



Nuestro Mundo Hospitalario



Descarga
versión
digital

¿Qué es la bioética en la medicina?

Editorial

Lic. Mario González Ulloa Arellano
Mtro. Héctor Flores Hidalgo

Intervención de Salud Digital

Calidad Hospitalaria Integral
e Individual

Los Mejores Hospitales
Privados de México

Un Enfoque Integrado a la Salud

Hospitales Seguro de Pie y
Funcionando ante un Desastre II



Asociación Nacional de Hospitales Privados

PHILIPS

Health Systems

Monitores para pacientes

Cuando el presupuesto y la calidad importan, tu selección es Philips.

El sistema sanitario se enfrenta ante una necesidad global: reducir los costos y seguir ofreciendo cuidados de gran calidad. En Philips, podrá encontrar la línea de monitores acorde a su necesidad:

Precio

GOLDWAY



Goldway G40E

La solución más económica. Un monitor rentable, fácil de aprender y pre configurado para mediciones confiables.

EFFICIA



Efficia CM150

Una línea de monitores, para mediciones fiables; modularidad y conectividad a un costo asequible.

INTELLIVUE



Intellivue MX550

La línea de monitores más completa y avanzada, 100% flexible, escalable y adaptable a sus necesidades.

Performance

innovation  you

Asociación Nacional de Hospitales Privados

Presidente

Lic. Mario González Ulloa Arellano
Grupo Dalinde / San Ángel Inn

Vicepresidente

Mtro. Héctor Flores Hidalgo
Hospital Español

Tesorero

C.P. José Testas Antón
Hospital Español

Secretario

Lic. Álvaro López Aldana
Centro Médico ABC, Campus Santa Fe

Vocal

Dr. Horacio Garza Ghio
Grupo Christus Muguerza
Dr. Carlos Dueñas García
Hospital San Javier
C.P. Alejandro Alfonso Díaz
Centro Médico ABC, Campus Observatorio
C.P. Nora Leticia Ramírez García
Sanatorio Florencia
Lic. Miguel Isaac Khoury Siman
Hospital MAC

Nuestro Mundo Hospitalario

Comité Editorial

Dr. en C. Roberto Anaya Prado
Hospitales Puerta de Hierro
Act. Miguel Ángel Hernández Rodríguez
Director del Comité Editorial
Lic. María Rosalina León López
Hospital San Javier
Ing. Arq. Juan Armando Monroy López
Beneficencia Española (Tampico)
Lic. Gerardo Ramón Ríos Zamudio
Grupo Hospitalario San Ángel Inn
Dr. Fredy Chablé Montero
Hospital San Ángel Inn Universidad
Dra. Irene Emmita Maulén Radován
Hospital Angeles Lomas
Dr. Marco Antonio Ponce Camacho
Doctors Hospital

Diseño y Formación Editorial

Angeles en línea, S.A de C.V.
Asociación Nacional de Hospitales Privados

CONTENIDO

Intervenciones de Salud Digital:

Un marco de referencia para
iniciativas de innovación



¿Qué es la bioética en la medicina?



Calidad Hospitalaria

Integral e Individual



Los Mejores Hospitales Privados de México Ranking 2021



Un Enfoque Integrado a la Salud



Hospital Seguro: De Pie y Funcionando Ante un Desastre II



EDITORIAL

LIC. MARIO GONZÁLEZ ULLOA ARELLANO
GRUPO HOSPITALARIO DALINDE / SAN ÁNGEL INN

Estimados Asociados:

A 22 años de su fundación, la Asociación Nacional de Hospitales Privados ha forjado un sólido reconocimiento y un amplio prestigio a nivel nacional, resultado del esfuerzo y compromiso de toda una comunidad, bajo la dirección de sus presidentes que, con el apoyo de sus respectivas mesas directivas, han sabido darle continuidad, coherencia y empuje.

Después de dos años en la presidencia, reitero el privilegio que ha sido estar al frente de la Asociación más representativa de las instituciones de salud en el sector privado en México. Un incesante compromiso y responsabilidad, que engrandecen la vida personal y profesional. Esto gracias al gran equipo constituido por los miembros de la mesa directiva que han dedicado su tiempo, esfuerzo y apoyo incondicional. Mi más amplio reconocimiento a la C.P. Leticia Ramírez García, Lic. Olegario Vázquez Aldir, Mto. Héctor Flores Hidalgo, C.P. José Testas Antón, Lic. Álvaro López Aldana, Dr. Horacio Garza Ghio, Dr. Carlos Dueñas García, C.P. Alejandro Alfonso Díaz y al Lic. Miguel Houry Siman.

Actualmente contamos con 137 hospitales asociados, tuvimos un crecimiento en estos dos años del 37.4%; mi profunda gratitud y reconocimiento a todos los asociados por su participación y confianza. Ustedes son la verdadera esencia de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, y quienes le dan sentido a su existencia.

Asimismo, reconozco el esfuerzo y el apoyo de los miembros de los diferentes comités que contribuyeron al fortalecimiento de nuestra Asociación; el Comité Editorial de la revista Nuestro Mundo Hospitalario, el Comité de Indicadores, el Comité de Nueva Normalidad y el Comité de Medios de Comunicación.

Durante mi gestión se sortearon tiempos difíciles y llenos de retos, se logró establecer el primer acuerdo de cooperación entre los sectores público y privado, el convenio "Todos juntos contra el COVID-19", generando un apoyo sin precedente en la atención de la salud de los

mexicanos en los momentos más duros de la pandemia. Se concertaron múltiples reuniones al más alto nivel Federal, con un acercamiento y comunicación constante, que generaron una alianza muy importante.

Ante el reto de mantener protegidos a los colaboradores de nuestras instituciones y disminuir los riesgos a los que se enfrentan todos los días en el cumplimiento de su labor, se logró obtener el apoyo de las autoridades para incluir a los hospitales privados en las campañas de vacunación contra la COVID-19, se organizaron las sesiones de aplicación del toxoide y se apoyó con recursos humanos y materiales para su ejecución.

Además tuvimos una amplia representación en los medios de comunicación, siempre manejando información concreta y verídica, reafirmando los valores de nuestra Asociación y su trayectoria.

Nuestro plan de trabajo no hubiera sido posible sin el compromiso de nuestro director ejecutivo, el Act. Miguel Ángel Hernández Rodríguez, y del equipo administrativo conformado por Adriana Zamora González y Fabiola Mejía Lira, gracias por ser verdaderos aliados.

Concluimos nuestra labor con la satisfacción de haber realizado el mejor esfuerzo, sabemos que nuestros predecesores seguirán fortaleciendo nuestra querida Asociación. Estoy seguro de que este año 2022 traerá consigo bienaventuranza para todos.

Un fuerte abrazo.

TE7

Sistema de Ultrasonido de Pantalla Táctil

Diseño compacto, calidad superior de la imagen, flujo de trabajo agilizado, amplia gama de transductores, hacen que el TE7 ayude al médico a evaluar rápidamente las condiciones físicas del paciente.

Respuesta rápida

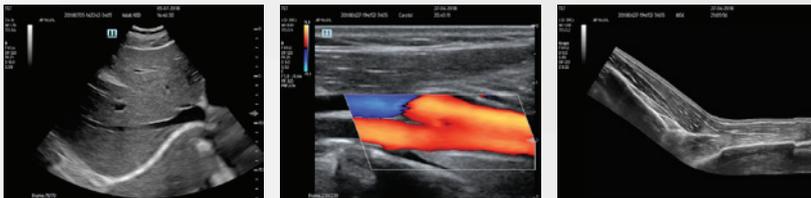
- Encendido en 3 segundos desde el modo standby
- Experiencia de trabajo ágil
- Alta velocidad de guardado de datos

Alta movilidad

- Hasta tres conectores para transductores
- Cable de alimentación retráctil para un uso seguro
- Wifi incorporado con hotspot

Solución completa para la desinfección

- Diseño de pantalla táctil sin ranuras para la desinfección fácil
- Bloqueo de pantalla de 10 segundos para la desinfección del equipo encendido



Para cotizaciones e información

Carolina Flores
c.flores@mindray.com
+55 79 03 97 31

 [@mindraymexico](https://www.facebook.com/mindraymexico)

 [@mindray_mexico](https://twitter.com/mindray_mexico)

 www.mindraymexico.mx

mindray



A LOS HOSPITALES AFILIADOS

Mtro. Héctor Flores Hidalgo

Director Jurídico y Representante Legal de la Sociedad de Beneficencia Española I.A.P.

