se dieron en los ámbitos de intercambio a través de los ateneos, la página web y las investigaciones y capacitaciones.

# JORNADA Seguridad en la atención médica de los pacientes El rol de los Comités de Seguridad Hopitalarios

MIÉRCOLES 6 DE AGOSTO

## Primera mesa

Luego de la apertura a cargo de las Autoridades de la Academia Nacional de Medicina y del Centro de Educación Médica e Investigación Clínica (CEMIC) se presentó la primera mesa moderada por el **Académico Abraam Sonis** con el tema “Reflexiones y Acciones sobre los Comités de Seguridad Hospitalarios”

En esta mesa el **Académico Alberto Agrest**, expuso sus reflexiones acerca de “¿Por qué un comité de seguridad hospitalario?” (ver editorial de este boletín). Su mensaje podría resumirse en la necesidad de creación de comités de seguridad en cada institución, con el objetivo de funcionar como productores y evaluadores de soluciones para la seguridad del paciente.

***Destacó que el mayor desafío es conformarlos, encontrar líderes y mantener la motivación.***

Luego, el **Magter. Jesús María Casal Gómez** compartió el “**Plan de Seguridad de España. Sus logros y desafíos**”. Tras una breve descripción del sistema nacional de salud español, Casal Gómez ***destacó que una de las prioridades del mismo es el de mejorar la seguridad del paciente, bajo los principios de humildad, honradez y honestidad.***

A continuación, el **Dr. Homero Bagnulo**, presentó los “**Planes y desafíos de la Comisión Nacional de Seguridad y Error en Medicina del Ministerio de Salud de Uruguay**”

1º Jornada de Seguridad en la atención médica de los pacientes | CEMIC



Describió cómo se consolidó un grupo técnico, que incorporó enfermería profesional, para la recepción de denuncias que se investigaron y a partir de las cuales se generaron acciones correctivas. Algunas de ellas son: estudios sistemáticos de evaluación de resultados, sistema de segunda opinión, ateneos, un premio denominado “Paciente Seguro”, entre otras acciones.

***Subrayó que el plan favoreció un cambio en la actitud de los médicos y una mejora en los indicadores de resultados en la asistencia.***

Finalmente como cierre de esta primera mesa el Dr. Guillermo Williams, quien compartió su exposición con la Dra Analía Amarilla, comentó sobre el “Rol del Estado en la Argentina respecto a la seguridad de los pacientes”. Ambos se refirieron al mejoramiento de la calidad de servicios de salud individual y colectiva como función esencial de la Salud Pública y describieron los proyectos en curso: IBEAS, “Una Atención Limpia es una Atención Segura”, “Transfusión Segura”, “Cirugía Segura Salva Vidas” e “Incorporación de los pacientes en la seguridad de la asistencia sanitaria”

## Segunda mesa

Esta mesa “**Implementando soluciones en Seguridad**” fue moderada por la Dra. Mónica Confalone. En ella la Lic. Stella

# JORNADA

## Seguridad en la atención médica de los pacientes El rol de los Comités de Seguridad Hospitalarios

1º Jornada de Seguridad en la  
atención médica de los pacientes | CEMIC

Maimone expuso acerca de **“¿Por qué no se lavan las manos?”** Su disertación comenzó con un repaso de la literatura mundial y local acerca de las barreras a la adherencia del lavado de manos, destacando que son de tipo: estructural, organizacional, de comportamiento social, entre otros. La Lic. enfatizó sobre la necesidad de

**1) cambiar el enfoque 2) distinguir lo importante de lo que no lo es 3) y dejar de hacer aquello que no ha resultado, a través de educación. Hace falta un cambio de actitud ante la prevención de enfermedades, tolerancia “o” y para lograr tolerancia “o” los hospitales necesitan responsabilidad y sostén administrativo.**

A continuación, el Dr. Matias Milberg se refirió a **“Los buenos, los malos o la dificultad para implementar”**. Su mensaje puede resumirse en que para la seguridad en la atención de los pacientes, **la estrategia debe ser multimodal, multidisciplinaria y basada en la evidencia, con el compromiso de todos los actores: gobierno, comités de seguridad e infecciones, directivos y pacientes, realizar difusión adecuada, y no olvidar la medición y retroalimentación.**

### Plenaria

Bajo la moderación del Dr. Milberg, el Dr. Robert Wachter presentó **“La seguridad de los pacientes en perspectivas”**, describiendo **“El fin del principio. La seguridad de los pacientes 8 años después del Reporte del IOM”**.

