

NÚMERO 17, JULIO DE 2017

## EDITORIAL

Nos es grato compartir con ustedes la decimoséptima edición del Boletín DPT, publicado por la Fundación Instituto para el Desarrollo Productivo y Tecnológico Empresarial de la Argentina (Fundación DPT), cuya misión es contribuir al desarrollo sinérgico de la ciencia y la tecnología, del ámbito formativo y de los sectores productivos en nuestro país.

Este número se refiere a la **acreditación de Establecimientos Prestadores de Servicios de Salud (EPSS)**. Nuestro propósito es reunir, a través de testimonios directos y de referencias documentales, un conjunto de elementos de juicio útiles para reflexionar acerca de: (a) los requisitos de calidad y seguridad que deberían reunir los EPSS para cumplir genuinamente con su misión, (b) la acreditación como respaldo de confianza y credibilidad, (c) las características de la oferta y la demanda de acreditación de EPSS en la Argentina, y (d) los enfoques y desafíos asociados a la acreditación de EPSS en nuestro país.

Los testimonios y referencias reunidos permiten apreciar que coexisten hoy -en nuestras sociedades- ofertas de acreditación de EPSS sustentadas en dos enfoques complementarios: **(a) selectivo:** para aquellos EPSS que aspiran a obtener una acreditación acorde con sus -ya manifiestas- posibilidades, capacidades y disposiciones de superación, y **(b) inclusivo:** para apoyar y acompañar a aquellos EPSS que experimentan condicionamientos críticos, contribuyendo así a promover el derecho de todas las personas a recibir prestaciones en creciente mejora.

La complementación entre ambos enfoques ofrece un amplio potencial para un enriquecimiento recíproco en términos de perspectivas, metodologías, instrumentos y recursos técnicos para alcanzar paulatinamente la calidad para todos.

Con el propósito de proporcionar un testimonio panorámico sobre la acreditación de EPSS, presentamos nuestra entrevista con los Dres. Ricardo Durlach y Ricardo Herrero, quienes se desempeñan -respectivamente- como vicepresidente - ex presidente y director general del ITAES.

Confiamos en que las notas, testimonios y referencias contenidos en este número les resulten útiles para reflexionar acerca de la temática planteada.

**Guillermo Gómez Galizia**  
**Presidente**

Fundación Instituto para el Desarrollo Productivo  
y Tecnológico Empresarial de la Argentina (DPT)

## NOTA DE TAPA

### INTRODUCCIÓN

#### Temática y propósito

En este número del Boletín DPT nos referimos a la acreditación de Establecimientos Prestadores de Servicios de Salud (EPSS).

Nuestro propósito es reunir, a través de testimonios directos y de referencias documentales, un conjunto de elementos de juicio útiles para reflexionar acerca de: (a) los requisitos de calidad y seguridad que deberían reunir los EPSS para cumplir genuinamente con su misión, (b) la acreditación como respaldo de confianza y credibilidad, (c) las características de la oferta y la demanda de acreditación de EPSS en la Argentina, y (d) los enfoques y desafíos asociados a la acreditación de EPSS en nuestro país.

#### 1.- Acreditación de EPSS

Todas las personas deberíamos poder confiar en que los establecimientos prestadores de servicios de salud (EPSS) a los que tenemos acceso -hospitales, sanatorios, clínicas y otros- darán respuesta segura y de calidad a eventuales necesidades asociadas a nuestra salud.

Para respaldar tal confianza, la certificación y la acreditación permiten a los EPSS inducir fe pública acerca del cumplimiento de disposiciones reglamentarias, así como de una serie de estándares de seguridad y calidad de sus prestaciones.

En general, se entiende por **certificación** al procedimiento por el cual una entidad (certificante) habilitada hace constar por escrito que determinados productos, servicios, procesos, profesionales o sistemas de un EPSS cumplen con los requisitos especificados en ciertas normas. Por ejemplo, un servicio de diagnóstico por imágenes de un hospital puede ser certificado bajo normas ISO 9001.

Se entiende por **acreditación** al reconocimiento expreso y formalizado -por parte de una entidad de acreditación- de que un determinado EPSS cumple con los requisitos (estándares) necesarios para realizar sus prestaciones con niveles de calidad y seguridad predefinidos.

La **acreditación** de EPSS reúne las siguientes características:

- (a) **Integralidad:** Califica a la totalidad del establecimiento (EPSS) y su resultado sólo puede ser "acreditado" o "no acreditado".
- (b) **Periodicidad:** La evaluación se repite periódicamente (por ejemplo, cada 4 años), con estándares de exigibilidad crecientes.

**(c) Voluntariedad:** El establecimiento solicita voluntariamente su evaluación y asume el costo de la misma. En el punto 3.3.b. de esta Introducción señalamos que esta característica puede mutar en modelos que propugnan la equidad en la calidad ("calidad para todos"), donde ningún EPSS podría funcionar sin estar incorporado a un sistema de certificación-acreditación.

**(d) Entidad acreditadora:** La entidad acreditadora es una organización no gubernamental (ONG) integrada con representantes de diversos subsectores de la salud (prestadores, financiadores, universidades, etc.). El único vínculo entre la entidad acreditadora y el EPSS evaluado debería ser la evaluación misma.

**(e) Estándares previamente conocidos y aceptados:** Dado que el proceso de acreditación no es fiscalizador sino primordialmente docente, la entidad acreditadora proporciona manuales de acreditación para que los EPSS interesados conozcan cada uno de los estándares.

**(f) Autoevaluación previa:** Para cumplir con la función docente, el proceso de acreditación ofrece instrumentos para que los integrantes del EPSS puedan auto-evaluar el estado del mismo en relación a los estándares, disponer de pautas para concretar las mejoras requeridas, así como para preparar al personal para la evaluación.

**(g) Confidencialidad:** Las conclusiones emergentes del proceso de evaluación se refieren tanto a los aspectos positivos como negativos hallados en relación a cada estándar, formulándose recomendaciones para resolver los problemas. La entidad acreditadora sólo comunica las conclusiones de su evaluación al órgano de gobierno del EPSS evaluado.

**(h) No renovable automáticamente:** Una vez vencido el plazo de acreditación, el EPSS debe volver a solicitarla y cumplir los mismos requisitos que la primera vez

Entre los beneficios de la acreditación para los EPSS se destacan los siguientes: (a) promueve y sustenta un proceso de cambio cultural orientado a la detección oportuna de problemas, así como a la colaboración y el aprendizaje para mejorar las prestaciones en beneficio del paciente, (b) promueve un liderazgo comprometido con la mejora continua, (c) reduce fallas y riesgos, proporcionando un entorno más seguro y eficiente, (d) aporta un marco de referencia para estandarizar procesos y formar al personal con base en buenas prácticas, (e) proporciona diferenciación y ventajas competitivas, (f) promueve el reconocimiento del EPSS por parte de organismos de regulación y control; de financiamiento, compañías de seguros y otros, y (g) mejora la confianza de los usuarios y del público en lo relativo a la seguridad y la calidad de las prestaciones.

Mediante la acreditación se procura, ante todo, un cambio cultural en los EPSS, con compromiso y liderazgo de la dirección, involucramiento de los mandos medios y adhesión -con sentido de equipo- de la totalidad de los integrantes.

Dado que los resultados de los procesos de acreditación de EPSS dependen primordialmente de la adhesión de sus integrantes, están condicionados significativamente por los factores que motivan a los EPSS a enrolarse en tales procesos.

El factor más genuino es la auténtica aspiración a mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones del EPSS en beneficio del paciente. Le sigue la disposición para posicionarse ventajosamente –en beneficio del paciente- respecto de los competidores. Otros factores menos genuinos pueden residir en el afán “marketinero” de exhibir la acreditación para atraer clientela, o bien la necesidad de cumplir con la imposición de algún financiador o benefactor. Es frecuente que estos últimos intereses no estén respaldados por una auténtica adhesión de los integrantes del EPSS.

## **2.- Estructura institucional de la acreditación de EPSS**

La estructura institucional de la acreditación de EPSS incluye -en el mundo- entidades con distintas funciones: 1) Regulación, supervisión y fiscalización en cada país, (2) Acreditación internacional de entidades acreditadoras de EPSS, (3) Acreditación de EPSS.

### **2.1.- Regulación, supervisión y fiscalización en cada país**

En cada país, la regulación, supervisión y fiscalización de la acreditación de EPSS –como aspecto clave del cuidado de la salud de la población- son competencias indelegables de los Estados nacionales y territoriales.

En varios países de América Latina las autoridades estatales del sector salud exhibieron actitudes mutantes con cierta pasividad frente al “mercado” de la acreditación.

### **2.2.- Acreditación internacional de entidades acreditadoras de EPSS**

En el marco global de la acreditación de EPSS, la estructura institucional está encabezada por la Sociedad Internacional para la Calidad en el Cuidado de la Salud (International Society for Quality in Health Care, ISQua), una organización internacional independiente sin ánimo de lucro –con sede en Dublin, Irlanda- originada en 1985.

Su misión es impulsar la mejora de la calidad y la seguridad de la atención de la salud en todo el mundo mediante la educación y el intercambio de conocimientos, la evaluación externa, el apoyo a los sistemas de salud y la conexión de las personas a través de redes mundiales. Opera a través de una red que abarca 100 países en cinco continentes.