Como es de su conocimiento, para el **periodo 2022-2024** fui promovido por todos como presidente de esta gran Asociación; debo de reconocer que es una designación que me llena de orgullo, pero también de una gran responsabilidad y compromiso.

Desde sus inicios he participado en la toma de decisiones de la Asociación, en cuanto a su administración y principales actividades. He trabajado para el sector hospitalario mexicano por treinta y cuatro años, de los cuales veintidós he dedicado grandes esfuerzos para la Asociación.



También debo manifestar que tomé posesión de esta responsabilidad en uno de los momentos más difíciles, pero también de mayor desarrollo de la Organización y con una carga muy grande después del trabajo efectuado por el Licenciado Mario González Ulloa, quien debo de reconocerlo, desde mi particular punto de vista, ha sido uno de los mejores Presidentes que ha tenido la Asociación.

Me deja una gran responsabilidad que asumiré con gran humildad y respeto, agradeciendo ante todo a los Hospitales miembros su ayuda y apoyo. Asimismo debo agradecer a mi Institución, el Hospital Español y a sus Directivos, por el apoyo que me han brindado y brindaran para llevar a cabo este trabajo.

En los próximos años el sector hospitalario privado tiene grandes retos por cumplir, dada la situación sanitaria, política y social que estamos viviendo. Los hospitales privados no somos ajenos a estas condiciones, por lo que deberemos estar atentos y trabajando en los cambios y compromisos a cumplir.

Considero que deberemos continuar, fortaleciendo y apoyando, los trabajos desarrollados en los periodos

anteriores, como el sistema de indicadores; la revista de la Asociación; las relaciones con los distintos actores del sector y la participación activa en los trabajos con el gobierno, las aseguradoras y distintos organismos públicos y privados.

Pondré especial interés en lograr una participación más activa de la Asociación en la toma de decisiones del sector, realizando acercamientos con la Secretaría de Salud, las Cámaras de Diputados y Senadores, el Consejo de Salubridad General de la República, la COFEPRIS, entre otros.

En algún momento llevaremos a cabo nuevos acercamientos y programas de trabajo con el sector asegurador, tratando de llegar a entendimientos relacionados con las actividades que desarrollamos los hospitales privados, así como el interés que tenemos, ante todo, en la calidad de los servicios que prestamos, así como en la seguridad de la atención de los pacientes. Al mismo tiempo seguiremos con las campañas de educación a los usuarios de los hospitales para que se comprenda la gran labor que se realiza, así como las inversiones, capacidades y formación de recursos humanos en salud que se lleva a cabo.

Retomaremos la organización de congresos de alto nivel que brinden formación a personal de los hospitales privados. Igualmente trabajaremos en cursos de capacitación para colaboradores de los hospitales, que ayuden a los miembros a fortalecer diversos rubros. Finalmente, exhorto a todos los afiliados a seguir trabajando juntos durante los próximos dos años, en beneficio de nuestra Asociación, estableciendo una comunicación constante y abierta en cualquier momento.

Muchas gracias



Intervenciones de Salud Digital:

Un marco de referencia para iniciativas de innovación

Alfredo Nacoud Askar / Gerente de Salud Digital Christus Muguerza

Salud Digital es un campo de estudio que combina el cuidado de la salud y el uso de tecnologías digitales. Esta combinación no es algo nuevo, de hecho, históricamente se ha aprovechado la tecnología en múltiples escenarios de salud. Hoy día no es diferente, la tecnología continúa siendo una herramienta poderosa en el cuidado de la salud, por lo que su uso requiere un marco de trabajo estandarizado.

Es así que en un reporte publicado en 2005 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya se concebía el concepto de “eHealth” como el uso rentable y seguro de las tecnologías de información en apoyo de la salud y los campos relacionados con ella¹, por lo que actualmente se ha convertido en el término Salud Digital con la finalidad de abarcar áreas emergentes como inteligencia artificial, genómica, entre otras.²

Posteriormente, en una revisión sistemática publicada en 2020, se encontró que el ecosistema de Salud Digital abarcaba múltiples componentes incluyendo: E-salud, salud móvil, salud 2.0, telesalud, telemedicina, vigilancia de la salud pública, estrategias de promoción de la salud, medicina personalizada, sistemas de información, automonitoreo, dispositivos “wearables”, sensores, imagenología médica y sistemas de información.³ En la práctica estos componentes y otros convergen en esfuerzos que intentan resolver problemáticas médicas al aprovechar el potencial de las tecnologías digitales.

Clasificación de intervenciones de Salud Digital

Ante la abundante cantidad de información en salud, así como lo conveniente de las aplicaciones tecnológicas, habitualmente se realizan esfuerzos de implementación que suelen ser efectuados con gran entusiasmo; sin embargo, pocas veces son basados en evidencia científica, lo que puede derivar en iniciativas de bajo impacto o poca duración.

Este riesgo puede ser mitigado utilizando alguno de los múltiples marcos de trabajo actualmente definidos para

este tipo de intervenciones, existiendo diferencias entre ellos según su complejidad. Por ejemplo, los usuarios implementadores deben seleccionar el marco de trabajo que mejor convenga al tipo de iniciativas y estructura de la organización⁴. En este caso se propone como mejor opción la metodología propuesta por la OMS para clasificar, monitorear y evaluar intervenciones de Salud Digital.

En un intento por organizar los esfuerzos de Salud Digital a nivel mundial, tras haber analizado la evidencia científica disponible, la OMS generó su propia metodología de intervenciones de Salud Digital que aporta todos los elementos necesarios para que cualquier sistema de salud, independientemente de su tamaño, pueda diseñar, implementar y vigilar sus propias estrategias de Salud Digital.

Esto permite a las organizaciones que adoptan la metodología hablar el mismo lenguaje en esta materia, con la finalidad de mejorar de forma colaborativa. El marco de trabajo se explica en detalle en el documento: “Recomendaciones sobre Intervenciones Digitales para el Fortalecimiento del Sistema de Salud”, en el que se propone un abordaje que comienza por describir los retos más comunes de los sistemas de salud que previamente han sido seleccionados y categorizados; asimismo se debe identificar cuál de estos retos concuerda con nuestra iniciativa para proceder a determinar qué intervención de Salud Digital es la que potencialmente puede contribuir a la resolución de ese reto.

Para facilitar esta fase, se han agrupado las distintas intervenciones en categorías según el usuario final o sistema que se ve impactado por aquella seleccionada, encontrando

en la versión 1.0 las siguientes categorías: clientes, trabajadores de la salud, administradores del sistema de salud y servicios de datos. Para finalmente clasificar el mecanismo técnico que entregará una o múltiples intervenciones, por ejemplo: un sistema de expediente médico electrónico o un sistema de telemedicina que ayudarán en el proceso. Esta metodología utiliza diferentes etapas para la implementación de las intervenciones de Salud Digital, las cuales se describen a continuación.

Monitoreo de intervenciones de Salud Digital

La medición oportuna y precisa de las intervenciones de Salud Digital puede ser complicada. De hecho, este es uno de los grandes desafíos que comúnmente se presentan en las organizaciones que se dedican al cuidado de la salud, debido a que la mayoría de estas son innovadoras y cambian rápidamente a través de las etapas de implementación, por lo que se deben considerar diversas preguntas antes, durante y después de la implementación de cualquier iniciativa de Salud Digital:

- ¿Las intervenciones abordan la necesidad identificada?
- ¿Se cumple con la expectativa funcional y técnica?
- ¿La intervención será viable en el largo plazo?
- ¿Los usuarios finales están satisfechos con la intervención?
- ¿Cuál es la relación calidad-precio?

