



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**DESARROLLO DE PROCESOS DE ACREDITACIÓN EN PAÍSES DE
LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE**

**Andrea Carolina Betancourt Velásquez
Martha Liliana Tunjo López**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD PÚBLICA
BOGOTÁ DC, COLOMBIA
2012**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**DESARROLLO DE PROCESOS DE ACREDITACIÓN EN PAÍSES DE
LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE**

**Andrea Carolina Betancourt Velásquez
Martha Liliana Tunjo López**

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:
Especialista en Administración en Salud Pública

Director(a):
Dra. Rocío Robledo Martínez

Área de Énfasis:
Administración en Servicios de Salud

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD PÚBLICA
BOGOTÁ DC, COLOMBIA
2012**

DEDICATORIA

¶ Dios, por acompañarme a lo largo de mi vida, brindándome su protección y bendición constante.

¶ mi Abuelita Inés, por acompañarme día y noche con su amor, paciencia y sabiduría, por enseñarme a sacar lo mejor de cada experiencia.

¶ mi Abuelito Pedro, por su cariño y apoyo incondicional.

¶ mi Mami Luz Miriam, por su amor y ejemplo a seguir.

¶ mi tío Carlos, por brindarme su comprensión y apoyo constante. ¶ mi tía Sandra y Yolanda, por brindarme su compañía y cariño.

¶ mis tíos y tías, quienes en la distancia siempre han sabido confiar y creer en mí.

¶ mis primos y Hermanos, porque engrandecen el significado de familia y son la esperanza y la alegría de generaciones venideras.

¶ mi novio Diego, por su amor, paciencia y apoyo incondicional, por llenarme de mil y mil alegrías y motivos para culminar esta etapa de mi vida... ¡Te amo!

¶ Ingrid y Janeth por creer en mí y brindarme su amistad.

¶ quien durante este año de nuevos conocimientos supo brindarme su amistad y compañía académica, Gracias Lili!

¶ la Dra. Rocío Robledo por su apoyo y direccionamiento en la culminación de este proyecto. ¡Gracias!

¶ todas las demás personas, familiares, amigos y compañeros que estuvieron presentes durante esta etapa de mi vida y que con su compañía, apoyo y ejemplo facilitaron la culminación de esta etapa de desarrollo profesional y personal de manera satisfactoria.

¶ la Universidad Nacional de Colombia quien por segunda vez me abrió sus puertas y me brindo un espacio de conocimiento y crecimiento personal y profesional.

Andrea Carolina Betancourt Velásquez

DEDICATORIA

De manera inicial dedico este paso académico a los miembros de mi familia a mi madre, padre y hermanos que acompañan fielmente mis pasos y en cada uno de estos se mantienen firmes brindándome su incondicional compañía.

Así mismo a los compañeros de sueños que con su trabajo mantienen viva la esperanza de un mejor mundo para todos y todas y que con cada aliento avanzan en la construcción de nuestros ideales.

A las nuevas personas que se sumaron a mi vida en los últimos años, quienes de manera permanente me brindaron conocimientos y aumentaron mi pasión por el ejercicio de la Salud Pública, entendiendo a diario que solo caminando al lado de la gente e introduciéndonos en sus realidades cotidianas, se pueden mejorar sus condiciones de vida y de este modo poder hablar de salud, superando el discurso permanente de la ausencia de enfermedad.

A Cada uno de los usuarios de unos sistemas de salud significativamente incompletos y que no reconocen las principales necesidades de las comunidades Latino Americanas y que resguardan sus acciones en la lógica de la mercancia, dejando de lado el valor del ser humano.
A mi compañera doblemente colega, quien con su paciencia supo movilizar el desarrollo de este trabajo.

Por último a mi Universidad Nacional de Colombia que por segunda vez me abrió sus puertas para arrancarle conocimientos que permitirán engrandecer mis aportes a la sociedad y que pese a las eternas dificultades siempre saldrá adelante con el apoyo de cada persona de la comunidad educativa, mostrando que nuestra visión del mundo se sustenta en el ser humano.