La ISQua es la única institución con atribuciones para acreditar a entidades acreditadoras de EPSS en el mundo. A través de su Programa ALPHA (Agenda for Leadership in Programs of Healthcare Accreditation), actualmente International Accreditation Program (IAP), ha establecido principios y pautas de funcionamiento comunes para dichas entidades en todos los países, sin perjuicio de sus particularidades culturales, históricas y de los peculiares rasgos de sus sistemas de salud. Con tales bases, acredita mundialmente a las organizaciones que alcanzan los estándares internacionales aprobados (International Accreditation Standards for Healthcare External Evaluation Bodies).

## **2.3.- Acreditación de EPSS**

Las entidades acreditadoras de EPSS que han obtenido la acreditación de la ISQua (actualmente 35 en todo el mundo) tienen –formalmente- un nivel de paridad; no hay unas con mayor jerarquía o atribuciones que otras.

Sin perjuicio de lo anterior, algunas de ellas son distinguidas por su antigüedad, trayectoria, cobertura y prestigio; por ejemplo, la Joint Commission (de EE.UU.), con una trayectoria de 66 años, que acredita y certifica a unas 21.000 organizaciones y programas de atención de la salud en EE.UU. Fundada en 1951 como Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), es hoy la organización con mayor experiencia en acreditación sanitaria en el mundo. En 1996 creó su división Joint Commission International (JCI) con la misión de mejorar la calidad de la atención en la comunidad internacional y proporcionar servicios de acreditación de EPSS en todo el mundo. El proceso de evaluación de la JCI está diseñado para adaptarse a las características legales, religiosas y culturales de cada país. Sus estándares internacionales son consensuados por un grupo de expertos y líderes de opinión de cinco continentes.

## **3.- Los actores de la acreditación de EPSS en la Argentina**

### **3.1.- El Estado nacional**

La disposición del Estado nacional para ejercer su rol normativo-regulador en materia de acreditación de EPSS exhibe mutaciones a través del tiempo, registrándose escasos indicios de supervisión y fiscalización.

Hacia fines de la década de 1980, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH), propiciaron reuniones y conferencias en las que se discutió la cuestión de la calidad de los hospitales públicos y privados de América Latina y el Caribe.

En la Argentina, a partir del trabajo precursor de un conjunto de sociedades científicas coordinadas por la Sociedad Argentina de Auditoría Médica (SADAM), así como de la experiencia de la Comisión Mixta para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (COMCAM), se originó un documento preliminar que fue concertado y aprobado en Washington D.C., con la participación de 22 países, en mayo de 1991, con el título Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe (publicación OPS-HSD/SILOS 13, WDC, 1992).

En 1992 el Ministerio de Salud de la Nación creó el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM), el cual paulatinamente fue focalizándose en normas de calidad por especialidades, servicios y patologías.

A partir de 2004, en el marco del Plan Federal de Salud suscripto por los ministros del Consejo Federal de Salud (CoFeSa), comenzó a manifestarse la intención de las autoridades sanitarias de: (a) promover la unificación nacional de las normas de fiscalización de EPSS por medio de una habilitación categorizante, y (b) desarrollar los procesos de acreditación de EPSS a través de entidades no gubernamentales.

Con base en ese acuerdo político, el Ministerio de Salud firmó -en julio de 2005- un acuerdo con las tres (3) entidades acreditadoras de EPSS en actividad dentro del territorio nacional: el CENAS, la Fundación Bioquímica y el ITAES.

Mediante dicho acuerdo se definieron: a) principios de la acreditación, b) características de los estándares, c) funciones del Ministerio de Salud, y d) requisitos, procedimientos y normas éticas de las entidades acreditadoras. La aprobación ministerial de este primer documento de consenso dio lugar a la creación de la Comisión Nacional de Evaluación Externa (CNEE) a fines de 2007 (\*).

Esta Comisión incorporó no sólo a las tres entidades acreditadoras antes citadas, sino también a instituciones certificantes con Normas ISO, así como a organismos estatales y no estatales que ejercían otras modalidades de evaluación externa.

Mediante las tareas de la CNEE se detallaron los requisitos que debían reunir las instituciones que aplicaran procedimientos de evaluación externa, a fin de implementar un Registro Nacional de esas entidades, y se estableció un Consenso para la Formulación de Estándares de Acreditación, que establece -entre otras cosas- los estándares que mínimamente deben contener los programas de todas las entidades acreditadoras nacionales. (\*)

Como resultado del referido proceso se elaboró la Resolución Ministerial 1189/2007 (\*) con el objetivo de consolidar el rol rector del Ministerio de Salud en la regulación de la evaluación externa de EPSS, así como de ampliar y complementar actividades en esta temática. Se lanzó el Sistema Nacional de Evaluación Externa, se creó el Registro Nacional de Entidades Evaluadoras Externas en Servicios de Salud y el Registro Nacional de Servicios de Salud con Evaluación Externa.

Dado que desde entonces no se difundieron mecanismos ni actividades de regulación y fiscalización sobre la acreditación de EPSS ni sobre las entidades acreditadoras, se manifiesta un vacío fáctico que permitiría la incursión -en el ámbito nacional- de cualquier entidad acreditadora del mundo, sin necesidad de cumplir requisitos científico-técnicos, jurídicos, administrativos ni fiscales de ningún tipo.

El punto **3.3.b.** de esta Introducción alude a la participación del Ministerio de Salud en iniciativas en curso en materia de certificación y acreditación de EPSS.

### **3.2.- Entidades certificadoras y acreditadoras de EPSS**

Las entidades certificadoras y acreditadoras de EPSS actualmente activas en la Argentina, cuyas características se reseñan en las respectivas referencias, son las siguientes:

**Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud (CENAS):** Entidad pionera en la Argentina en materia certificación y acreditación de EPSS con una perspectiva integradora de equidad, accesibilidad, seguridad, calidad y eficiencia. (Ver Referencias: CENAS)

**Fundación Bioquímica Argentina (FBA):** Entidad pionera en la Argentina en la certificación de laboratorios de análisis clínicos (Ver Referencias: FBA)

**Instituto Argentino de Normalización y Certificación (IRAM):** Representa a la Argentina ante la ISO y a la ISO en la Argentina. Como Organismo de Normalización del Sistema Nacional de Normas, Calidad y Certificación centraliza el estudio y aprobación de normas técnicas, base esencial de todo sistema nacional de la calidad (Ver Referencias: IRAM)

**Instituto Técnico de Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES):** Funciona desde 1993 como asociación civil sin fines de lucro. Es la única entidad en la Argentina acreditada por la ISQua, tanto como organización acreditadora de EPSS como por su Programa de Acreditación de Establecimientos para la Atención de Agudos. (Ver Referencias: ITAES)

**Organismo Argentino de Acreditación (OAA):** Como Organismo de Acreditación del Sistema Nacional de Normas, Calidad y Certificación está a cargo de la acreditación de los organismos de certificación, así como de los laboratorios de ensayo y de calibración, con base en las pautas de evaluación establecidas en las normas ISO/IEC pertinentes. (Ver Referencias OAA)

### 3.3.- Enfoques y estrategias de acreditación

De acuerdo con Paganini (2015, p. 67-68) las experiencias mundiales en materia de acreditación de EPSS permiten hoy distinguir dos enfoques, que podríamos caracterizar como: (a) selectivo, y (b) inclusivo. A continuación procuraremos reseñar las características y estrategias de cada uno de dichos enfoques, así como su complementariedad y potencial sinérgico.

#### (a) Enfoque selectivo

Las ofertas con enfoque selectivo acreditan a los EPSS que cumplen con la totalidad de los estándares aplicables. Están dirigidas a aquellos EPSS que aspiran a obtener una acreditación acorde con sus -ya manifiestas- posibilidades, capacidades y disposiciones de superación. En este esquema es primordial que el proceso de acreditación sea voluntario; dado que cualquier imposición o condicionamiento podría desvirtuar su esencia.

En el caso de la Argentina, por ejemplo, se manifiesta hoy que unos pocos grandes EPSS de las mayores urbes, con altos volúmenes de prestación y relevantes benefactores, obtienen (o aspiran a obtener) su acreditación de instituciones de renombre internacional (por ejemplo, de la Joint Commission International, JCI). Por su parte, un nutrido grupo de EPSS grandes y medianos de diversas localidades obtienen su acreditación del ITAES, la única entidad argentina acreditada por la ISQua.

Sin perjuicio del innegable valor de este esquema para el segmento de EPSS destinatario, así como para sus usuarios y sus distintos públicos, es claro que deja afuera de la búsqueda sistemática de mejora a aquellos EPSS que padecen limitaciones para cumplir con diversos estándares. Y muchos de esos EPSS atienden a los sectores de población más vulnerados y vulnerables en el ejercicio de sus derechos.

### **(b) Enfoque inclusivo**

Las ofertas con enfoque inclusivo promueven -con base en la equidad y la accesibilidad- el desafío que implica la búsqueda de calidad y seguridad para aquellos EPSS que experimentan restricciones o condicionamientos críticos en términos de contexto, estructura, procesos y resultados.

Con el fin de atraer y enrolar a los EPSS destinatarios en procesos sistemáticos de mejora, se les ofrece un amplio apoyo y acompañamiento en las sucesivas etapas y fases de certificación y acreditación mediante actividades integradas de capacitación, tutoría, asesoría y acreditación capacitante.

Proveen así la oportunidad de mejora sistemática asistida a la mayoría de los EPSS, ya sean estatales o privados y cualquiera sea su complejidad. Con ello se promueve, para toda la población -sin discriminación de ningún tipo- el derecho a recibir prestaciones en mejora creciente y permanente.