En este sentido puede ser de utilidad establecer un plan que incluya un componente de monitoreo, que se define como el proceso continuo de recopilación y análisis de datos para comparar que tan bien se está implementando una intervención contra los resultados esperados⁵. El plan de monitoreo debe incluir la obtención de datos que puedan responder las siguientes preguntas:

- ¿Se cumplen los requerimientos técnicos?
- ¿El sistema está libre de errores y es estable?
- ¿El sistema realiza sus tareas previstas de manera consistente y confiable?
- ¿Existen variaciones en la implementación a través y / o dentro de los sitios de implementación? (en caso de implementaciones multicéntricas)

En nuestra experiencia ha sido de gran ayuda consolidar las distintas fuentes de datos en tableros interactivos que permitan el filtrado de estos en periodos, o especificar un nivel de granularidad sobre los errores y tiempos de respuesta en las iniciativas digitales.

Evaluación de intervenciones de Salud Digital

En esta etapa, igualmente descrita en el marco de trabajo de la OMS, se hace un análisis orientado a objetivos, añadiendo eficiencia, efectividad, impacto y sostenibilidad como variables que permitan describir el nivel de interacción de los usuarios finales, así como los impactos que la iniciativa ha creado en dichos usuarios durante la implementación.

Algunas preguntas relativas a esta etapa son:

1. Usabilidad
 - 1.1 ¿El sistema logró adaptarse a las necesidades de los usuarios y/o al proceso habitual de los mismos?
 - 1.2 ¿Qué tan difícil fue para los usuarios utilizar el sistema?
2. Eficacia y efectividad
 - 2.1 ¿La intervención modificó los patrones de uso o comportamiento?
3. Costo
 - 3.1 ¿La intervención incrementó los costos en la atención?

Mientras que el monitoreo pregunta: “¿el proyecto está haciendo las cosas bien?”, la evaluación pregunta: “¿el proyecto está haciendo las cosas que debería?”⁶ Con los datos obtenidos de las etapas previas se pretende establecer un vínculo entre la intervención y el cambio en los usuarios finales, lo que permite a las autoridades de cualquier organización tomar mejores decisiones y, con ello, mejorar el cuidado de la salud.

Conclusión

La medicina y la tecnología conservan una estrecha relación. Existen metodologías, como la propuesta por la OMS: “Intervenciones de Salud Digital”, que han sido elaboradas tras un tamizaje de la evidencia científica disponible en materia de Salud Digital a nivel mundial, las cuales podemos utilizar como guía al diseñar estrategias innovadoras. Promoviendo la utilización de metodologías como esta, se facilita la producción de nueva evidencia científica sobre casos de uso probados que otros equipos pueden utilizar de forma segura.

1. World Health Organization. FIFTY-EIGHTH WORLD HEALTH ASSEMBLY WHA58.28 RESOLUTION.; 2005. Accessed December 4, 2021. <https://www.who.int/healthacademy/media/WHA58-28-en.pdf>
2. World Health Organization. Recommendations on Digital Interventions for Health System Strengthening.; 2019. Accessed December 4, 2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541902/>
3. Fatehi F, Samadbeik M, Kazemi A. What is digital health? review of definitions. In: Studies in Health Technology and Informatics. Vol 275. IOS Press BV; 2020:67-71. doi:10.3233/SHTI200696
4. Soobiah C, Cooper M, Kishimoto V, et al. Identifying optimal frameworks to implement or evaluate digital health interventions: a scoping review protocol. BMJ open. 2020;10(8):e037643. doi:10.1136/bmjopen-2020-037643
5. Amnesty Lefevre, Smisha Agarwal, Lavanya Vasudevan. Monitoring and Evaluating Digital Health Interventions A Practical Guide to Conducting Research and Assessment Global MHealth Initiative Monitoring and Evaluating Digital Health Interventions: A Practical Guide to Conducting Research and Assessment.; 2016. Accessed December 4, 2021. https://www.researchgate.net/publication/311738723_Monitoring_and_evaluating_digital_health_interventions_a_practical_guide_to_conducting_research_and_assessment
6. Pritchett L, Samji S, Hammer J. It's All About MeE: Using Structured Experiential Learning ("e") to Crawl the Design Space.; 2008. www.cgdev.org

Palabras clave
Salud Digital, Innovación, E-Salud



¿Qué es la bioética en la medicina?

“Los valores éticos no pueden ser separados de los hechos Biológicos”
Van Rensselaer Potter

Dra. Jennifer Hincapie Sánchez / Coordinadora del Programa Institucional de Ética y Bioética FACMED, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Dr. Germán Fajardo Dolci / Director de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México

¿La medicina es un área de conocimiento libre de valores epistémicos? ¿La autoridad de los profesionales de la salud es irrefutable e incuestionable? ¿Es posible desde la biomedicina investigar todo lo que los científicos se proponen? Estos son solo algunos de los cuestionamientos que han dado y siguen dando fundamento a la bioética como disciplina.

Si bien la bioética es concebida como un concepto de reciente creación (menos de 100 años desde su institucionalización en el Kennedy Institute of Ethics, en la Georgetown University), ha llegado con la fiel consigna de replantear la forma en la percibimos a las ciencias biomédicas, lo que permite ver las formas en las que estas influyen en la vida.

Se estima que la primera vez que se empleó el término bioética en un texto académico fue en 1927 por el teólogo Fritz Jahr, en el artículo “Bio-Ethics: A Review of the ethical relationships of humans to animals and plants”. En este documento se propone la necesaria reflexión de una aplicación práctica de la ética en las formas en las que el ser humano se relaciona con el medio ambiente y los animales, a fin de generar conciencia acerca de las implicaciones de esta a futuro³.

1 Coordinadora del Programa Institucional de Ética y Bioética FACMED, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México

2 Director Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México

3 HANS-MARTIN Sass. Fritz Jahr's 1927 Concept of bioethics. Kennedy Institute of Ethics Journal Johns Hopkins University Press Volume 17, Number 4, December 2007 pp. 279-29

Posterior a ello, Charles Percy Snow (C.P. Snow), físico y novelista inglés, en 1959 pronunció su reconocida conferencia, que luego se tornara en libro conocido como The two cultures and the scientific revolution (Las dos culturas y la revolución científica)⁴, en la que planteó una evidente ruptura de la comunicación entre las ciencias

y las humanidades, ante una carencia multidisciplinaria, necesaria para la atención y resolución de problemas de carácter mundial.

Existe la posibilidad que Van Rensselaer Potter, oncólogo norteamericano, retomara las ideas de Jahr y Snow, usando el término en su artículo “Bioethics: The science of survival” (Bioética: La ciencia de la supervivencia), publicado en 1970 en la revista Perspectives in Biology and Medicine, publicación incluida en el index medicus, el cual ha sido considerado como uno de los más relevantes en el ámbito de la medicina. Y, con ello, dando apertura al mundo académico científico al concepto de bioética.

“Hay dos culturas -ciencias y humanidades- que parecen incapaces de hablarse una a la otra, y si esta es parte de la razón de que el futuro de la humanidad sea incierto, entonces posiblemente podríamos construir un ‘puente hacia el futuro’ construyendo la disciplina de la bioética como un puente entre las dos culturas.”⁵

La Enciclopedia de Bioética define el concepto como: “Estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en tanto que dicha conducta es examinada a la luz de los principios y valores morales.”⁶

Es posible entender a la bioética como una disciplina dialógica en la que intervienen diversas disciplinas y ciencias para aportar una comprensión amplia de los asuntos que requieren atención eminente, como la distribución justa



La solución que conecta fácilmente a pacientes
y profesionales de la salud
DESDE CUALQUIER LUGAR.

SIMPLE

Sin descargas, sin crear una cuenta, sin instalación y para cualquier dispositivo.

ACCESIBLE

Con planes gratuitos y de pago que te permiten cubrir el costo de tu consulta.

SEGURA

Una vez que termina tu consulta toda la información que compartiste se elimina.