**Dr. Robert Wachter:** Médico, profesor y Director asociado del Departamento de Medicina de la Universidad de California, San Francisco donde fue distinguido con una beca en Medicina Hospitalaria. Es también Jefe de la División Medicina hospitalario y Jefe del servicio de medicina del centro médico de la UCSF. Ha publicado 200 artículos y 6 libros en el campo de la calidad, seguridad y políticas de salud. Él impuso el término "hospitalista" en un artículo del año 1996 del New England Journal of Medicine, fue el último presidente de la Sociedad de Medicina Hospitalaria y editó el primer libro de texto (Medicina Hospitalaria). Es considerado el líder académico del movimiento hospitalista, la especialidad que más rápido ha crecido en la historia de la Medicina moderna. Es líder nacional en seguridad del paciente y calidad de la atención en salud. Es editor de la Agency of Health Research and Quality (AHRQ) WebM&M, que es una revista electrónica de seguridad del paciente y de la red de Seguridad del paciente de la AHRQ, el portal federal líder de la seguridad del paciente. Forma parte del Comité de Directores de la American Board of Internal Medicine y forma parte de Comité consultor de atención de la salud de varias compañías incluyendo Google.



Dr. Robert Wachter

# JORNADA Seguridad en la atención médica de los pacientes El rol de los Comités de Seguridad Hospitalarios

**JUEVES 7 DE AGOSTO**

## Primera mesa

Moderada por el Dr. Agustín Languasco, la mesa sobre **Tecnología Informática, información y Seguridad**, contó con el Dr. Daniel Luna, quien se refirió a la experiencia del hospital Italiano.

*Enfatizó acerca de la importancia de mejorar la seguridad del paciente en los centros de salud, a través de una mejora de la tecnología informática.*

Presentó los cambios realizados en el Hospital Italiano que ayudaron a reducir errores y mejorar la seguridad de los pacientes, tales como: listados electrónicos de las internaciones, diferentes vías de acceso a la información a disposición de los pacientes, sistema de alerta en la historia clínica para el control de enfermedades infecciosas, solapa para indicación farmacológica dentro de la historia clínica, sistema electrónico de reporte de errores, entre otros.



Dr. Homero Bagnulo, Magter. Jesús María Casal Gómez, Acad. Abraam Sonis, Acad. Alberto Agrest, Dr. Guillermo Williams

1º Jornada de Seguridad en la atención médica de los pacientes | CEMIC

A continuación, la **Dra Zulma Ortiz y la Lic. Julia Anciola**, realizaron una **presentación sobre “¿Cómo el acceso a la información en salud puede contribuir a la equidad, calidad y seguridad del paciente?”**. A través de la identificación y caracterización de sitios Web con recursos que puedan ayudar a los pacientes.

*enfatizaron en la necesidad de acceso a la información, por ser este un factor determinante de las desigualdades en salud. Describieron las diferentes barreras que enfrentan las personas en los países en desarrollo (infraestructura, lenguaje, etc.) y sobre todo la falta de control en la calidad de la información disponible en la Web. Sumado a que gran parte de esta información persigue otros fines, por lo general comerciales.*

## Plenaria

El Dr. Jonas Gonseth disertó sobre el tema **“Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención en Latinoamérica: marco actual y orientaciones de futuro”**.

**Dr. Jonas Gonseth:** ocupa la posición de Experto Asociado en Calidad de Servicios de Salud en la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), en Washington DC desde junio de 2006 y punto focal de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente/OMS en las Américas. Es médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2004). Máster en Salud Pública por la Escuela Nacional de Sanidad de España (2001) y Doctor por la Universidad Autónoma de Madrid (2003) en el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.

El Dr. Gonseth afirmó que a pesar de los esfuerzos de los estados miembros, la falta de calidad continua siendo un desafío importante tanto para los países desarrollados como los en vías de desarrollo.

Destacó que la OPS ha desarrollado varios proyectos en la región: campañas para la utilización de material descartable y esterilización, programa Atención Limpia “Primer Reto Mundial”. También, en la región, se están llevando a cabo diferentes análisis de situación: revisión sistemática de la literatura en calidad en Latinoamérica, revisión regional de las iniciativas de calidad, revisión regional de organizaciones de pacientes. Resaltó la existencia de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente. Esta Alianza ayuda a los países miembros de la OMS a optimizar el desempeño de sus sistemas de salud a través de la mejora de la seguridad del paciente.