Martha Liliana Tunjo López

Resumen

El desarrollo de los proyectos y programas de acreditación y calidad en los países de Latinoamérica y el Caribe, han estado relacionados con las reformas y cambios realizados en los diferentes sistemas de salud de cada uno de estos países, así como con la reformulación de las políticas de salud, donde la constante ha sido la tentativa de servicios con equidad, eficiencia, accesibilidad, universalidad y sostenibilidad. El objetivo del presente estudio es presentar un perfil y estado de implementación y desarrollo de los proyectos o programas de calidad y acreditación en salud en los países de Latinoamérica y el Caribe. Para lo cual se realizó la selección de algunos países de Latinoamérica y el Caribe con procesos de acreditación y de calidad representativos, revisando su sistema de salud y como éste se ha articulado con las actividades tendientes a fortalecer la calidad en la prestación de sus servicios, analizando también las principales tendencias de las instituciones encargadas de la garantía de la calidad en cada país. Se concluye que los procesos de acreditación en salud deben ejecutarse a partir de las realidades y necesidades de la población, facilitando la participación de la misma en cada país.

Palabras clave¹: Acreditación, Acreditación de Instituciones de Salud, Sistemas de Salud, Servicios de Salud, Calidad de la Atención de Salud, Control de Calidad.

¹ DECS: Descriptores en ciencias de la Salud (Biblioteca Regional de Medicina BIREME-OPS).

Abstract

The development of projects and programs of accreditation and quality in the countries of Latin America and Caribbean, has been related with the reforms and changes made on different health systems in every of these countries, as well as with the reformulation of the health politics, where the constant has been the attempt of services with equity, efficiency, accessibility, universality and sustainability. The aim of the present investigation is present a profile and state of implementation and development of the projects or programs of quality and accreditation on health in the countries of Latin America and Caribbean, then is performed a selection of some countries of Latin America and Caribbean with quality accreditation processes, observing its health system and how it has been articulated with the activities that strengthen the quality on the services, giving an analysis to the main tendencies of the responsible institutions of the warranty of the quality in every country. Finally, concludes that processes of health accreditation must be made of needs and realities of population, facilitating the participation of people in every country.

Keywords: Accreditation, Accrediting of Health Facilities, Health Systems, Health Services, Quality of Health Care, Quality Control.

Contenido

Resumen	v
Listado de Abreviaturas	VIII
Introducción.....	1
1. Antecedentes históricos de los procesos de acreditación y calidad ..	5
1.1 Antecedentes Internacionales	5
1.2 Antecedentes Latinoamericanos y del Caribe	6
2. Desarrollo de los procesos de calidad y acreditación en países latinoamericanos y del Caribe	9
2.1 Argentina	10
2.2 Bolivia	12
2.3 Brasil	13
2.4 Colombia.....	14
2.5 Cuba.....	17
2.6 Chile	19
2.7 Ecuador.....	20
2.8 México.....	21
2.9 Paraguay.....	22
2.10 Puerto Rico.....	23
2.11 Uruguay	24
3. Discusión.....	27
4. Conclusiones y Recomendaciones	29
4.1 Conclusiones	29
4.2 Recomendaciones	31
Bibliografía Referenciada	33
Bibliografía Recomendada	39

Lista de abreviaturas

A continuación se encuentran las abreviaturas usadas frecuentemente en el trabajo, están organizadas en orden alfabético:

ABREVIATURA	TÉRMINO
ALPHA	Agenda for Leadership in Programs for Health Care Accreditation
ASCOFAME	Asociación Colombiana de Facultades de Medicina
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado-Uruguay
BPS	Banco de Previsión Social-Uruguay
CCHSA	Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud,
COMCAM	Comisión Mixta para el Desarrollo de la Calidad de Atención Médica-Argentina
CONAH	Consejo Nacional de Acreditación del Ecuador
COPE	Cliente Orientado Proveedor Eficiente-Paraguay
FASBASE	Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador
FEMI	Federación Médica del Interior-Uruguay
FLH	Federación Latinoamericana de Hospitales
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva-Uruguay
ICONTEC	Instituto Colombiano de normas técnicas y certificación
IMAE	Institutos de Medicina Altamente Especializada-Uruguay
ISQua	International Society for Quality in Health Care
ITAES	Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud- Argentina

JCAHO	Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (Comisión Conjunta de Acreditación para las Organizaciones prestadoras de servicios de salud)
JUNASA	Junta Nacional de Salud- Uruguay
MSP	Ministerios de salud Pública-Ecuador
MSPyBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social-Paraguay
NMAC	Sistema Boliviano de Normalización, Metrología, Acreditación y Certificación-Sistema
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONA	organización Nacional de Acreditación-Brasil
ONA	Organismo Nacional de Acreditación - Paraguay
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunización-Uruguay
PECAH	Programa de Evaluación de calidad de la atención hospitalaria-Chile
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud - Uruguay
SOGC	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad - Colombia
SUA	Sistema Único de Acreditación- Colombia
SUDS	Sistema Unificado y Descentralizado de Salud-Brasil
SUS	Sistema Único de Salud-Brasil
UMU	Unión de la Mutualidad del Uruguay
UVISAP	Unidad de Vigilancia en Salud Pública-Uruguay