Visita doxy.me/es-mx para vivir una experiencia distinta en telemedicina.

doxy.me/es-mx



del acceso a la salud, de los beneficios y los riesgos de la experimentación biomédica, entre otros. Su principal objetivo es proporcionar herramientas reflexivas y prácticas que permitan la toma de decisiones ante los dilemas planteados a raíz de los avances científicos de las investigaciones biomédicas y las consideraciones socioculturales.

4 C. P. Snow, *Las dos culturas y un segundo enfoque*, Alianza Editorial, Madrid, 1987
5 POTTER, Van Rensselaer, "BIOETHICS, BRIDGE TO THE FUTURE", Englewood Cliffs, N.Y. Prentice Hall, 1971.
6 REICH W. *Encyclopedia of Bioethics*. Vol 1, p XIX, 1978.

"[...] La investigación científica y académica ha adquirido así un papel indispensable. Al proporcionar conocimiento y comprensión de todos los aspectos de la realidad, la ciencia y las becas también brindan los pilares para la toma de decisiones políticas y el estímulo para el desarrollo social y el crecimiento económico. Cada vez más, las ciencias y las humanidades están sujetas a demandas más y mejor articuladas, por parte de la política y la sociedad".⁷

Pero ¿Por qué se da el nacimiento de la bioética en el contexto clínico? Si bien la ciencia y la tecnología son herramientas creadas por el ser humano para explicar, conocer y adecuar a la naturaleza, ciertos hechos históricos han demostrado que en ocasiones la humanidad ha perdido el horizonte de la ciencia y la ha convertido en mecanismos de sometimiento de otros seres humanos.

A continuación mencionaremos un par de ejemplos en los que la investigación biomédica ha perdido de vista los límites del valor humano.

En la ciudad de Nüremberg, en 1946, se conformó el tribunal internacional con el objetivo central de enjuiciar a funcionarios, profesionistas y médicos nazis acusados de crímenes de guerra, conocidos como los juicios de Nüremberg. En particular, a los profesionales de la salud se les enjuicia por su participación en investigaciones médicas en las que se atentó en contra de la humanidad.

Como resultado de estos juicios y de la reflexión realizada, después de la evidente transgresión a la dignidad y la integridad hecha a seres humanos en los campos de concentración, se dispuso el hoy conocido Código de Nuremberg que plantea las 10 normas éticas esenciales sobre experimentación en seres humanos.

7 Código Europeo de Conducta para la Integridad de la Investigación (Código ALLEA»)

Otro gran ejemplo de cómo los seres humanos pueden sobrepasar sus propios límites con fines poco altruistas, es el experimento Tuskegee.

Tuskegee es un poblado en el condado de Macon (Alabama), Estados Unidos, donde se realizó el experimento más prolongado de observación de la sífilis en sujetos de investigación afrodescendientes (iniciado en 1932 y finalizado en 1972).

Es indispensable recalcar que si bien el experimento de Tuskegee fue el más largo en la historia (40 años de duración), no quiere

decir necesariamente que fuera el primero. El estudio de Oslo, publicado en 1928, informó sobre la historia natural de la sífilis no tratada y sus manifestaciones patológicas en un grupo de hombres blancos. Los presupuestos racistas que prevalecían en la medicina estadounidense sesgaron a los médicos a suponer que la enfermedad probablemente seguiría un curso diferente en los hombres afroamericanos, de tal manera que el equipo realizó un estudio prospectivo equivalente al de Oslo.

El objetivo inicial era seguir la sífilis no tratada en un grupo de hombres negros durante 6-8 meses y luego hacer un seguimiento con una fase de tratamiento. Sin embargo, tiempo después, el mismo equipo expresó su preocupación acerca de lo costoso que era proporcionar su tratamiento a los pacientes, y eligieron continuar con prácticas engañosas para la continuidad de la investigación. En palabras del Dr. Talafierro Clark, principal impulsor del proyecto financiado por el Public Health Service: "Estos negros son muy ignorantes y fácilmente influenciados por cosas que serían de menor importancia en un grupo más inteligente". Clark se retiró un año después del comienzo del estudio.⁸

⁸ Para más información del experimento Tuskegee consultar la página de la Tuskegee University National Center for Bioethics in Research and Health Care <https://www.tuskegee.edu/about-us/centers-of-excellence/bioethics-center>

El experimento llegó a su fin el 25 julio 1972, mediante el artículo de Jean Heller en el New York Times que daba a conocer al mundo los experimentos realizados en Tuskegee. En 1972, un grupo consultor creado ad-hoc determinó que el estudio no tenía justificación médica y ordenó su fin.

Las consideraciones éticas del experimento desde sus inicios fueron débiles, nulas y, por demás, cuestionables; los pacientes no fueron informados de que participaban en un experimento que solo consistía en la observación de una enfermedad severa con el ofrecimiento engañoso de punciones lumbares como "tratamiento", mientras la penicilina tenía grandes avances, así como el alto nivel de contagio de la enfermedad y el hecho de no tener consideración alguna por cientos de personas que habían fallecido sin recibir tratamiento ni de carácter curativo ni paliativo.

Estos eventos históricos dieron lugar a la creación del Informe Belmont, el cual fue creado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, titulado "Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación", en abril de 1974, tomando el nombre del Centro de Conferencias Belmont, donde la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos ante la Investigación Biomédica y de Comportamiento se reunió para delinear el primer informe.

Dicho documento es una declaración de principios éticos básicos y directrices que deberá ayudar a resolver los problemas éticos que acompañan la ejecución de investigaciones que incluyen sujetos humanos. En términos generales, el contenido de este informe incluye:

A. Distinción Entre Práctica e Investigación B. Principios Éticos Básicos 1. Respeto a las Personas 2. Beneficencia 3. Justicia C. Aplicaciones 1. Consentimiento Informado 2. Evaluación de Riesgos y Beneficios 3. Selección de Sujetos.

Este informe contempla la generación de 3 principios éticos básicos, “El respeto a las personas incorpora cuando menos dos convicciones éticas: primero, que los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos y, segundo, que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas. Así, el principio de respeto a las personas se divide en dos exigencias morales: reconocer su autonomía y proteger a aquellos con autonomía disminuida.”⁹

Beneficencia, entendida como “el concepto de tratar a las personas de una manera ética, implica no solo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar. Este trato cae bajo el principio de beneficencia.

Con frecuencia, el término “beneficencia” se entiende como actos de bondad o caridad que van más allá de la estricta obligación. Para los propósitos de este documento, beneficencia se entiende, en un sentido más fuerte, como obligación. En este sentido se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de beneficencia: (1) no hacer daño; y (2) acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles.”

Justicia ¿Quién debe recibir los beneficios de la investigación y soportar su responsabilidad? Esto es una cuestión de justicia, en el sentido de “justicia en la distribución” o “lo que se merece”. Una injusticia ocurre cuando un beneficio al que una persona tiene derecho se niega sin razón válida o cuando se impone una responsabilidad indebidamente. Otra manera de interpretar el principio de justicia es que los iguales deben tratarse con igualdad.

La dinámica reflexiva de la creación del informe como las consideraciones realizadas por el Kennedy Institute of Ethics, frente a la atención de dilemas biomédicos inmediatos, y una creciente estimulación intelectual para los profesionales de la salud dan lugar a la generación una de las corrientes bioéticas más relevantes para el contexto de la Medicina, conocido como el Principialismo Bioético, propuesto por Tom L. Beauchamp (Austin, 1939) y James Franklin Childress (4 de octubre de 1940).

⁹ INFORME BELMONT PRINCIPIOS ETICOS Y DIRECTRICES PARA LA PROTECCIÓN DE SUJETOS HUMANOS DE INVESTIGACIÓN Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento

El principialismo está dispuesto en la obra Principles of Biomedical Ethics (Principios de la ética biomédica), la cual fue publicada en 1979. Sus diversas ediciones

presentan cambios encaminados a la mejora teórica del principialismo. Al día de hoy se cuenta con la traducción al español de la 4 edición, que se estima como un texto fundamental de la bioética que, incluso, ha llegado a ser considerado como el mantra de muchos profesionales de la salud.