### Segunda mesa

La Dra. Analía López moderó la mesa: **“Experiencias Locales en los Comités de Seguridad Hospitalario.”**

La Dra. Nora Dackiewicz comentó la experiencia del Hospital de Pediatría Garrahan y enfatizó que **“la seguridad no es sólo una prioridad: debería ser una condición previa”**. La Dra. Dackiewicz presentó brevemente las características del Hospital al que representa. Desde marzo del 2001 el hospital cuenta con programas de calidad en donde abarcan diferentes temas como: medicina basada en evidencias, guías clínicas, evaluación de tecnología sanitaria, comisión de historia clínica única, mortalidad, satisfacción del paciente, farmacia, comité de fármaco terapéutica y farmacovigilancia, hemoterapia,

ética, epidemiología y control de infecciones, riesgo laboral, higiene y seguridad, salud ambiental, comité de gestión de riesgo. Este último comité, puso en práctica ciertas acciones relacionadas con la cultura, los errores de prescripción, talleres para médicos y enfermeros, clases a residentes, análisis del evento centinela, identificación, confección de indicadores y reporte de eventos adversos para poder cumplir con sus objetivos. La Dra. Dackiewicz concluyó que el Hospital es seguro pero se debe mejorar. El Comité de Seguridad debe actuar alineado con la estructura y cultura organizacional. Las principales barreras son la instalación de cultura, comunicación y rechazo al cambio. Y por último el cambio de cultura debe involucrar al equipo de salud, pacientes, ciudadanos y a los gestores de salud

A continuación, el Dr. Héctor de Uriarte presentó **“La experiencia del Hospital de Pediatría de la Santísima Trinidad de Córdoba.”** El disertante presentó las características del hospital, y luego se explayó sobre las acciones realizadas en las áreas de la cultura, la vigilancia y la seguridad. En cultura, se llevaron a grupos focales, entrevistas y encuestas que dieron cuenta de cómo la estructura edilicia del hospital y las necesidades en recursos humanos facilitan la aparición de errores. En el área vigilancia se implementó un sistema de reporte del error, y por último en el área de la seguridad se realizó una vigilancia epidemiológica con el fin de describir la frecuencia y tipo de eventos adversos ocurridos en internaciones clínicas y quirúrgicas. En julio del 2007, se creó un Comité de Seguridad y se llevaron a cabo acciones relacionadas con el lavado de manos, uso racional de medicamentos, infecciones respiratorias bajas, reporte anónimo de eventos adversos, talleres sobre seguridad de los pacientes para residentes, médicos de planta y enfermeros, ateneo central del hospital, semana de concientización sobre la seguridad del paciente, difusión mediante editoriales y artículos para enfermería en el propio lugar de trabajo.

### Tercera mesa

La última mesa de las jornadas fue denominada **“Reportando y Analizando Errores”** y tuvo a Brenda Gómez como moderadora. Brenda es estudiante de Medicina de la UBA y paciente. Al comenzar la mesa, Brenda leyó una carta que transcribimos.

#### LA SIGLA DESCONOCIDA: TBC

*“Mi nombre es Brenda Gómez, tengo 22 años y soy estudiante de medicina de la UBA, pero creo más importante contarles que hace 15 días me diagnosticaron TBC, una sigla poco escuchada en medios de comunicación pero que lamentablemente tantos tenemos sin saberlo.*

*En pocas líneas voy a relatarles los acontecimientos y por supuesto para aquellos que todavía no hayan descifrado esa palabra de 3 letras, les contare el nombre de mi enfermedad y su sintomatología, para que otros no corran la misma suerte que yo.*

*Después de reconocer que mis tos ya no era cosa normal decidí visitar al médico, sin jamás imaginarme que ese sería el comienzo de esta peregrinación hospitalaria tanto privada como pública.*

*De tantas cosas fue portador mi cuerpo en diferencia de 24 horas. Por supuesto según el profesional que me veía...bronquitis, broncoespasmo, neumonía, alergias hasta llegue a tener asma.*

*Igualmente aquel día iba a llegar en donde mi cuerpo expresaría la totalidad de los síntomas.*