Dada la preeminencia de tal derecho, en este esquema se acepta la posibilidad de exigir obligatoriamente el enrolamiento de todos los EPSS comprendidos en determinadas categorías o áreas geográficas.

Con base en este enfoque el CENAS propone la gestión integral de la calidad como un proceso capacitante hacia la autoevaluación y la acreditación. Viene desarrollando, durante los últimos 12 años -a través del Programa Argentino de Acreditación de la Calidad en Salud (PAACS)- una relevante experiencia de acreditación de más de 120 EPSS en varias provincias del país, incluyendo diversos establecimientos estatales.

Asimismo está gestionando, con funcionarios competentes del Ministerio de Salud de la Nación -Programa de Garantía de Calidad- la concertación de un proyecto de ley para la creación de la Agencia Nacional de Calidad en la Atención de la Salud.

Esta Agencia representa un componente sustancial para el ejercicio de la ética como equidad y para hacer de la calidad el factor ordenador -la calidad como normalización- que nos permita elevarnos sobre el laberinto en que nos encontramos desde hace varias décadas (Jankilevich, 2017, p. 12).

La complementación entre ambos enfoques -selectivo e inclusivo- ofrece un amplio potencial para un enriquecimiento recíproco en términos de perspectivas, metodologías, instrumentos y recursos técnicos para alcanzar paulatinamente la calidad para todos.



Hay quienes señalan que los países que no tienen organizadas las estructuras básicas para su desarrollo no pueden alcanzar un sistema de salud equitativo ni sustentable, dado que enferman permanentemente a sus poblaciones sin cloacas, sin agua potable, con desnutrición, con corrupción, con delito, con violencia, sin educación habilitante, con narcotráfico, sin trabajo, sin vivienda, con alimentación basura, con desechos contaminantes, sin energías renovables...

Al respecto, el presidente del CENAS, Dr. José M. Paganini, plantea una pregunta fundamental: ¿El sector salud deberá esperar a que se resuelvan los problemas del desarrollo para avanzar en la equidad o deberá liderar los procesos de cambio como ejemplo de que la equidad es posible? Obviamente se inclina por la segunda opción, adhiriendo a la necesidad de generar sucesivas “equidades específicas” en sectores prioritarios –como la salud pública- para lograr la mayor equidad posible. (Jankilevich, 2017, p. 295).

Con el propósito de proporcionar una visión panorámica de las características de la acreditación de EPSS, presentamos nuestra entrevista con los Dres. Ricardo Durlach y Ricardo Herrero, quienes se desempeñan –respectivamente- como vicepresidente - ex presidente y director general del ITAES.

**José Luis Tesoro**  
Coordinador Editorial

## **ENTREVISTA CON EL DR. RICARDO DURLACH, VICEPRESIDENTE Y EX PRESIDENTE DEL ITAES Y CON EL DR. RICARDO HERRERO, DIRECTOR GENERAL DEL ITAES**

### **1.- ¿Podrían proporcionarnos una visión de las características y beneficios de la acreditación de establecimientos de salud?**

El término acreditar proviene del latino “credere”, que significa creer. ¿Debemos creerle a una institución cuando asegura que hace bien las cosas? ¿O es pertinente que intervengan expertos calificados en determinadas áreas que puedan verificarlo y certificarlo a través de una evaluación global y completa? Hablamos de global y completa porque al paciente le interesa, y mucho, que las cosas funcionen correctamente desde el principio y hasta el final no solo de los procesos, sino también que la estructura y los resultados sean los adecuados.

Por lo tanto, la acreditación de establecimientos de salud es un proceso en el cual los evaluadores pertinentes miden y evalúan en qué medida están ocurriendo correctamente las cosas en el lugar, allí donde un paciente va a ser sometido, por ejemplo, a una intervención quirúrgica.

El paciente no tiene posibilidad ni dispone de las competencias necesarias para juzgar la calidad con que se lo atiende. A lo mejor puede apreciar la cortesía y la sonrisa del personal de admisión, o la amabilidad de la enfermera que lo recibe en el sector quirúrgico, que son factores ajenos al proceso central de la cirugía. Pero será el experto evaluador quien recorrerá todo ese trayecto, desde la admisión hasta el alta del paciente, para verificar si efectivamente se cumplen los estándares de calidad en todos los procesos por los que deberá transitar esa persona que confía en esa institución.

Allí reside el sentido de la acreditación y por eso mencionamos la palabra "creer". La acreditación tiene el propósito de hacer creíble o confiable a la institución evaluada, y en la medida que una institución es creíble y confiable, en mayor grado se acerca a la calidad, que es un concepto esencial en el cuidado de la salud.

La acreditación no es una cucarda, un premio o un certificado; sino que se trata de un proceso que se desarrolla a través de estándares de calidad, evaluando en qué medida esos estándares se cumplen en la institución. La acreditación no tiene propósitos de fiscalización, sino de formación y mejora continua.

El proceso de acreditación es voluntario para las instituciones, dado que deben ser ellas las primeras interesadas en mejorar la calidad de sus prestaciones y su desempeño, así como en prevenir y evitar posibles factores de falla.

El hecho de mantener al proceso de acreditación como voluntario propicia que sólo se enrolen en el mismo aquellas instituciones que experimentan una auténtica vocación de mejora, así como los grados de compromiso y perseverancia necesarios para transitar el proceso.

Si se transformara en algo obligatorio perdería ese valor de auténtica cooperación solidaria que buscamos y procuramos plasmar -tanto desde el ITAES como desde CADIME y desde nuestra asociación- en relación a las instituciones: "Ustedes quieren mejorar, nosotros podemos ayudarlos a hacerlo. Al final del camino tenemos la potestad de entregarles un certificado de que ustedes lo hicieron".

## **2.- ¿Podrían reseñar las características del ITAES?**

El Instituto Técnico de Acreditación de Establecimientos de Salud. (ITAES) es una asociación civil sin fines de lucro que funciona desde 1993. Fue creada para dar respuesta a inquietudes manifiestamente compartidas entre un grupo de establecimientos líderes de todo el país, las principales asociaciones de prestadores, importantes entidades financiadoras de servicios de salud y un conjunto de relevantes sociedades científicas.

Como asociación civil sin fines de lucro se propone proporcionar a la sociedad -y al sector salud en particular- un instrumento de evaluación externa conocido como Acreditación Hospitalaria, con el fin de certificar la presencia de condiciones básicas de calidad y seguridad en los servicios, para responder satisfactoriamente a la confianza de los usuarios y de las entidades que les dan cobertura.

La misión del ITAES es cooperar con las instituciones y los profesionales de la salud, a fin de promover la calidad, la seguridad y el respeto por los derechos del paciente en el cuidado de la salud, a través de la evaluación y acreditación de establecimientos prestadores, así como de capacitación a sus integrantes.

Su objetivo central es aplicar el método de Acreditación Hospitalaria en los establecimientos de salud. Con tal finalidad, en sus órganos directivos están representadas instituciones prestadoras, financiadoras y de intereses generales, del sector salud.

Su visión es ser una organización reconocida y referente para la acreditación de establecimientos de salud, en los ámbitos nacional e internacional, con base en estándares propios y adaptados a la realidad regional. Los valores nucleares propugnados por el ITAES son: (a) ética, (b) honestidad, (c) integridad, (d) transparencia, (e) independencia, (f) compromiso, (g) excelencia, y (h) innovación.

El ITAES es integrante de la Comisión Nacional de Evaluación Externa creada, por Resolución Ministerial 1924/2006, con el objetivo de: (a) Generar y efectuar un seguimiento de los registros de instituciones de evaluación externa y de establecimientos y servicios de salud que hayan sido evaluados, (b) Determinar los requerimientos y/o estándares básicos indispensables en los procesos de evaluación externa, (c) Asesorar al Ministerio de Salud en la autorización y reconocimiento de entidades de evaluación externa en servicios de salud, y (d) Supervisar el funcionamiento general del sistema y efectuar las actualizaciones que se consideren pertinentes.

Como resultado de las tareas del Ministerio y de dicha Comisión Nacional se elaboró la Resolución Ministerial 1189/2007 con el objetivo de consolidar el rol rector del Ministerio en la regulación de la evaluación externa de establecimientos, así como de ampliar y complementar actividades en esta temática. Se lanzó el Sistema Nacional de Evaluación Externa, se creó el Registro Nacional de Entidades Evaluadoras Externas en Servicios de Salud y el Registro Nacional de Servicios de Salud con Evaluación Externa.

El ITAES está creciendo notablemente, debido a la importante demanda por parte de los establecimientos de salud. A través de nuestras evaluaciones promovemos la mejora de los estándares de esos establecimientos, y sus integrantes tienen muy claro que eso es beneficioso para todos ellos.

La Acreditación beneficia: (a) a las instituciones y a sus administradores, dado que les permite revisar su actuación de acuerdo a estándares conocidos, para luego poder planificar e implementar las mejoras pertinentes en beneficio de la calidad y la posición competitiva de cada organización, (b) a los profesionales de la salud, pues reconoce e incentiva la participación de éstos en la mejora de la calidad, (c) a los pacientes, al

promover su confianza en el establecimiento, con favorables efectos en sus actitudes y expectativas, y (d) a la comunidad, al disponer de una base fidedigna para confiar en el establecimiento y el poder contar con sus servicios. Asimismo todos ellos empiezan a percibir los beneficios de la calidad y a pensar en los costos multidimensionales de la no calidad. Si bien se trata de factores intangibles, son percibidos por los distintos actores involucrados.