Es necesario tener presente que el Principialismo, además de ofrecerse como una de las teorías de mayor aplicación de la bioética, es una de las metodologías de toma de decisiones bioéticas que aporta elementos objetivos desde la ponderación de los principios, sin que ello implique una jerarquía, lo que le permite adaptarse a los diversos contextos culturales, religiosos, clínicos y jurídicos para la elección de tratamiento.

A modo de conclusión, vale la pena mencionar que no es reciente el reclamo social de una medicina humanizada que involucre aspectos sociales, culturales y económicos en la integración del concepto integral de salud, que si bien la hiperespecialización de la medicina aporta grandes avances en la mejora de la calidad de vida de las personas y se hace indispensable el apoyo de las consideraciones de las humanidades, que permiten la comprensión panorámica de la realidad.

Frente a una realidad diversa, con alcances y limitaciones dispuestos en el contexto de lo social y lo cultural, resulta imperante la formación de profesionales de la salud que tomen en cuenta estas consideraciones y generen mancuernas terapéuticas que aseguren una mejor comprensión de los determinantes de la salud, adherencia a tratamiento y efectividad en los procesos de restablecimiento de la salud.

Bibliografía

- Potter, Van Rensselaer, “BIOETHICS, BRIDGE TO THE FUTURE”, Englewood Cliffs, N.Y. Prentice Hall, 1971.
- HANS-MARTIN Sass. Frtiz Jahr’s 1927 Concep of bioethics. Kennedy Institute of Ethics Journal Johns Hopkins University Press Volume 17, Number 4, December 2007 pp. 279-295
- Osorio, Sergio Nestor (2005). VAN RENSSELAER POTTER: UNA VISIÓN REVOLUCIONARIA PARA LA BIOÉTICA. Revista Latinoamericana de Bioética, (8),1-24.[fecha de Consulta 14 de Diciembre de 2020]. ISSN: 1657-4702. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1270/127020937003>
- Otero, Luis Daniel. (2009). Bioética: El concepto relegado. Interciencia, 34(1), 071- 076. Recuperado en 01 de enero de 2021, disponible en http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037818442009000100013&lng=es&tlng=es
- Whitehouse, P. J. (2003). The Rebirth of Bioethics: Extending the Original Formulations of Van Rensselaer Potter. The American Journal of Bioethics, 3(4), 26-31.
- Reich, W. T. (1995). The Word “Bioethics”: The Struggle Over Its Earliest Meanings. Kennedy Institute of Ethics Journal, 5(1), 19-34.
- Henk, A (2012). Potter’s notion of bioethics. Kennedy Institute of Ethics Journal, Volume 22, Number 1, March 2012, pp. 59-82.
- MONTERO GLEZ, El error de la polarización. El País, recuperado el 10 de febrero de 2021 <https://elpais.com/ciencia/2021-02-04/el-error-de-la-polarizacion.html>
- SAREWITZ, D. Frontiers of illusion: Science, Technology and problema of progress. Philadelphia:Temple University Press. 1996

CALIDAD HOSPITALARIA INTEGRAL E INDIVIDUALIZADA

Ing. Jesús Ernesto Fernández Camacho
Coordinador de Calidad Hospital Angeles Lomas

La adopción de modelos de calidad o modelos de excelencia en las organizaciones de salud han tenido relevancia a nivel mundial, y en México no es la excepción. La selección e implementación de modelos es un compromiso directivo con el propósito de generar valor a la organización.

Esta implementación debe ejecutarse con un enfoque de gestión de proyecto y la finalidad de mejorar la calidad y seguridad de todos los grupos de interés involucrados. Si deseamos aumentar las probabilidades de éxito para el logro de los propósitos del modelo y de la organización, el establecimiento debe generar estrategias efectivas y eficientes que involucren a todos los niveles organizacionales.

Introducción

Hoy día, a nivel mundial las organizaciones de salud están en la búsqueda permanente de acciones que mejoren la calidad y seguridad de la atención para pacientes. Desde hace algunos años los modelos de excelencia y modelos de calidad certificables han sido la referencia para que los hospitales orienten sus esfuerzos hacia la mejora continua.

Generalmente los distintos modelos refieren el estándar de referencia a cumplir, es decir, “el qué”, pero no describe “el cómo”, lo que es completamente comprensible, pues cada organización tiene su propia “forma de hacer las cosas”, estructura y recursos disponibles que determinan la ruta y forma para la consecución de los objetivos que pretende la implementación del modelo.

Algunos factores importantes para la implementación de cualquier modelo, son:

- Diseño de la estructura organizacional que facilite la implementación.
- Definir claramente las responsabilidades.
- Establecer acciones para gestionar el cambio, entre otros.

Desgraciadamente en muchas unidades hospitalarias estos factores no se toman en cuenta para la implementación.

1. Los Modelos de excelencia son mundiales o regionales; EFQM (Europa), Malcom Baldrige (EEUU), Deming (Japón), Modelo Nacional para la Transformación Organizacional (México), etc.
2. Estándares de acreditación de la Joint Commission International, Estándares de certificación del Consejo de Salubridad General (CSG), ISO 9001, etc.

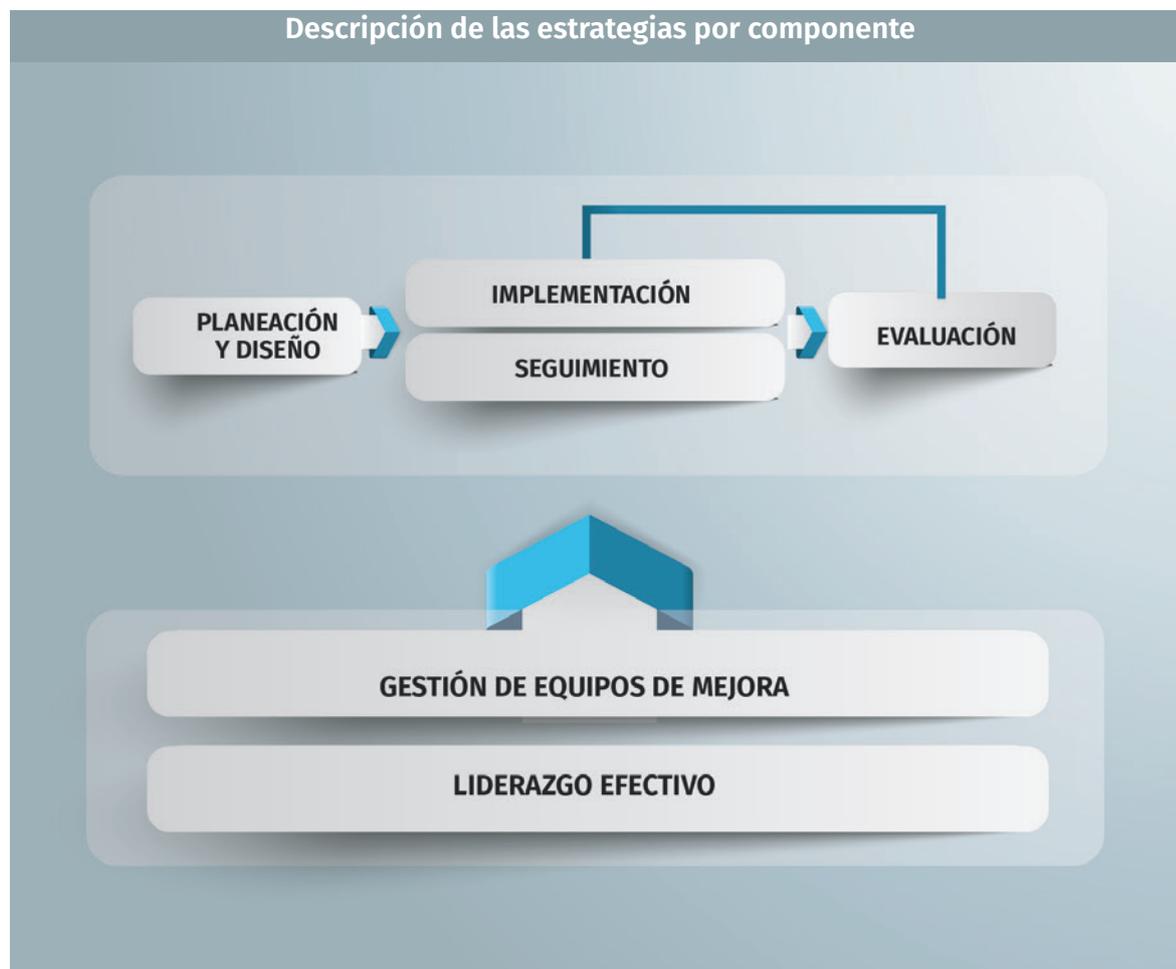
Componentes para la implementación

Planear adecuadamente el proyecto de implementación del modelo seleccionado es un paso importante para el cumplimiento de los propósitos establecidos.