*Como dije antes llegaría y llegó...por distintas causas, una de ellas tratarme un asma inexistente.*

*Eso ocurrió el 4 de febrero de este año después de casi dos meses de enfermedad en donde decidieron internarme.*

*El médico número 18 (podría decir que mi salvador) dio la orden para realizar una simple prueba de laboratorio. Después de algunas horas se logro detectar un determinado bacilo...mi enemigo desde entonces, se los presento para los que no lo conocen su nombre es Koch.*

*En ese momento creí que se me terminaba la vida después que me dijeron la palabra, solo por falta de información porque si se trata correctamente, con conciencia podemos evidenciar la mejoría en cuestión de días, aunque el tratamiento dure un mínimo de 6 meses.*

*El temor era la causa de no saber contra que estaba luchando, por más de tener materias aprobadas en la facultad...como si eso evitaría enfermarme.*

*El dolor se acrecentaba por haber expuesto a tantos seres queridos al contacto conmigo sin poder evitarlo. Ahora que ya les conté brevemente mi experiencia con esta enfermedad, llego el momento de ponerle nombre y apellido a lo que tengo y tanta gente hace oídos sordos en esta problemática que día a día se acrecienta aunque creamos que eso pasaba antes y ya no existe, porque lo que yo tengo es "Tuberculosis Pulmonar", por supuesto que nada de lo diagnosticado anteriormente.*

*El pequeño gran detalle que se les escapó a los profesionales que me atendieron anteriormente fue que yo tenía un cuadro que en medicina se llama sintomático respiratorio, es decir, tos con expectoración de más de 15 días de evolución y debían hacerme por rutina una baciloscopia de esputo (poner en un recipiente esterilizado la expectoración), pero claro...como iban a hacérmelo si yo no "encajaba" con el tipo de pacientes que lo padecen, como tantos miles de personas tampoco encajaron ni encajaran.*

*Por eso mismo después de ponerme en contacto con autoridades de la Asociación de Medicina Respiratoria, entrar a la página del Ministerio de Salud, poner en el buscador de campañas "tuberculosis" y el resultado haya sido que no se realiza ninguna campaña activa, tomé la decisión de escribir esta carta.*

*La idea no es atemorizar a la gente sino alertarlos sobre esta enfermedad y contarles que se contagia cuando una persona sana tiene contacto con otra persona enferma y que no está en tratamiento. Cuando el enfermo tose o estornuda, elimina las bacterias de la Tuberculosis, que quedan suspendidas en el aire y pueden ser inhaladas por otra persona.*

*Por eso lo importante de cumplir con el tratamiento, así como también diagnosticarlo a tiempo y mas aun finalizarlo cuando lo diga el medico, no cuando sentimos la mejoría.*

*Las personas pueden tener los siguientes síntomas como lo son la tos, fiebre, cansancio, falta de apetito, pérdida de peso y sudor nocturno pero recuerden que con una baciloscopia de esputo se puede diagnosticar, ustedes tienen todo el derecho de pedirlo.*

*La OMS declara el 24 de marzo como el Día Mundial de la Tuberculosis. Se conmemora que el 24 de marzo de 1882, el Dr. Robert Koch anunció el descubrimiento del bacilo de la tuberculosis.*

*Pasaron ya 18 días desde que me entere que es exactamente lo que tengo, uso a diario un barbijo que me permite no contagiar a la gente y tomo exactamente 12 pastillas por días.*

*Si crees que puedes tener la enfermedad, lo único que debes hacerte es una placa de tórax una prueba que se llama reacción de Mantoux y ver a un infectólogo o neumonólogo con los resultados.*

*No te olvides que estos análisis son gratuitos en los hospitales públicos y en el caso de estar enfermo tus remedios son sin cargo también.*

*Mientras mas seamos los diagnosticados que podemos tratarlos, mientras más información tengamos, menos serán los infectados.*

*Espero que con esta carta, con lo que me tocó y me toca vivir alguien tome cartas en el asunto, que se logren dar cuenta que con decir que hay que aplicarse la BCG no alcanza, simplemente no alcanza, que es hora de hacer una campaña de concientización sobre síntomas y en el caso de tenerla hacer un seguimiento de los pacientes para que se cumpla el tratamiento, por el simple hecho de que los pacientes no tratados son un riesgo para otras personas sanas. Información solo información, eso es lo que tanta falta nos hace y con prisa.”*