Tanto nuestra organización como nuestro manual de estándares fueron acreditados por la International Society of Quality, que tiene sede en Dublín, Irlanda, ubicándonos entre las alrededor de 30 organizaciones acreditadas en el mundo.

Tenemos previsto continuar creciendo dentro de la Argentina, que es nuestro desafío principal y también ayudar en los procesos de acreditación en los países vecinos. Ya nos hemos constituido en acreditadores internacionales, habiendo acreditado instituciones en Bolivia y en Uruguay.

### **3.- ¿Podrían proporcionarnos una visión de los antecedentes de la acreditación hospitalaria y describir panorámicamente los aspectos y componentes primordiales del proceso?**

La Acreditación Hospitalaria (en adelante AH) o de Establecimientos de Salud (en inglés: Accreditation of Healthcare Organizations (AHO).es el procedimiento de evaluación de la calidad institucional más extendido en todo el mundo. Se define como un método de evaluación de la calidad global de un establecimiento de salud que se realiza periódica y confidencialmente, mediante estándares previamente conocidos, con verificación por parte de entidades independientes.

Fue acuñado en EE.UU. y Canadá por la American Association of Surgeons en 1917 y continuado por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).

Si bien las iniciativas sobre acreditación surgieron como programas nacionales, la International Society for Quality in Health Care (ISQua), a través de su Programa ALPHA (Agenda for Leadership in Programs of Healthcare Accreditation), actualmente International Accreditation Program (IAP), ha establecido principios y pautas de funcionamiento comunes para todos los países, sin perjuicio de sus particularidades culturales, históricas y de los rasgos peculiares de sus sistemas de salud. El ITAES es miembro fundador del Programa ALPHA.

Entre los diversos procedimientos existentes para evaluar calidad institucional, la AH es el más específico en el campo de la salud, dado que sus estándares provienen de la experiencia del propio personal sanitario y del aporte de las sociedades científicas que contribuyen a su elaboración. En la Argentina los estándares derivan de una larga trayectoria de aproximaciones sucesivas, perfeccionamientos y actualizaciones, que han tenido influencia en los demás países latinoamericanos.

Los estándares son públicos y están detalladamente expuestos en el Manual de Acreditación para Establecimientos Polivalentes de Agudos con Internación, que se puede adquirir en la sede del ITAES. En dicho manual se reúnen los principios, las normas y los procedimientos con que se realizan las tareas de evaluación, así como los criterios mediante los cuales se decide el resultado final de la evaluación.

Dicho resultado es absolutamente confidencial y los evaluadores tienen vedada la difusión de hallazgos registrados en ocasión de su tarea. Pero, además del resultado final por SI o NO Acreditado, es muy importante el informe de evaluación que detalla las fortalezas y debilidades halladas en cada servicio, constituyendo un eficaz instrumento para la gestión.

La evaluación abarca la totalidad de los servicios involucrados en el proceso de atención médica, sean propios o contratados, pertenezcan o no a la misma razón social de la institución, aunque se encuentren en un edificio separado, pero integren funcionalmente el establecimiento.

Durante el proceso de acreditación se miran las estructuras, dado que para que las cosas funcionen bien deben estar bien armadas y organizadas. También se verifica que los procedimientos estén adecuadamente documentados, porque aquello que no está escrito "no existe". El disponer de procedimientos escritos es la mejor manera de tenerlos consensuados y es una excelente herramienta para poder enseñar. Asimismo se miden los procesos, dado que aquello que no se mide no se hace. Y por supuesto medimos los resultados logrados, dado que éstos reflejan el desempeño sustancial de la organización.

Nosotros siempre verificamos y medimos estructura, procesos y resultados, que son los ejes a través de los cuales las instituciones son evaluadas para mejorar su funcionamiento. Con base en dichas mediciones concertamos y contribuimos a impartir la capacitación para la mejora. Podemos afirmar que el secreto final de la buena actuación reside en la capacitación.

El proceso de acreditación se basa en una evaluación integral, que contempla tanto la estructura, los procesos y los resultados. Se califica a la totalidad del establecimiento, y el resultado es ser o no acreditado.

En la evaluación se considera desde la planta física y el equipamiento hasta el resultado final obtenido y el grado de satisfacción del usuario, teniendo periodicidad fija con normas que remiten a un nivel intermedio entre un óptimo conocido -accesible y real- y un mínimo aceptable de requerimientos, de acuerdo a parámetros de referencia en el lugar donde actúa la institución.

La constancia de acreditación se emite acompañada de una comunicación confidencial de la evaluación y opiniones técnicas sobre las correcciones que se consideran necesarias para mejorar las condiciones vigentes.

Para fortalecer la evaluación de resultados, el ITAES está llevando a cabo el Programa PICAM, tendiente a inducir una cultura de la calidad en las instituciones, a través del registro, procesamiento y publicación confidencial de Indicadores de Calidad para Establecimientos Asistenciales.

Durante el proceso de acreditación se indaga también sobre la cultura interna de la institución, midiéndose -a través de encuestas de satisfacción- las percepciones del paciente y del personal acerca de la atención que, respectivamente, reciben. Para cuidar bien a los pacientes el personal tiene que sentirse bien cuidado por la institución. Nosotros prestamos una gran atención a la satisfacción del personal, dado que el cuidado que la institución presta a su personal es el primer paso para que el personal cuide bien al paciente. Estos factores pueden relevarse, con bastante objetividad, a través de encuestas de satisfacción.

Los estándares representan una visión especializada de lo que debe ser un buen establecimiento de salud y constituyen una recopilación de los conocimientos actuales (el "estado del arte") sobre la calidad asistencial esperable.

Establecen los requisitos para cada una de las funciones esenciales del establecimiento, tanto para las centradas en la atención del paciente, como las referidas al funcionamiento de la organización, que la institución deberá cumplir para ofrecer la mejor calidad asistencial posible.

Los estándares instituyen un criterio "trazador" que permite inferir si el servicio evaluado reúne condiciones básicas de calidad y seguridad.

Los principios y características del proceso de acreditación son: **(a) Evaluación por pares:** los programas de acreditación son establecidos por ONGs integradas por entidades surgidas de la confluencia de actores de los diversos subsectores con intereses en la Salud, como prestadores, financiadores, universidades, etc. Su único vínculo con el establecimiento evaluado debe ser la evaluación en sí misma; **(b) Estándares previamente conocidos:** el manual de acreditación se entrega a todos los establecimientos que soliciten ser evaluados, de manera que lo conozcan previamente; **(c) Voluntariedad:** el establecimiento solicita la evaluación y asume el costo de la misma; **(d) Periodicidad:** la evaluación se repite a través del tiempo, con estándares de creciente exigencia; **(e) Conclusión y recomendaciones:** la institución acreditadora formula sus conclusiones sobre cada evaluación haciendo referencia a los hallazgos -tanto positivos como negativos- para cada estándar, formulándose las recomendaciones pertinentes; y **(f) Confidencialidad:** la institución acreditadora (en nuestro caso el ITAES) sólo comunica las conclusiones al órgano de gobierno del establecimiento evaluado, y éste decide qué hacer con ellas.

El proceso de acreditación puede extenderse por cuatro o cinco días de acuerdo a la magnitud de la institución.

Pero en caso que, como resultado de una auto-evaluación previa (que puede hacerse directamente a través del sitio del ITAES), una institución perciba que no cumple con

varios de los estándares de distintas categorías, el mecanismo es otro. En este caso la institución puede enrolarse en un programa voluntario de alistamiento progresivo e invitar a los evaluadores del ITAES a que “vengan a mirar cómo vamos”.

La duración de este alistamiento progresivo, donde se van marcando las oportunidades de mejora, depende del estado en que se halle cada institución en relación a los estándares, así como de su capacidad de respuesta para cumplir con la agenda de mejora.

El día que la institución termina de cumplir con todos los estándares, puede presentarse a los fines del proceso de acreditación.

En relación a otros tipos de certificación, como el certificado ISO la mayor afinidad reside en que, generalmente, también el certificado ISO es voluntario; no hay ninguna obligación de certificar por ISO. La mayor diferencia entre AH e ISO reside en que para certificar en Normas ISO sólo se evalúan procesos y se asume que si los procesos funcionan bien, el resultado va a ser bueno. En cambio, durante el proceso de AH se evalúa de manera completa a la institución, midiéndose -repetimos- estructura, procesos y resultados.

Sin perjuicio de dicha diferencia en cuanto al alcance de la evaluación, lo cierto es que las instituciones que han certificado ISO exhiben, en general, pautas de calidad ya concretadas y asimiladas. Por ejemplo, cuando vamos a una institución que tiene el laboratorio o el servicio de farmacia con certificado ISO, es probable que la evaluación de esos servicios se constituya prácticamente en “un paseo” para el evaluador.

#### **4.- ¿Cómo y con qué equipo se desarrolla el proceso de acreditación?**

Para evaluar si un establecimiento de salud cumple con los estándares de acreditación, el equipo de evaluadores del ITAES realiza una revisión en profundidad de sus estructuras, instalaciones, procesos y funcionamiento. El procedimiento de evaluación consiste en la verificación del cumplimiento de los estándares con base en el registro de los datos en formularios de uso exclusivo del ITAES.

El equipo de evaluación está formado por profesionales vinculados al campo de la salud (médicos, enfermeros, psicólogos, ingenieros, arquitectos, administradores, contadores, bioquímicos y especialistas en diagnóstico por imágenes), expertos en evaluación y gestión de centros sanitarios.