Si bien es cierto cada organización decide la mejor forma para implementar su modelo, es importante tomar en cuenta algunas recomendaciones que han incidido en resultados favorables.

El siguiente diagrama es una representación gráfica de algunas de las estrategias aplicadas con éxito.

Descripción de las estrategias por componente



LIDERAZGO EFECTIVO

La decisión de adopción de modelo(s) es de la alta dirección de la organización, por lo tanto es importante definir y comunicar lineamientos claros para su correcta implementación operativa. La alta dirección debe mostrar y hacer evidente un liderazgo efectivo a través de:

- Establecer el propósito de la implementación del modelo.
- Contar con diagnóstico situacional respecto al modelo a implementar.
- Definir claramente responsabilidades.
- Asignar los recursos necesarios.
- Facultar a los líderes de los equipos de trabajo.
- Comunicación efectiva.
- Promover y gestionar el cambio.
- Vigilar el avance idóneo de la implementación.

GESTIÓN DE EQUIPOS DE MEJORA

Un aspecto fundamental dentro de las estrategias es la adecuada gestión de los equipos de trabajo orientados

a la mejora. Generalmente se asume que todos tenemos las competencias necesarias para trabajar en un equipo de mejora, y esto no siempre es así. Adicionalmente se debe recordar que todo equipo de mejora pasa por distintas fases antes de que pueda ser un equipo propositivo y resolutivo. Algunas estrategias a tomar en cuenta para este componente, son:

- Asignación del líder del equipo, importante contar con habilidades de gestión de proyectos.
- Identificación de riesgos y oportunidades en el proceso.
- Integración idónea del personal que formará parte de los equipos de trabajo.
- Establecimiento de responsabilidades y funciones dentro del equipo de trabajo.
- Definición clara de los objetivos y alcance del equipo de mejora.
- Comunicación de avances a la alta dirección.
- Capacitación en habilidades de gestión.
- Gestión del cambio.

PLANEACIÓN Y DISEÑO

La implementación de un modelo requiere identificar previamente los recursos necesarios, estructura organizacional

para la gestión, definición de fases de trabajo, responsabilidades y tiempos de ejecución.

Elaborar un programa de trabajo factible es indispensable para poder iniciar la implementación. Esta actividad requiere de análisis, por lo que el equipo directivo debe dar el tiempo necesario para cumplir con un adecuado plan de implementación.

No se debe obviar el diseño de requerimientos centrales (definición de procesos, estructura documental, establecimiento de políticas y procedimientos u otros requerimientos de acuerdo con el modelo seleccionado), los cuales facilitan el proceso de implementación.

También es importante considerar la comprensión de los propósitos del modelo, de las implicaciones y responsabilidades directivas antes de la planificación y diseño. A continuación, algunas estrategias de planeación y diseño del programa de trabajo:

- Definición clara y explícita de objetivos. Utilizar la metodología SMART es una opción recomendable.
- Definición de indicadores y metas.
- Diseño de componentes centrales del modelo seleccionado.
- Determinación de estrategias y actividades para la implementación del modelo.
- Identificación de necesidades de capacitación y/o asesoría
- Definir un mecanismo de seguimiento y evaluación.

IMPLEMENTACIÓN

Se puede considerar como implementación al hecho de ejecutar las acciones necesarias para el cumplimiento operativo de los requerimientos del modelo seleccionado. En todo momento el coaching y acompañamiento con todo el personal se considera necesario. Poder identificar a tiempo obstáculos y establecer acciones para su resolución es una responsabilidad directiva. Algunas de las estrategias recomendadas, son:

- Coaching y acompañamiento.
- Aplicación de acciones para gestión del cambio.
- Flexibilidad para adaptarse al cambio de las condiciones (estrategias emergentes).
- Apertura para captar las opiniones de todo el personal
- Medición y monitoreo de los avances.

SEGUIMIENTO

El seguimiento es un componente que acompaña de forma paralela a la implementación. Es importante poder incorporar metodologías y herramientas que faciliten a

los equipos de trabajo y demás personal cumplir con los propósitos del Modelo seleccionado. Algunas de las herramientas y metodologías que se pueden aplicar en este componente, son:

- Gestión del cambio
- Manejo de conflictos
- Metodología Kaizen
- Metodología Gemba

EVALUACIÓN

Es importante diseñar y ejecutar mecanismos para poder evaluar el impacto de las acciones implementadas. No se trata de evaluar el cumplimiento de requisitos o estándares, lo importante es centrar la evaluación en el cumplimiento de los propósitos del modelo seleccionado a fin de poder determinar el valor creado para la organización. El mecanismo de evaluación definido debe fomentar la mejora, y no debe ser punitivo en ningún momento. Algunas estrategias para poder realizar la evaluación:

- Definir un plan de evaluación: auditorías internas, rastreos o tracers, etc.
- Analizar los resultados de la evaluación a fin de poder identificar brechas de mejora (gaps) y áreas de oportunidad.
- Implementar acciones para cerrar brechas y abordar las áreas de oportunidad.
- Comunicar efectivamente los resultados obtenidos.

Conclusiones

La implementación de un modelo de calidad implica un reto en cualquier organización que decida hacerlo. Iniciar el proyecto de manera analítica y planificada otorga mayor oportunidad de éxito. El compromiso activo de los directivos y una adecuada gestión del proyecto son también elementos esenciales.

Es importante recordar que la adopción de un modelo de calidad no hace a las organizaciones “perfectas”, pero proporcionan un alto grado de calidad y seguridad para todos los grupos de interés involucrados.

Debido a lo anterior entonces, **las organizaciones deben planificar la implementación del modelo pensando no solo en certificaciones o acreditaciones (si así es el caso). Se debe pensar con un enfoque de desarrollo y madurez futura de la organización.**

EXPANSION

FUNDACIÓN

LOS MEJORES HOSPITALES PRIVADOS DE MÉXICO

Los Mejores Hospitales Privados de México Ranking 2021





Financiamos la más amplia gama de equipamiento para tu Hospital, Clínica o Consultorio.



Asesoría integral para impulsar tu crecimiento.

WWW.UNIFIN.COM.MX

Síguenos en:    

800 200 8000

Leasing · Factoring · Credit · Fleet · Insurance

La calidad es uno de los pilares más importantes para la competitividad en los servicios de salud, en un medio en el que otorgar calidad y sin errores, es un requisito indispensable para satisfacer las necesidades de los pacientes y sus familiares.

Actualmente los servicios de salud también han

evolucionado, enfocados en la mejorar los procesos para obtener buenos resultados y otorgar la atención y servicios médicos de calidad que los pacientes exigen a través de la mejora continua, con la participación de los directivos, personal operativo, proveedores, personal de enfermería, médicos residentes, personal de apoyo, etc., y un cambio cultural para alcanzar la calidad total.

¡Felicidades!