Luego de este momento se dio comienzo a la presentación de la **Dra. Barrionuevo** bajo la pregunta: **“¿Cuál es la mejor estrategia para detectar errores de manera dinámica, continua, relevante y efectiva?”**

**presentó los resultados de un estudio epidemiológico sobre eventos adversos en la población de neonatos internados en un servicio de neonatología público de Bahía Blanca.**

Los objetivos del estudio fueron: fortalecer la seguridad de la atención en el Servicio de Neonatología del Hospital Penna de la ciudad de Bahía Blanca; describir la epidemiología de EA en una población neonatal de un Servicio de Neonatología Público de la Ciudad de Bahía Blanca, y analizar sistemáticamente las causas de EA prioritarios en neonatos internados.

Asimismo se realizó un Análisis Causa Raíz de la infección intrahospitalaria y luego se definieron las soluciones y un plan de acción.

Por último la **Dra. Paula Otero** habló sobre **“Comunicación anónima de los errores. Experiencia local e internacional”**. La Dra. describió como los mayores errores en medicación se presentan tanto en la prescripción, como en la administración, en la transcripción y en la dispensación.

**Es necesario establecer un sistema de notificación anónima de los errores ya que sólo conociendo y analizando los errores que ocurren, se podrán desarrollar estrategias dirigidas a evitar que éstos vuelvan a producirse.**

Este sistema de reporte necesita aclarar quien, ámbito y como. Para esto, en el Hospital Italiano, crearon un formulario on-line en la Intranet hospitalaria y buzones en sectores de internación. La forma de reportar es confidencial y anónima y tiene independencia de cualquier autoridad.

### **Iniciativa sobre Comité de Seguridad en Argentina.**

Dando fin a las Jornadas, los secretarios científicos de las mismas: Dra. Zulma Ortiz y el Dr. Matias Milberg, presentaron la iniciativa del Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires para mejorar el funcionamiento de los Comités de Seguridad Hospitalarios.

Esta iniciativa pretende lograr una red de comités hospitalarios de los centros de salud de todo el país. Para esto invitaron a los miembros de los distintos comités acercarse al Instituto y pensar en una nueva forma de trabajar en conjunto en busca de la seguridad de los pacientes.



Equipo de Seguridad del Paciente IIE y CEMIC, con invitados

***El Instituto de Investigaciones  
Epidemiológicas agradece a todos los  
expositores y asistentes y los espera en  
las próximas jornadas***

# 1º Jornada de Seguridad en la atención médica de los pacientes | CEMIC

Luego de una presentación a las Jornadas a cargo de la Dra. Zulma Ortiz, gestora de la idea de este formato mixto de jornadas, recalando la importancia de la actuación conjunta y de mostrar implementaciones, es que se dio comienzo a la primera mesa: **“La cultura de seguridad en CEMIC, resultados de una encuesta en internación”** moderada por el Dr. José de Ustarán. En ella la Dra. Analía López presentó el primer trabajo formal del comité de seguridad conformado a inicios de 2007. ¿Por qué se buscó analizar la cultura de Seguridad y mostrar dicho análisis? Porque ayuda al diagnóstico de la cultura institucional, promueve el conocimiento acerca de la seguridad, permite establecer un basal para evaluar el impacto de futuras intervenciones en seguridad y compararse con otras instituciones y en algún punto permite generar mayor credibilidad en los pacientes al ver que hay compromiso de sus profesionales frente a los errores. La Dra. López hizo hincapié en la importancia de liderazgos activos para generar los cambios necesarios; donde la buena comunicación y el respeto y confianza por roles que trascienden las jerarquías son fundamentales. Todo esto sumado a una política institucional que acompañe, puede ser determinante para cambiar una cultura de bajas expectativas por otra que confía que todo saldrá bien frente al peligro, gracias a las señales de alerta. Este cambio de expectativas hará por sí sólo, al sistema más seguro.