La evaluación consiste en un proceso riguroso de recolección de información y verificación del cumplimiento de los estándares, con base en los protocolos establecidos por el ITAES de acuerdo con la metodología de AH. Las verificaciones se efectúan mediante entrevistas con directivos, gerentes, jefes y supervisores, profesionales y técnicos, pacientes y familiares, análisis de documentación, análisis de historias clínicas, observación (participante y no participante) en terreno, etc.

Para lograr los mejores resultados posibles del proceso de evaluación, es fundamental la cooperación de todos los involucrados, de manera que los evaluadores puedan obtener hallazgos fructíferos a través del registro de todos los factores relevantes.

Para llevar a cabo las evaluaciones, el ITAES ha capacitado a más de 200 profesionales de todo el país en la aplicación del método de Acreditación Hospitalaria (AH). Según sus Manuales de Procedimientos, los establecimientos deben ser evaluados por profesionales que residan en otras ciudades, si bien ello no es necesario para los casos de Evaluaciones Preliminares o de Alistamiento Progresivo, en su proceso de preparación.

## **5.- ¿Cuáles son los tipos y niveles de evaluación de establecimientos de salud, y cuáles son las respectivas condiciones y pautas de arancelamiento?**

Comenzaremos refiriéndonos a los tipos de establecimientos y posteriormente a los niveles de evaluación, señalando en cada caso las condiciones y pautas de arancelamiento.

### **5.1.- Tipos de establecimientos**

Nuestro programa distingue entre dos tipos de establecimientos: (1) polivalentes, y (2) monovalentes.

#### **5.1.1.- Programa para establecimientos polivalentes de agudos**

El Programa para Establecimientos Polivalentes de Agudos debe ser cumplido por ese tipo de establecimientos (tengan o no internación), tales como hospitales, clínicas y sanatorios, entre otros, seleccionándose los estándares aplicables de acuerdo a sus características y grado de complejidad.

Para enrolarse en este Programa el establecimiento completa una solicitud de incorporación (con formato prediseñado), cuyos datos se usarán para completar un convenio estipulando el procedimiento y arancel correspondiente.

Este programa tiene tres etapas, la de autoevaluación y alistamiento (EAA), la de evaluación (EEE) y la de mantenimiento de la acreditación (EMA).

En la primera (EAA) se envían al establecimiento formularios de autoevaluación que sus mismos integrantes completan guiados por el área técnica del ITAES. Luego el establecimiento es visitado por los expertos del ITAES, quienes constatan en terreno lo expresado en la autoevaluación.

Con los resultados, la institución elabora un plan de acción para resolver los problemas hallados, y se procede -durante seis meses- a completar los seis capítulos del manual.

Tras los dos primeros meses de la EAA se determina si el establecimiento está



en condiciones de pasar a la EEE o si debe prolongarse la etapa EAA durante un período máximo de 18 meses.

Una vez completada la EAA se realiza la evaluación global (EEE), para lo cual el equipo de evaluación (cuya composición dependerá de la complejidad del establecimiento) controla el nivel de cumplimiento de la totalidad de los estándares. Luego de esta evaluación y a través de un procedimiento de análisis de la información recogida en terreno, se elabora el informe final y se emite el dictamen de acreditación.

El informe es revisado por el Coordinador Técnico de ITAES para luego elevarlo al Comité de Dictámenes, constituido por miembros de la Comisión Directiva que rotan periódicamente en la función. La misión del Comité es evaluar el ajuste de todo el proceso a las normas de procedimiento establecidas por el ITAES.

Con todas las observaciones o recomendaciones surgidas durante la EEE, la institución elabora un plan de acción para la mejora, que es monitoreado por el ITAES (EMA), durante los tres años siguientes a la acreditación, momento en que se producirá el reinicio del ciclo.

### **5.1.2.- Programas para establecimientos monovalentes**

El ITAES cuenta con manuales dirigidos a centros de hemodiálisis, diagnóstico por imágenes, laboratorios de análisis clínicos, centros odontológicos y establecimientos de salud mental.

Este tipo de organizaciones pueden solicitar en forma directa la evaluación para la acreditación o ingresar a programas que evalúan el estado de situación en relación al cumplimiento de los estándares.

## **5.2.- Niveles de evaluación**

En relación a los niveles de evaluación, nuestro Programa contempla los siguientes niveles: (1) alistamiento progresivo, (2) evaluación preliminar, y (3) evaluación para acreditación.

### **5.2.1.- Alistamiento progresivo**

Un experto designado por ITAES acompaña al establecimiento en su preparación para la acreditación, revisando cada estándar junto a los responsables de las distintas áreas, con el objetivo de detectar el grado de cumplimiento de cada uno de ellos y de proporcionar sugerencias y recomendaciones pertinentes para corregir eventuales desvíos.

Se trata de un programa de apoyo del ITAES a aquellos establecimientos que aspiran a encarar un proceso de mejora continua pero no se consideran suficientemente preparados para acceder -por sí mismos- a las condiciones de acreditación.

Para enrolarse en este Programa el establecimiento completa una solicitud (con formato prediseñado) de incorporación al programa, cuyos datos se usarán para completar un convenio estipulando el procedimiento y arancel correspondiente.

El período de “alistamiento” no puede exceder el plazo de tres (3) años desde la iniciación del Programa. Durante dicho período el establecimiento abona una cuota mensual que incluye el proceso de evaluación y la membresía al ITAES, pudiendo solicitar la evaluación definitiva en el momento que se considere pertinente con arancel sujeto a una deducción sobre el rango establecido.

Cuando el establecimiento solicita la acreditación, la evaluación se realiza cumpliendo todos los requisitos del Manual de Procedimientos de ITAES, desconociéndose absolutamente todos los informes y antecedentes del período de “alistamiento progresivo”.

### **5.2.2.- Evaluación preliminar**

Es un procedimiento aplicable a establecimientos monovalentes idéntico al de la acreditación, empleando los mismos estándares del manual y los mismos formularios, pero sin arribar al resultado final del procedimiento corriente (SI o NO Acreditado).

Los evaluadores asignados al procedimiento, son seleccionados por ITAES de su propio plantel de profesionales, pudiendo residir en la misma ciudad del establecimiento, pero observando todos los requisitos de confidencialidad del Código de Ética del Evaluador.

Los establecimientos pueden solicitar evaluaciones parciales sobre un grupo de estándares.

Las evaluaciones preliminares pueden reiterarse todas las veces que el establecimiento lo crea conveniente, antes de solicitar la evaluación para la acreditación.

Al término de la evaluación preliminar el ITAES entrega a los directivos del establecimiento un informe pormenorizado de las fortalezas y debilidades encontradas en relación a cada uno de los ítems de los formularios.

Dado que la evaluación preliminar no es vinculante con la acreditación, el informe no contiene ningún comentario respecto al resultado final que tendría la evaluación, ni tampoco respecto al resultado parcial de cada uno de los estándares.

En caso que la evaluación muestre resultados favorables que permitan presumir la posibilidad de una acreditación plena, el establecimiento debería solicitar una nueva evaluación completa para acceder a dicha distinción.

En las evaluaciones parciales el arancel se fijará en cada caso según la carga de trabajo.

### 5.2.3.- Evaluación para acreditación

Para solicitar esta evaluación para acreditación, las instituciones deben completar el Formulario Solicitud de Acreditación, que tiene carácter de declaración jurada, dado que sus datos serán usados por la Coordinación Técnica del ITAES para determinar, en cada caso., la elegibilidad del establecimiento, la carga de trabajo necesaria y el arancel de acreditación.

Una vez cumplimentada la documentación, el ITAES propone al establecimiento la fecha de evaluación y la composición del equipo evaluador en terreno (especificando nombre, apellido, profesión y ciudad de residencia de cada integrante. Con la finalidad de reducir la posibilidad de un eventual conflicto de intereses, los evaluadores seleccionados provienen de una provincia o localidad diferente a la de la institución solicitante. En esta etapa, la institución solicitante tiene derecho a recusar a un evaluador sin expresar causa y el ITAES procederá a proponer otro en su reemplazo.

Todo equipo de evaluación en terreno dispone de un coordinador, cuya tarea consiste en ordenar el trabajo y servir de interlocutor con el establecimiento mientras se desarrolle la tarea en terreno. Unos días antes de la fecha de inicio de dichas tareas, el coordinador realiza una visita a la institución para interiorizarse de sus características propias y, junto con un representante de ésta, programar las actividades a desarrollar por el equipo. En esa oportunidad efectuará asimismo una reunión con el personal de conducción para transmitir los objetivos de la acreditación y resolver las inquietudes e interrogantes que pudieran presentarse.

El informe es revisado por el Coordinador Técnico de ITAES para luego elevarlo al Comité de Dictámenes, constituido por miembros de la Comisión Directiva que rotan periódicamente en la función. La misión del Comité es evaluar el ajuste de todo el proceso a las normas de procedimiento establecidas por el ITAES.

En caso de no presentar observaciones, el Comité eleva el informe a la Comisión Directiva, recomendando refrendarlo actuado. En caso de presentar observaciones, arbitra los medios para solucionarlas, pudiendo llegar -incluso- a ordenar una nueva evaluación en terreno por parte de otro equipo.

Tanto en la acreditación de establecimientos polivalentes de agudos como en la de instituciones monovalentes, el resultado es transmitido a la institución a través de una comunicación formalizada por escrito. En caso de dictamen con acreditación, la institución recibe: (a) Certificado de Acreditación: es el documento que oficializa el resultado de la evaluación, especificando la fecha del acta en la que se otorgó la acreditación y su período de vigencia, (b) Diploma de Acreditación: destinado a ser colocado en lugar visible del establecimiento, y (c) Logo "ITAES Acreditado" en soporte magnético, que la institución podrá insertar en su papelería y en sus sitios virtuales.