- Centro Médico ABC Campus Observatorio - Ciudad de México • Hospital Médica Sur - Ciudad de México • Hospital Angeles Pedregal - Ciudad de México • Christus Muguierza Hospital Alta Especialidad - Nuevo León • Centro Médico ABC Campus Santa Fe - Ciudad de México • Hospital Español - Ciudad de México • Hospital Angeles Lomas - Estado de México • Hospital San José TecSalud - Nuevo León • Christus Muguierza Hospital Sur - Nuevo León • Hospital Zambrano Hellion TecSalud - Nuevo León • Hospital Angeles Metropolitano - Ciudad de México • Doctors Hospital - Nuevo León • Hospital Angeles Valle Oriente - Nuevo León • Hospital San Javier Guadalajara - Jalisco • Hospital Angeles Acoxta - Ciudad de México • Centro Médico Dalinde - Ciudad de México • Hospital Real San José - Jalisco • Hospital Angeles del Carmen - Jalisco • Hospital Angeles Chihuahua - Chihuahua • Hospital Star Médica Centro - Ciudad de México • Hospital Angeles Mocel - Ciudad de México • Christus Muguierza Hospital Conchita - Nuevo León • Hospital Star Médica Mérida - Yucatán • Hospital Aranda de la Parra - Guanajuato • Hospital Star Médica Chihuahua - Chihuahua • Centro Médico Puerta de Hierro Andares - Jalisco • Hospital Angeles Puebla - Puebla • Hospital Galenia - Quintana Roo • Hospital Star Médica Querétaro - Querétaro • Hospital México Americano Guadalajara / Jalisco • Hospital Angeles Clínica Londres / Ciudad de México • Hospital Country 2000 - Jalisco • Hospital Star Médica Lomas Verdes - Estado de México • Hospital Angeles León - Guanajuato • Hospital San Ángel Inn Universidad - Ciudad de México • Sanatorio Español - Coahuila • Christus Muguierza Hospital Betania - Puebla • Hip Star Médica / Hospital Infantil Privado - Ciudad de México • Corporativo Hospital Satélite - Estado de México • Hospital Angeles Villahermosa - Tabasco • Hospital Angeles Querétaro - Querétaro • Christus Muguierza Hospital del Parque - Chihuahua • Hospital Star Médica Morelia - Michoacán • Hospital y Clínica Oca - Nuevo León • Hospital Angeles Culiacán - Sinaloa • Hospital Angeles Torreón - Coahuila • Hospital MAC Celaya - Guanajuato • Hospital La Bene de San Luis - San Luis Potosí



UN ENFOQUE INTEGRADO A LA SALUD

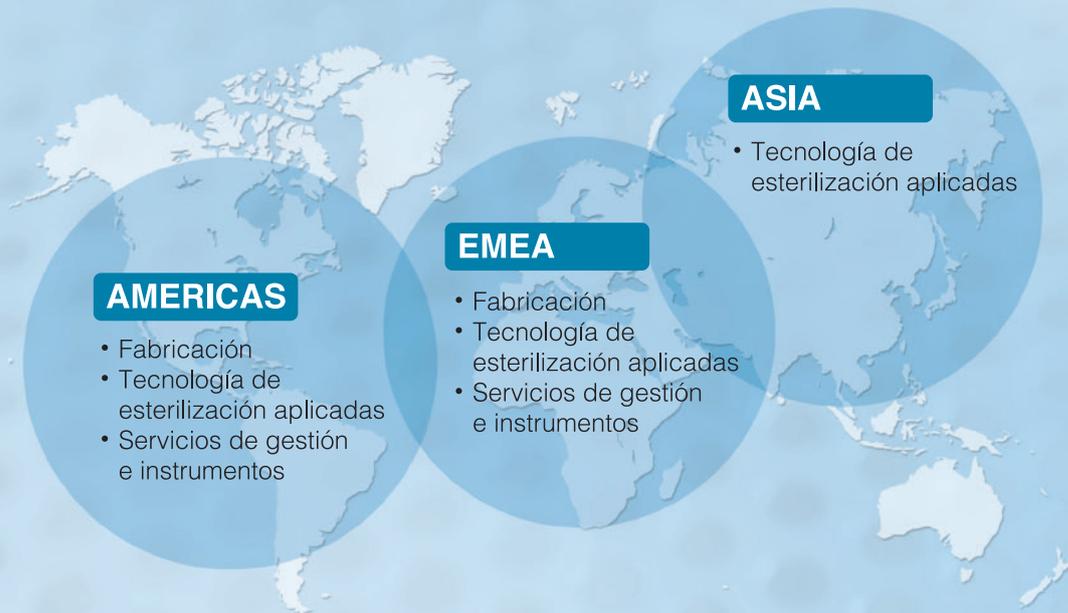
STERIS se fundó a mediados de los años 80, con un producto revolucionario que cambió la forma en que los hospitales esterilizaban los dispositivos médicos sensibles al calor.

Nuestra Misión es **AYUDAR A NUESTROS CLIENTES A CREAR UN MUNDO MÁS SALUDABLE Y SEGURO**, proporcionando soluciones innovadoras de servicios y productos para el cuidado de la salud en todo el mundo. Nosotros y nuestros Clientes, marcamos la diferencia en la vida de los pacientes, en los hospitales y en las organizaciones de ciencias de la salud.

Apoyamos nuestra Misión fabricando productos que minimizan su impacto en el medio ambiente y siguiendo estrategias sostenibles en toda nuestra organización.

Con una red global integral de instalaciones, así como 13,000 asociados en todo el mundo, **STERIS** está bien posicionado para satisfacer las necesidades de los Clientes dondequiera que se encuentren.

Nuestra fabricación se centra en América y **EMEA** (Europa, Medio Oriente y África), donde contamos con instalaciones de investigación, producción y desarrollo de productos que van desde químicos para limpieza hasta esterilizadores de vapor.



ÁREAS DE ENFOQUE EN LA ANTECIÓN A LA SALUD

Healthcare – Cuidado de la salud: Oferta integral para proveedores de atención médica en todo el mundo, centrada en la Central de Esterilización y en quirófanos. Nuestras soluciones van desde consumibles para la prevención de infecciones, equipamiento y servicio técnico para esos equipos.

Tecnologías de esterilización aplicadas (AST) - Proveedor de servicio de esterilización a fabricantes de dispositivos médicos y productos farmacéuticos. Nuestra oferta de tecnología neutral apoya a los Clientes en cada paso, desde las pruebas hasta la esterilización.

Life Science – Ciencias de la vida: Soluciones que respaldan la fabricación aséptica para vacunas y otros clientes biofarmacéuticos. Estas soluciones incluyen un conjunto completo de productos consumibles, equipos y su mantenimiento y servicios especializados.

STERIS tiene el compromiso de satisfacer a los Clientes y, por lo tanto, prevé sus necesidades y ofrece valor, calidad y confiabilidad por encima de las expectativas.

El éxito de **STERIS** y de nuestros Clientes es posible gracias a nuestra gente, una cultura de trabajo en equipo, soluciones innovadoras y el continuo mantenimiento y mejora de la eficacia de nuestro sistema de calidad como pilar del desempeño de la empresa.

Valoramos la seguridad, la integridad, el respeto mutuo y el apoyo a nuestros empleados, comunidades y Clientes.

Estamos comprometidos a cumplir con todas las leyes y regulaciones aplicables. Este es el estilo **STERIS**, una cultura de calidad.

NO AGREGUE COMPLEJIDAD CON PLASMA

Algunas esterilizadoras de peróxido de hidrógeno utilizan plasma en su proceso de esterilización. Las esterilizadoras **V-PRO™** no usan plasma, y la razón es sencilla: no es necesario.

¿Qué es plasma?

El plasma es el cuarto estado de la materia además de los sólidos, líquidos y gases. Es una colección de partículas cargadas que contienen iones positivos y electrones que son conductores de electricidad. El rayo es un ejemplo común de plasma. En la esterilización, el plasma se utiliza para ayudar a eliminar los residuos de peróxido de hidrógeno.

¿Es eficaz la esterilización sin plasma?

Sí; La esterilización con peróxido de hidrógeno es eficaz con o sin plasma. Según lo definido por el proceso de esterilización, las esterilizadoras de peróxido de hidrógeno funcionan mediante la exposición al gas de peróxido de hidrógeno al vacío; esto luego se difunde en la carga.