Luego el Lic. José Molina presentó al **Dr. Agustín Languasco** quién disertó sobre el **“Uso seguro de Quimioterapia en Internación”**

Uno de los errores más frecuentes y peligrosos es el que ocurre secundario a la prescripción y manejo y administración de medicación. Por este motivo el Dr. Agustín Languasco presentó la experiencia llevada adelante en la implementación de un programa para administración segura de esquemas de quimioterapia. Se utilizó este

grupo específicamente, pues los errores aquí ocurridos, son particularmente peligrosos por su estrecho margen terapéutico, por afectar a pacientes débiles y comórbidos y por estar incluidos en protocolos cambiantes y complejos. Son, de hecho, una de las causas más frecuentes de muerte relacionadas a errores en medicación. Aquí, se recalcó la importancia de estructurar procesos que se repiten y uniformarlos para prevenir errores usando barreras y redundancias para evitar eventos adversos. Se utilizó algo de tecnología informática para la prescripción y rotulación, participación de todos los involucrados y refuerzos de comunicación. Como todos los procesos reestructurados, en el terreno requiere permanentes ajustes y controles.

Luego de un receso el Dr. **Ignacio Isola** **presentó la exposición de la Dra. Mariana Galante, y el Dr. Abel Novillo** sobre **“Los pases en internación: traslados seguros y pases de guardia”**

En los hospitales modernos, llenos de unidades de diferente grado de complejidad y de grupos de atención multidisciplinarios y multiculturales en su accionar, la atención de los pacientes se ve fraccionada en cada movimiento del paciente por el hospital y en cada movimiento de los diferentes equipos que entran y salen de su atención. Es en este punto en que el sistema genera una exposición al error y la Dra. Mariana Galante nos mostró como los traslados entre áreas protocolizados ayudan a minimizar los eventos negativos en tanto estén diseñados por consenso entre las áreas involucradas, estableciendo momentos con roles y responsabilidades definidas, con apoyo acordes a la complejidad del paciente, participación de los familiares y comunicación efectiva entre todos los participantes. No resulta sencillo garantizar el correcto

# 1º Jornada de Seguridad en la atención médica de los pacientes | CEMIC

funcionamiento de estos protocolos pluri participativos por lo que el seguimiento estrecho, cierta habilidad negociadora y capacidad de absorber frustraciones resultan esenciales.

Seguidamente, el Dr. Abel Novillo, mostró el formato de pases estructurado de información con base en herramienta Access que revolucionó la forma y, fundamentalmente, la seguridad con la que se transmite la información entre los médicos de Medicina Interna en los pases. Mientras era jefe de residentes de Medicina, se llevó a cabo la implementación y ésta resultó la más sencilla y exitosa de todas las que tuvieron lugar; ¿el motivo? respondía a una necesidad y cubría holgadamente sus expectativas. El sistema es estructurado y permite actualizaciones diarias y anticipar conductas. De todas maneras quedó claro que al instrumento se debe agregar hábitos como el de proteger espacio/tiempo de realización, repetición de datos cruciales y predefinición de conductas.

Finalmente tuvo lugar la mesa moderada por el Dr. Ezequiel García Elorrio, en la que el **Dr. Mario Fuentes** compartió con nosotros su ponencia acerca de “**Los comités institucionales: ¿Facilitan o dificultan la gestión en los hospitales?**”

El Dr. Mario Fuentes es médico de la Universidad de Buenos Aires, especialista en Gestión y Dirección de Instituciones de Salud de la Universidad Austral. Director Médico del Hospital Universitario del Cemic Sede Saavedra. Presidente del Comité de calidad del Cemic desde 1997. Se pudo apreciar en su exposición no solo su vasta experiencia en el funcionamiento eficiente de comités y si no su compromiso ya que fue quien iniciara a todo este grupo en el camino de la mejora de la calidad. El Dr. Fuentes, repasó algunos conceptos que hacen al tipo de composición y forma de funcionamiento de un comité que se piense operativo pero a la vez plural y

deliberativo. Fue importante su testimonio pues determinaba en campo, la coherencia de un equipo donde se desea la mejora y donde la conducción forma parte activa y protagónica cumpliendo su rol facilitador y ejecutivo. La presencia del Jefe del Departamento de Medicina, Dr. Cristián López Saubidet; el Director de Asistencia Médica, Dr. Oscar G. Mandó y el propio Presidente del Cemic Dr. Enrique Gadow, participando en medio del público, le daban el marco de respaldo que una empresa como la seguridad de los pacientes requiere.

Si el éxito en el intento de acercar el mundo de la nueva teoría de la seguridad en la atención de los pacientes y la realidad de campo donde los errores se transforman en eventos adversos quedase expresado en la integración y participación de un público hasta ayer más pasivo; se podría afirmar que la unión de las 5as jornadas nacionales y las 1as de una institución lo fue.