Introducción

En el marco de las constantes reformas a los sistemas de salud de los diferentes países de Latinoamérica y el Caribe; países que viven realidades y situaciones sociales, económicas y culturales con alto contenido de diversidad y complejidad; resulta como factor común que la implementación de sus reformas sanitarias tienden a la replicación de sistemas de salud internacionales que en la mayoría de los casos no se relacionan con las realidades del país y con las necesidades de la población, de igual forma se identifican componentes que proponen la participación ciudadana dentro de la formulación de los diferentes programas y procesos sanitarios de promoción de la salud, pero a pesar de estar claro que la contribución de la comunidad es fundamental para lograr el éxito de estos programas, se evidencia una constante relación de verticalidad entre el agente público y las personas, lo cual configura que en los países de América Latina y el Caribe la formulación de políticas en el sector de la salud continúa realizándose de forma centralizada, con escasa participación de las personas y baja adecuación a la realidad local(1).

En las constantes reformas a los sistemas de salud se evidencian características similares tendientes a lograr niveles de universalidad, solidaridad, efectividad y eficiencia; como mecanismos para garantizar el acceso equitativo a determinados servicios básicos de salud y de mejorar la calidad (2). Surgen entonces diferentes estrategias de parte de los entes de salud desde sus sectores privados y públicos que permitan articular sus programas de acreditación con estándares que permitan altos niveles de calidad en la prestación de los servicios.

El desarrollo de los programas de acreditación se vinculan a las crecientes necesidades y avances promovidos por procesos de globalización altamente relacionados con el desarrollo humano y que propenden la competitividad y eficiencia en el sector salud dentro de un proceso que apunte hacia la mejora continua con el reconocimiento nacional e internacional, por esta razón las estrategias utilizadas para disminuir la inequidad en las sociedades contemporáneas ha sido la realización de reformas tendientes a mejorar la calidad de los servicios de salud (3).

En Latinoamérica y el Caribe, los procesos de acreditación y de búsqueda de la calidad de los servicios en el sector salud, marcaron su inicio en 1989 con las conferencias Latinoamericanas, las cuales representaron un importante paso en el proceso hacia un modelo de acreditación. Estos procesos

recibieron el apoyo constante de la Organización Panamericana de la salud y de la federación de hospitales de Latinoamérica, quienes con el apoyo y la participación de los diferentes países de Latinoamérica y el Caribe; generaron el Manual de Acreditación de Hospitales; desde entonces, el manual ha sido una referencia básica para muchos países de la región.

Este manual está destinado básicamente a servir como una guía ilustrativa, con normas que son flexibles y que pueden ser adaptadas a las realidades de cada país. Cada país ha mostrado avances en cuanto a la implementación de programas y proyectos destinados a la mejora de la calidad y a la acreditación de sus instituciones de salud; conformando entidades o instituciones dedicadas a establecer estos procesos de acreditación, algunas de estas instituciones hacen parte del ministerio de salud o son entidades por lo general no gubernamentales.

El fortalecimiento de los programas de calidad y acreditación en el sector salud han mostrado un avance exponencial alrededor de todo Latinoamérica y el Caribe, encontrándose que “el surgimiento de los primeros programas de calidad - los programas de credenciamiento de hospitales (Novaes, Paganini, 1994) tuvo lugar a nivel hospitalario (4)”; el aumento de la demanda en los procesos de acreditación a nivel Latinoamericano obedecen a la necesidad de generar niveles evaluativos y calificativos de reconocimiento internacional.

Para hablar de procesos de calidad y acreditación de instituciones de salud, se requiere de indicadores o estándares que permitan generar sistemas de medida o calificación de los servicios, contando con las opiniones o aportes que asignen los “Pacientes”, “Usuarios” o “Clientes”, ya que estos son los reales actores del sistema y se constituyen como la razón de ser con el propósito de mejorar la calidad en las instituciones de salud, direccionándose hacia la inclusión de la población como factor primordial para la formulación de los procesos y estrategias que permitan avanzar positivamente en dirección al cambio en la prestación de los servicios.