En caso de discrepar con lo expresado en el dictamen, el establecimiento puede apelar lo completando el formulario pertinente y adjuntando la documentación para sustentar su reclamo. A partir de ese momento se pone en marcha el procedimiento para el tratamiento de apelaciones.

## **6.- ¿Cómo caracterizaría la alianza del ITAES con CADIME?**

La alianza entre el ITAES y CADIME se sustenta en que ambas organizaciones tienen la misma vocación y ambas estamos buscando permanentemente ayudar a mejorar a las instituciones, respectivamente, asociadas. Lo que estamos haciendo es – primordialmente – mostrar nuestro expertise a las instituciones, ofrecerles nuestra ayuda para mejorar y marcándoles pautas para posibles mejoras.

CADIME exhibe, a través de sus diversas acciones de difusión, facilitación, capacitación y apoyo, una notoria vocación por ayudar a sus asociados para que mejoren. Por nuestra parte, todo nuestro trabajo vinculado al proceso de acreditación se dirige a ayudar a las instituciones a buscar oportunidades de mejora y a concretar las mejoras pertinentes para incrementar la calidad y los resultados de sus prestaciones.

La relación con CADIME viene desde hace muchos años, prácticamente desde los primeros años del ITAES. Inicialmente, CADIME participaba en una función técnica, asesorando sobre todo en relación al programa de acreditación para laboratorios, y participaba en el proceso de acreditación.

Con el transcurso del tiempo y los aprendizajes emergentes de las experiencias transitadas, se determinó que el proceso de acreditación debía ser independiente del acreditado. Por lo tanto, la participación de CADIME debía ser exclusivamente técnica y como un patrocinador o un promotor para la mejora continua de los laboratorios.

La decisión de enrolarse en el programa de acreditación es, a veces, bastante difícil para los establecimientos más pequeños, dado que sus titulares experimentan temores acerca de los requisitos por cumplir, los esfuerzos por realizar, los costos, etcétera.

Al analizar esta situación con las autoridades de CADIME, hace unos años, consideramos que era pertinente desarrollar un programa de acreditación que fuera de más fácil acceso para esas instituciones pequeñas, que son las que más ayuda necesitan en el proceso de mejora continua.

Desarrollamos entonces un programa que denominamos “Programa de Acreditación por Etapas”, en el cual, en una primera etapa, debe cumplirse con un primer nivel de estándares básicos que aseguran algunas condiciones de calidad, sobre todo pensando en el paciente. No hay aquí un certificado de acreditación, sino simplemente una constancia de haberse incorporado al programa y de haber cumplido con esa primera etapa de estándares.

En el proceso de autoevaluación por parte de los establecimientos hay un acompañamiento del ITAES, para ayudarlos a que vayan resolviendo sus problemas. Una vez que cumplieron con esa primera y segunda etapa, recién empezarán a pensar en el cumplimiento de los estándares como para llegar a la acreditación.

### **7.- ¿Podría precisar cómo se gestó y evolucionó esa alianza con CADIME?**

Por nuestra parte, el desarrollo de programas de acreditación de establecimientos de diagnóstico por imágenes y de laboratorios de análisis clínicos, orientados a un sector diferente al de los establecimientos hospitalarios, determinó la necesidad de contar con el respaldo institucional de las organizaciones intermedias representativas de los establecimientos ambulatorios. La presencia de CADIME y de CEDIM (Cámara de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio) apoyando el desarrollo de la iniciativa del ITAES, se dio desde su propia fundación. Miembros de ambas Cámaras, formaron parte de su Comisión Directiva desde los primeros momentos. Pero recién en 1999 se trató formalmente acerca de la vinculación entre las tres entidades y, en noviembre de ese año, se concretó la firma del Acta-Acuerdo pertinente.

Tanto CADIME como CEDIM contaban con estándares de calidad y desarrollaban con éxito programas de evaluación para sus respectivos asociados. A través de ellos habían reunido una aguilatada experiencia metodológica y, asimismo, habían inducido programas de mejoramiento continuo de la calidad entre sus establecimientos asociados. Por su parte, ITAES incorporó instrumentos originales para ejecutar sus evaluaciones, como el Formulario de Evaluación y Formulario Operativo, que posibilitaron tanto la agilización de los procedimientos y el ajuste de los costos operativos, como la reducción de eventuales márgenes de arbitrariedad o subjetividad por parte de los evaluadores.

Teniendo en cuenta los factores enunciados, CADIME, CEDIM e ITAES decidieron potenciar -mediante la cooperación recíproca- sus respectivas experiencias institucionales. Ello se instrumentó a través del acuerdo firmado en noviembre de 1999, para llevar a cabo el Programa de Acreditación para Establecimientos Ambulatorios de Diagnóstico y Tratamiento, que cuenta con dos manuales: a) Laboratorios de Análisis Clínicos, y b) Diagnóstico por Imágenes.

En el año 2012 ITAES y CADIME decidieron re-afirmar el mencionado acuerdo entre ambas instituciones, no sólo para continuar trabajando en lo ya establecido, sino también para desarrollar nuevos programas destinados a la mejora continua de la calidad.

### **8.- ¿Podrían referirse a acuerdos interinstitucionales para la ejecución de otros programas?**

A partir de 1997, todos los prestadores de diálisis del país, por intermedio de sus instituciones representativas (Cámara Argentina de Servicios y Productos de Terapia Renal y Confederación de Asociaciones Regionales de Centros de Diálisis de la República Argentina), instrumentaron un programa -junto con el INSSJP/PAMI- comprendiendo la inspección periódica, la evaluación de centros y el control de altas de afiliados del Instituto. Este programa se desarrolló en forma ininterrumpida hasta la fecha,

reconociéndose la importancia de una acción participativa en materia de controles y habilitaciones, así como también las potencialidades de acciones concurrentes de prestadores y financiadores.

Este acuerdo focaliza específicamente en centros ambulatorios y servicios de establecimientos polivalentes con internación, que efectúan tratamientos dialíticos crónicos. Para desarrollarlo, el ITAES contó con el patrocinio y cooperación técnica de Diaverum Argentina y Fresenius Medical Care Argentina. Posteriormente, los documentos de trabajo fueron sometidos a la opinión de destacados especialistas en Nefrología. En esta etapa se tuvo la oportunidad de comparar estos estándares con los aprobados por la organización equivalente del Brasil, la Organização Nacional d Acreditação (ONA).

Por otra parte, podemos referirnos al Programa de Acreditación para Establecimientos de Salud Mental, que focaliza en distintas modalidades de atención en Salud Mental, tanto las dedicadas a tratamientos ambulatorios, como a las de internación crónica.

Para desarrollar el manual de este Programa, el ITAES convocó a prestigiosos establecimientos de la especialidad, los cuales aceptaron aportar su patrocinio y su cooperación técnica para el extenso y complejo proceso de desarrollo de estándares. El Manual tipifica, en primer lugar, las distintas modalidades posibles de atención psicoterapéutica, y establece conjuntos de estándares para cada una de ellas. Ello implica que, para la evaluación, debe definirse -en primera instancia- con qué áreas de atención cuenta cada establecimiento, para aplicar en cada caso los estándares pertinentes.

De manera análoga a la descrita en el Programa para la Acreditación de Establecimientos de Agudos, todos los establecimientos pueden apelar al dictamen completando el formulario correspondiente y adjuntando toda documentación que pudiera fundamentar su razonabilidad. A partir de ese momento se pondrá en marcha el procedimiento para el tratamiento de las apelaciones.

## **9.- ¿Desean referirse a algún aspecto adicional?**

El mayor beneficio de los programas de mejora reside en cambiar la cultura de la organización, instalando una cultura proclive a la mejora continua ubicando al paciente en el centro del proceso.

Nosotros pensamos que la acreditación es sólo un hito formal, ya que una vez que un establecimiento ingresa al proceso de mejora continua, éste se profundiza aún más tras lograr la acreditación.

En relación a la eventual percepción de que el modelo de Acreditación Hospitalaria que aplicamos es más "selectivo" que "inclusivo", cabe señalar que no se trata de una disposición taxativa -de querer ser "selectivos"- sino de una tendencia fáctica asociada a la rigurosidad y exigencia del proceso de acreditación.

Desde hace varios años venimos plasmando un modelo más inclusivo, adoptando a la acreditación como una herramienta para la mejora y no como un proceso de cribado o diferenciación entre establecimientos. Hemos trabajado mucho en ello y hemos concurrido asiduamente a las provincias para difundir este concepto de la acreditación como proceso formativo.

Como resultado de dichos esfuerzos se fueron enrolando en el proceso establecimientos de baja y mediana complejidad de todo el país, lo que puso en evidencia que alcanzar el cumplimiento de estándares no depende de la complejidad ni del tamaño. Nuestra convicción resultó convalidada a través de la acreditación -por parte de la ISQua- de nuestro Programa de atención de agudos, el cual fue diseñado específicamente para que cualquier tipo de establecimiento -con independencia de su tamaño y complejidad- pueda adecuarse a los estándares.

Pero también creemos firmemente que, en esta cuestión de la supuesta diferenciación entre modelos ("selectivo vs. inclusivo"), es fundamental distinguir entre: (a) el proceso de preparación para la acreditación, durante el cual cualquier establecimiento puede utilizar las herramientas pertinentes (manuales, protocolos, tutoría, capacitación) para ordenarse, estandarizar procesos y trazar el camino de mejora, y (b) el ser efectivamente acreditado, para lo cual el establecimiento debe cumplir indefectiblemente un porcentaje de criterios con base en un equilibrio armónico de los estándares. Podríamos decir que entre ambas situaciones mediaría un proceso de "selección natural".