En todos los casos, la carga está expuesta al gas, que puede introducirse mediante múltiples “pulsos” de introducción, exposición y eliminación de gas.

En algunos procesos de esterilización, después de que la fase de exposición al esterilizante y el esterilizante se han evacuado de la cámara, se usa plasma como fuente de calor para eliminar los residuos de peróxido de hidrógeno de los dispositivos.

En las esterilizadoras **V-PRO**, una bomba y un vacío profundo eliminan el peróxido de hidrógeno residual. Este proceso probado elimina de manera efectiva y eficiente el peróxido de hidrógeno residual después de cada pulso de esterilización.

LIBRE DE PLASMA; LLENO DE BENEFICIOS

Además de agregar complejidad con el plasma, estar libre de plasma tiene estos beneficios:



Más espacio para sus dispositivos. No hay necesidad de una bobina de plasma dentro de la cámara del esterilizador, lo que significa que hay más espacio para sus dispositivos: casi un 50% más de espacio utilizable¹ y minimizando los ciclos abortados³.



Más suave en sus dispositivos. El plasma puede generar reacciones secundarias que pueden ser perjudiciales para las capas superiores de los dispositivos esterilizados³.



Menos calor. Las cargas en algunas esterilizadoras de plasma pueden alcanzar los 55 °C debido al calor generado por el plasma². Las cargas del esterilizador **V-PRO** no superarán los 50 °C.

 **STERIS®**

STERIS Solutions Mexico

Isabel la Católica 24 Piso 3 Of. 304

Col. Centro, CP 06000, CDMX, México

Teléfono: +52 (81) 8333-9019



¹ A partir del 2 de noviembre de 2012, la esterilizadora STERRAD 100NX tiene un volumen útil de 93L en la cámara y la esterilizadora NX tiene un volumen útil de 30L en la cámara. El Esterilizador V-PRO maX.

² Tiene un volumen utilizable de 136 L en la cámara y el V-PRO S2 tiene un volumen utilizable de 60. El proceso sin plasma elimina la necesidad de una bobina que puede contribuir a ciclos abortados.

³ Información técnica de la 3ASP Sterrad 100NX AD-54083-001 Rev B. Información técnica de la Sterrad NX AD-52972 Rev. A.

La Esterilizadora STERRAD® es una marca registrada de Advanced Sterilization Products (ASP).



HOSPITAL SEGURO: DE PIE Y FUNCIONANDO ANTE UN DESASTRE II

Comité Estatal de Evaluación del Programa Hospital Seguro de la Ciudad de México

Durante los sismos de septiembre de 1985, de las 2,831 edificaciones que colapsaron estructuralmente, 50 eran unidades de atención médica. Tan solo entre el Hospital General de México y el Hospital Juárez de México, se perdieron 1,200 camas.

El Centro Nacional de Prevención de Desastres (CENAPRED) calcula que, en 1985, en la Ciudad de México, de un total de 17,965 camas censables, se perdieron 2,035 de segundo nivel y 3,261 de tercer nivel de atención. Esto representó alrededor del 29% del total de camas disponibles. Se estima que más de 1,000 decesos ocurrieron en las instalaciones de salud, incluido el personal de salud.

En septiembre de 2017, 32 años después, los sismos que impactaron a México causaron 396 defunciones, ninguna de ellas en instalaciones de salud y aunque la infraestructura del sector de la salud fue afectada, solo 952 camas (2,9%) quedaron inhabilitadas, de 34.022 disponibles. Ningún hospital se colapsó estructuralmente y aunque 7 de ellos presentaron daños en su edificio, se cumplió con una de las premisas de Hospital Seguro: Salvaguardar la vida de los ocupantes.

En relación al Comité Estatal de Evaluación del Programa Hospital Seguro de la Ciudad de México (CEPHS), desde el año 2007 a la fecha, se han realizado 100 reuniones, 173 evaluaciones a instituciones hospitalarias de segundo

y tercer nivel de diferentes instituciones (abarcando más de 20,735 camas censables). A la fecha se cuenta con la participación de 70 evaluadores de diferentes instituciones y actividades profesionales.

Cabe destacar las evaluaciones de los hospitales: Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, Hospital Infantil de México “Dr. Federico Gómez”, Hospital Central Militar, Hospital General Naval de Alta Especialidad, Hospital Central Norte y Sur de PEMEX, Hospital General de Zona “Francisco del Paso y Troncoso”, Unidad Médica de Alta Especialidad La Raza “Dr. Antonio Fraga Mouret”, Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” y Hospital 20 de noviembre.

Por parte de la Asociación Nacional de Hospitales Privados se han evaluado: Hospital Español, Centro Médico ABC, Campus Observatorio y Santa Fe, Hospital Obregón, San Ángel Inn Chapultepec y Patriotismo, Hospital Angeles Metropolitano y Hospital Médica Sur.

Un acercamiento para ejemplificar las labores realizadas en este ámbito lo permite la Secretaría de Salud de la Ciudad de México con los siguientes datos:

Entre los años de 2011 a 2015, los 32 Hospitales que conformaban la Red de la Secretaría de Salud de la CDMX, tuvieron su primera Evaluación del Programa de

Hospital Seguro, en la que 3 obtuvieron calificación de Seguridad Baja, 19 con Seguridad Media y los 10 restantes con Seguridad Alta.

Ante estos resultados, a mediados del 2015 se establecieron diversas medidas de respuesta destacando las siguientes:

- Acciones de prevención ante emergencias, recorriendo las instalaciones de cada uno de los Hospitales, realizando análisis de riesgos.
- Se impartieron en cada instalación, cursos a todo el personal, relacionados con la prevención ante emergencias para lograr una respuesta favorable ante un desastre.
- Se revisaron, reforzaron y actualizaron los Planes Hospitalarios de Desastre, unificando criterios de actuación en toda la Red.
- Mejora en la seguridad de los sistemas prioritarios (cuarto de máquinas, instalaciones de gases, instalaciones eléctricas y sistemas contraincendios).

Gracias al desarrollo y aplicación de dichas prácticas, durante el año de 2016 y parte de 2017, se realizó una segunda evaluación de los 30 hospitales que para entonces integraban la Red Hospitalaria (Hospital Materno Infantil Cuajimalpa y Torre Médica Tepepan no participaron), obteniendo en todas ellas la Clasificación "A" SEGURIDAD ALTA.

*Hoy a casi 15 años de implementarse el Programa de Hospital Seguro en nuestro país, los hospitales participantes pueden identificar con mayor facilidad las condiciones de peligro y vulnerabilidad en cada una de sus áreas, mitigando los riesgos en menor tiempo y con mayor efectividad, por lo que se considera como uno de los programas de mayor éxito en el campo, alcanzando sus objetivos prioritarios: **protección a la vida, protección de la inversión y protección de la función.***

Colabora con nosotros



Nuestro Mundo Hospitalario

es un espacio para que publiques **tus artículos.**

Nuestro objetivo es **difundir avances en la gestión hospitalaria y el desarrollo tecnológico**, así como servir de **estímulo para el intercambio y desarrollo de buenas prácticas de los asociados.**

Tú participación es importante para todos.

Contacto: 55 5545 3501
hospitales@anhp.org.mx



Asociación Nacional de Hospitales Privados

NUEVOS ASOCIADOS

137 Asociados



Asociación para Evitar la Ceguera en México I.A.P.
Coyoacán, CDMX



Sanatorio Toluca
Toluca, Estado de México



Punta Mita Hospital
Bahía de Banderas, Nayarit

Dräger

Pensamos primero
en el paciente



Diseño y planificación de hospitales

Durante más de 50 años, Dräger ha ofrecido productos arquitectónicos y de cuidados intensivos. Nuestras soluciones de planificación y diseño de hospitales se basan en nuestra experiencia clínica y en un extenso análisis de los flujos de trabajo.

OBTENGA MÁS INFORMACIÓN EN WWW.DRAEGER.MX



Dräger. Tecnología para la vida