Una vez que resulta clara dicha distinción, la discusión podría derivarse a la cuestión de si la acreditación acordada a un establecimiento por una entidad acreditada por la ISQua tiene un valor único o si existen gradientes de acreditación (tipo: bronce, plata, oro y platino).

En el primer esquema se acredita a los establecimientos que -de acuerdo con la evaluación- satisfacen un "piso" de cumplimiento de estándares, considerándose que los atributos que superan ese "piso" contribuyen a transitar el camino de la mejora hacia la excelencia. Este esquema responde a la necesidad que tiene el ciudadano de saber que todos los establecimientos acreditados cumplen con ese "piso" y que la búsqueda del "techo" responde a la disposición de cada establecimiento para seguir mejorando en beneficio del paciente, más que a la intención de escalar en el supuesto prestigio del sello acreditador.

En el segundo esquema -de los gradientes de acreditación ("bronce, plata, oro, platino")- se genera un factor mayor de selectividad y hasta de discriminación (por factores frecuentemente ajenos a la calidad), llegándose a la riesgosa situación de competencia por el "prestigio" del sello acreditador, la cual podría responder a motivaciones "marketineras" de pertenencia a elites.

Un ejemplo de ello podría estar dado por la apetencia por los sellos de acreditadoras "internacionales", la cual puede generar un falaz concepto de que esos sellos ubican al establecimiento en un nivel superior del "podio". Ello puede promover una carrera ficticia e ineficiente en términos de beneficio-costos. Pero, lo que es aún peor, puede degradar

-al menos en la percepción del público- el esfuerzo que hacen otros establecimientos por cumplir estándares de calidad igualmente reconocidos en el ámbito internacional (ISQua).

*(\*): "Los descriptores sin notación provienen del Tesauro de la OCDE (29/04/2008), mientras que aquellos con notación (&) -cuyo repertorio se halla en elaboración- proceden de diversos tesauros en ciencias de la salud."*

#### **DR. RICARDO A. DURLACH**

Es Vice-presidente del Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES), habiendo sido su Presidente entre 2004 y 2016. Fue Director Médico del Hospital Alemán entre los años 2000 y 2014, desempeñándose desde 2014 hasta la actualidad como Jefe del Departamento de Calidad de dicho Hospital. Es Profesor Pro-titular y Director de la Carrera de Especialista en Enfermedades Infecciosas en la Universidad Católica Argentina. Es Médico egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Especialista en Infectología, Doctor en Medicina; así como Magister en Administración de Salud egresado de la Universidad Católica Argentina.

#### **DR. RICARDO G. HERRERO**

Es Director General del ITAES. Entre 2013 y 2016 fue consultor de la Gerencia de Prestaciones Médicas de la Superintendencia de Servicios de Salud. Desempeñó diversas actividades en materia de Informática en el sector salud (Comité de Informática Médica del Hospital Santojanni, fundador y director de la Revista Informática Médica, Miembro de la Comisión Asesora en Informática Médica de la Secretaria de Salud del GCBA, Ex-Jefe de Departamento de Informática Médica del INSSJP/PAMI. 2002 y 2004 fue Director Médico del Sanatorio Colegiales de Buenos Aires y entre 2004 y 2009 fue Director Médico de Medcenter Solutions. Entre 1979 y 2004 se desempeñó en diversas áreas de la Gastroenterología y Endoscopía digestiva en establecimientos públicos y privados. Participó como docente, organizador, moderador o expositor en numerosos cursos, simposios, congresos y jornadas de Gastroenterología, Endoscopía digestiva, Informática y gestión en salud. Docente en Universidades de Buenos Aires, Católica de Córdoba, Católica de San Juan, Favaloro. Desempeñó diversos cargos en las comisiones directivas de relevantes asociaciones profesionales. Es autor o coautor de más de cien artículos y trabajos de investigación presentados o publicados en medios nacionales e internacionales. Es Médico egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Especializaciones en Medicina Interna y Gastroenterología. Formación de posgrado en informática aplicada a la salud, gestión estratégica, calidad y administración en salud.



## III JORNADA INTERDISCIPLINARIA DERECHO Y SALUD. "POLÍTICAS SUSTANTIVAS Y REFORMAS EN EL SECTOR SALUD: COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD Y AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA SANITARIA"

**Fecha:** 13 de julio de 2017

**Horario:** 15 a 20 hs

**Lugar:** Auditorio Mons. Derisi - Pontificia Universidad Católica Argentina  
Av. Alicia M. de Justo 1400, Subsuelo, Buenos Aires, Argentina.

**Organizan:** Facultad de Derecho y Facultad de Ciencias Médicas de la Pontificia Universidad Católica Argentina

**Auspicia:** CA.DI.ME. - Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico

**Más información:** <http://www.cadime.com.ar/index.php/es/noticias-y-novedades/noticias-destacadas/1039>

## POSTGRADO EN GESTIÓN DE INSTITUCIONES DE SALUD (CICLO 2017-2018)

### Instituciones organizadoras

Fundación Instituto para el Desarrollo Productivo y Tecnológico Empresarial de la Argentina (DPT) y Escuela Superior de Sanidad "Dr. Ramón Carrillo" Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas Universidad Nacional del Litoral

### Fundamentación

Este curso de postgrado se funda en la necesidad de conformar una masa crítica de administradores de la salud con los conocimientos, la visión y las herramientas necesarios para mejorar la gestión de las instituciones de salud o de sus áreas y departamentos.

## Objetivos

Fortalecer y viabilizar los procesos organizativos de cambio requeridos para la gestión en los subsectores Público, Privado y de Seguridad Social del Sistema de Salud, a partir de la formación y consolidación de equipos en cada nivel organizacional.

Desarrollar recursos humanos profesionales con estructuras conceptuales, códigos comunes y habilidades necesarias para desarrollar exitosamente la gestión de instituciones de salud.

Aplicar las competencias necesarias para el gerenciamiento de organizaciones sociales complejas, como son las instituciones de la salud, valorando positivamente el proceso de gestión.

Desarrollar actitudes profesionales en la consideración del usuario como centro y "razón de ser" del sistema sanitario, bajo una ética responsable, respetuosa de la diversidad cultural y organizacional.

## Perfil del egresado

El egresado podrá identificar y conformar equipos de conducción con una visión integral de la gestión de Instituciones de Salud.

Conocerá y ejecutará los roles, funciones y estilos del gerenciamiento.

Será capaz de identificar y evaluar las variables que intervienen en la gestión de los recursos, los procesos y los resultados de las organizaciones proveedoras de servicios de salud.

Conocerá y podrá identificar los componentes, las características, los determinantes y las funciones de los Sistemas de Salud.

Será capaz de analizar los diversos modelos de Sistemas de Salud y conocer sus principales características: población, organización de la oferta, modelo de atención y financiamiento.

Aplicará el conocimiento de las Organizaciones de Salud en el desarrollo de matrices que expresen los diversos flujos que se observan en dichos sistemas: flujo de fondos, flujo de servicios y flujo de referencia de pacientes.

Evaluará adecuadamente acciones tendientes a una mejora sustantiva en la aplicación de tecnologías y herramientas de gestión en el ámbito de la institución a la que pertenece.

## Destinatarios

Profesionales integrantes de equipos interdisciplinarios de Salud y todos aquellos interesados en cubrir cargos de responsabilidad o que deseen desarrollar esta dimensión de su profesión en el sector salud, priorizando a la alta dirección de las instituciones.

## Carga horaria total y distribución horaria de las actividades

El Curso de Postgrado totaliza una carga horaria de 244 hs. teórico - prácticas desarrolladas bajo modalidad semi presencial. Se compone de dos etapas I) una de capacitación y desarrollo teórico-práctico de 164 horas de duración, con 12 módulos (12 hs. cada uno) y dos talleres (10 hs. cada uno), II) una etapa posterior, de presentación de un trabajo integrador final (80 hs) que tiene como objetivo el desarrollo de un proyecto de gestión en organizaciones prestadoras o financiadoras, públicas, del tercer sector o privadas de servicios de Salud.

## Duración del curso

La duración del Curso es de 18 meses, desarrollándose mediante una jornada por mes día sábado de 9 a 17 (total 12 jornadas) más 4 medias jornadas (viernes de 17 a 21)

## Requisitos de formación previa

Título Universitario o Terciario con acreditación de experiencia laboral o de formación en el área gestión en salud.

**Fecha de inicio:** 5 de agosto de 2017

**Certificado:** Se otorga certificado de la Universidad Nacional del Litoral

**Más información:** <http://www.fundaciondpt.com.ar/index.php/propuesta-educativa/gestion-de-instituciones-de-salud-curso-de-postgrado>

# CURSO DE EMPRENDEDORISMO EN BIOTECNOLOGÍA

**Instituciones organizadoras:** Fundación Instituto para el Desarrollo Productivo y Tecnológico Empresarial de la Argentina (DPT) y Escuela Superior de Sanidad "Dr. Ramón Carrillo" Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas Universidad Nacional del Litoral

## **Fundamentación y destinatarios**

El Programa de Estudios de Emprendedorismo en Biotecnología DPT-UNL tiene el propósito de proveer de conocimientos adecuados para comprender los aspectos no-biológicos de la biotecnología en sus dimensiones sociales, políticas, empresariales, administrativas, legales y regulatorias.

Está principalmente destinado a estudiantes y graduados en ciencias de la salud, de la vida, de carreras tecnológicas (biotecnólogos, bioquímicos, microbiólogos, ingenieros químicos, médicos, farmacéuticos, licenciados en genética, licenciados e ingenieros en alimentos, licenciados en nutrición, entre otros) como así también a profesionales, emprendedores o empresarios que acrediten preparación o experiencia laboral pertinente al programa de estudios.

De un modo específico, el programa aspira a dotar a los participantes de las herramientas adecuadas para desempeñarse como generadores de emprendimientos que sirvan para crear nuevas empresas, así como para generar valor en empresas preexistentes, tanto en el rol de propietarios como en el de ejecutivos y gerentes.

## **Resultados esperados**

Se espera que los graduados del programa puedan desarrollarse en el mundo de los negocios en biotecnología, que puedan ser innovadores y que aprendan a crear sus propias empresas.

## **Compromiso de los alumnos.**

Los alumnos se comprometen a presentar un proyecto sobre el que trabajarán durante el curso, ya sea real o ficticio. En el caso de que sea ficticio, deberán comprometerse con el mismo, de la misma manera que si fuera real. Se firmarán convenios de confidencialidad sobre cada proyecto.

La asistencia será obligatoria y se requerirá un 75% de asistencia para poder presentar el trabajo final.

Los alumnos tendrán ejercicios parciales que apuntarán a aplicar lo aprendido en cada clase en su proyecto personal. Los ejercicios serán propuestos y evaluados por cada docente según su tema. La valoración será de 1 a 10, se requerirá un promedio de 6 para poder presentar el trabajo final.

Los alumnos deberán presentar el proyecto final en forma escrita y oral en base a las pautas que se les entregarán durante el curso, que será evaluado por al menos 4 evaluadores.

Los alumnos contestarán el primer día preguntas que serán parte de una autoevaluación que corregirán ellos mismos al final del curso.

### **Modalidad y horas**

Semi-presencial. Cantidad de horas estimadas: 80 horas (40 horas presenciales y 40 horas estudio y preparación del proyecto final)

### **Duración**

La duración prevista es de cinco meses. El programa comprende 12 encuentros presenciales de 4 hs y media cada uno, a razón de dos encuentros por mes (Segundo jueves y viernes de cada mes, de 13.30 a 18, a excepción de los dos últimos encuentros).

**Inicio:** 10 de Agosto de 2017

**Más información:** <http://www.fundaciondpt.com.ar/index.php/propuesta-educativa/emprendedorismo-en-biotecnologia-curso>

## **DIPLOMATURA EN PROGRAMACIÓN AVANZADA**

En mayo de 2015 la Fundación DPT inició, junto con la Universidad Tecnológica Nacional (UTN), su primera edición de la Diplomatura en Programación Avanzada.

Cuenta con tres orientaciones, Java, .NET y Administración de Base de Datos, con una carga horaria total de 130 horas, que se desarrolla en un programa de 6 meses, al término del cual el egresado obtiene un diploma expedido por UTN y la Fundación DPT.

El curso es enteramente gratuito para el estudiante, que goza de becas completas otorgadas por la Fundación DPT.

En el marco de una asociación inédita, que incluye al sector académico (UTN-DPT), al sector empresario (Polo IT de Buenos Aires, asociación que agrupa 150 empresas del software informático) y al sector gubernamental (Ministerio de Educación del GCBA), el curso, dirigido a estudiantes de Escuelas Medias Técnicas de la Ciudad de Buenos Aires, permite vincular el proceso formativo teórico-práctico de la Diplomatura (de 4 hs. semanales) con prácticas laborales en las empresas (14 hs. semanales) simultáneamente al cursado del último año del Secundario, en el marco de las Prácticas Profesionalizantes previstas en el currículo porteño.

Actualmente 60 alumnos provenientes de las Escuelas Técnicas 24, 32, 35 y 37 de Capital Federal participan de esta formación, en conjunto con 20 empresas socias del Polo IT. La inserción del participante en las empresas profundiza y enriquece el proceso formativo, a la par que propicia la inserción laboral futura del egresado. El Programa "Aprender Trabajando" del GCBA colabora en la realización del Programa aportando un incentivo monetario mensual para el estudiante/practicante.

Más información: <http://www.fundaciondpt.com.ar/index.php/propuesta-educativa/programacion-avanzada-diplomatura>

## LA FUNDACIÓN DPT DIFUNDE Y PROMUEVE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL DIAGNÓSTICO MÉDICO Y TRATAMIENTO

En el marco del creciente aumento de las demandas, la complejidad y los costos en el sector salud, resulta primordial superar la dependencia tecnológica en la provisión de productos médicos prioritarios o de importancia pública, a través de todos nuestros recursos humanos y tecnológicos, públicos y privados del sistema de salud.

Desde DPT creemos firmemente en que la complementación de todos los recursos científicos, tecnológicos y productivos disponibles, mancomunados en una articulación multiplicadora entre los subsectores públicos y privados, tendría la capacidad para optimizar y potenciar emprendimientos de carácter nacional con relevancia no solo en la salud pública sino también en otros campos científicos sustentables de amplio impacto social y económico.

Dada la importancia de esta temática, DPT ha tomado la decisión, entre otras acciones, de colaborar en la difusión de todas aquellas iniciativas sobre las nuevas tecnologías que se apliquen, así como de otros avances que se vayan produciendo en materia de innovación tecnológica aplicada al cuidado de la salud.

**Más información:** <http://www.fundaciondpt.com.ar/index.php/noticias-y-novedades/noticias-fundacion-dpt/1017>

## REFERENCIAS

En esta sección presentamos una selección de referencias documentales vinculadas con la temática central de este número: ***“Acreditación de establecimientos prestadores de servicios de salud”***.

Hemos procurado reunir una muestra ilustrativa de aportes con diversos focos y agruparlos en categorías temáticas significativas.

Mediante el clickeo de uno de los títulos, el lector accederá al resumen del documento, el cual incluye el enlace al texto completo, así como los descriptores asignados al mismo (\*).

Los títulos para acceder a los respectivos resúmenes y enlaces a los textos completos son los siguientes:

### 1.- Argentina: Marco normativo

- [Argentina. Ministerio de Salud de la Nación: Evaluación externa: marco normativo y reglamentario. 2005-2009.](#)

### 2.- Marco institucional global y nacional

#### 2.1.- Acreditación global de entidades de evaluación externa de EPSS: materiales de referencia

- [The International Society for Quality in Health Care \(ISQua\)](#)
- [ISQua: Orientaciones y principios para el desarrollo de estándares de cuidado de la salud](#)
- [ISQua: Orientaciones y estándares para organizaciones de evaluación externa](#)
- [Organizaciones acreditadas por ISQua](#)

#### 2.2.- Entidades acreditadoras y certificadoras de EPSS

##### 2.2.1.- En la Argentina

- [CENAS: Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud](#)
- [FBA: Fundación Bioquímica Argentina](#)
- [IRAM: Instituto Argentino de Normalización y Certificación](#)
- [ITAES: Instituto Técnico de Acreditación de Establecimientos de Salud](#)
- [OAA: Organismo Argentino de Acreditación](#)

##### 2.2.2.- Entidad pionera (TJC) y división internacional (JCI)

- [The Joint Commission \(TJC\)](#)
- [Joint Commission International \(JCI\)](#)
- [Gestión del cambio en TJC](#)

##### 2.2.3.- Ejemplos de otros países

- [Brasil: ¿Cuáles son las principales certificaciones y acreditaciones para hospitales?](#)
- [España: Fundación para la Acreditación y el Desarrollo Asistencial \(FADA\).](#)

- Estados Unidos: Las cinco grandes acreditadoras de organizaciones de salud

### **3.- Materiales relativos a diversos aspectos de la acreditación de EPSS**

- OMS: Calidad y acreditación de servicios de atención de la salud: una revisión global
- ITAES: Manual para la acreditación de establecimientos de atención de agudos
- CENAS: Código de Ética
- Salud para todos, todos por la salud: La idea de la calidad: propuesta de Ley Nacional
- Hacia la cobertura universal en salud: El derecho a la calidad con equidad: Antecedentes y justificación para una Ley Nacional de Derecho a la Calidad
- Errores médicos, la amenaza invisible de los hospitales
- Impacto de la acreditación sobre la calidad de servicios de atención de la salud: una revisión sistemática de literatura
- Acreditación y categorización de servicios de salud
- La acreditación en la Argentina: ¿Realidad, intención o utopía?
- Mejor inversión en salud a través de estudios de variaciones en la práctica médica
- El CENAS iniciará el proceso de acreditación de dos establecimientos públicos de la Provincia de Buenos Aires
- Hospital Austral obtuvo su segunda acreditación internacional.
- Hospital Británico obtiene acreditación plena de ITAES
- Hospital Italiano obtuvo acreditación de la JCI
- Breve reseña histórica de la acreditación de EPSS: EE.UU. y Argentina
- Rendimiento en el proceso de acreditación de hospitales públicos (Minas Gerais/ Brasil)



**Nota del Editor:** El editor no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en las entrevistas, artículos y documentos reseñados en este Boletín, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, autores o colaboradores.

## **STAFF BOLETÍN DPT**

**Director:**

Sr. Guillermo Gómez Galizia.

**Coordinador Editorial:**

Lic. José Luis Tesoro

**Asesor:**

Dr. Carmelo Polino

**ISSN 2525-040X**