Las construcciones Latinoamericanas con respecto al concepto de calidad son bastante amplias se identifica que este concepto es bastante extenso y por lo general es abordada o entendida desde diversas posturas y enfoques, lo cual conduce a una interpretación ambigua frente a lo que realmente debe entenderse como calidad en la prestación de los servicios de salud de Latinoamérica y el Caribe.

Según la revisión realizada frente al desarrollo de programas y proyectos de acreditación y de calidad en algunos países de Latinoamérica y el Caribe se evidencia la manera como estos han buscado articularse con las crecientes

reformas del sistema de salud y como desde sus inicios sus esfuerzos han estado encaminados a favorecer la mejora del servicio, desde una perspectiva que permita la unificación de conceptos entorno de los procesos de acreditación, lo cual permitirá la eliminación de ambigüedades en el desarrollo de la acreditación, de igual forma se podrían llegar hacer extensivos los procesos de acreditación a toda la red involucrada en estos servicios, haciendo participe a la comunidad como actor fundamental en los servicios de salud, además de una sostenibilidad financiera que permita el desarrollo continuo y mantenido de estos proyectos, a fin de conseguir las metas propuestas y de favorecer la prestación de un servicio bajos los lineamientos de calidad, eficiencia, efectividad, universalidad, solidaridad y accesibilidad.

1. Antecedentes históricos de los procesos de acreditación y calidad

1.1 Antecedentes Internacionales

A lo largo del siglo XX en diferentes lugares del mundo se desarrollan acciones que pretenden aportar a mejorar los servicios de salud; en Estados Unidos, el movimiento moderno de garantía de calidad en el campo de la salud se inició en 1917, cuando el American College of Surgeons (Colegio Estadounidense de Cirujanos) compiló el primer conjunto de estándares mínimos para que los hospitales estadounidenses identificaran y prescindieran de los servicios de salud deficientes. Esta estrategia sentó las bases para un proceso de acreditación, actualmente administrado por la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (Comisión Conjunta de Acreditación para las Organizaciones prestadoras de servicios de salud, 1951). En Canadá el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud, CCHSA, realiza este proceso desde 1959.

En la década de los 80, las fallas en el proceso de inspección, la persistencia de la calidad deficiente y la creación de nuevas técnicas gerenciales en la industria, así como el aumento en costos, llevó a los profesionales de salud en los países desarrollados a reevaluar la garantía de calidad basada en acreditación y estándares. Las organizaciones de salud en Estados Unidos comenzaron a poner a prueba las filosofías industriales del Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad y de la Administración Total de la Calidad. A su vez, el sistema de acreditación en hospitales amplió su enfoque desde inspecciones hasta promover el mejoramiento de la calidad. En el Reino Unido, el Servicio Nacional de Salud asumió una política formal de calidad en 1991 y adoptó el Proceso de Mejoramiento Continuo para ponerlo en práctica.

En 1966, Avedis Donabedian, en su artículo fundamental, introdujo los conceptos de estructura, proceso y resultado, que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud, de esta manera se transformó la concepción tradicional de los sistemas de salud y se generó la concepción a la respuesta social a los problemas de salud en donde se conoce que los problemas de salud no son un conjunto de eventos sin relación, sino más bien un proceso complejo guiado por principios generales.

En 1985, un grupo de profesionales de la salud se reunió en Udine, norte de Italia, para discutir sobre el aseguramiento de la calidad en medicina. La mayoría de los primeros grupos han sido profundamente influenciados por Avedis Donabedian y el enfoque europeo (5).

1.2 Antecedentes Latinoamericanos Y Del Caribe

Durante la década de los Ochenta, la economía mundial sufre una serie de fenómenos económicos en los que se incluyen la caída del Sistema Socialista y la recesión de la América Latina que tuvo como resultado el deterioro del sector social y por tanto, el de los hospitales. Para remediar esta situación y tratar de mejorar en un nivel aceptable de calidad, en la década de 1990 muchos países de América Latina comenzaron a aplicar en sus hospitales diferentes procesos de acreditación, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (6), ofreciendo como estrategia el desarrollo de las conferencias latinoamericanas sobre acreditación, las cuales representaron un importante paso en el proceso hacia un modelo de acreditación.

Durante la I Conferencia celebrada en Washington, DC, en 1989, con la participación de casi todos los países de América Latina. Los representantes de la conferencia llegaron a la conclusión de que en los países de América Latina no se utiliza la acreditación hospitalaria como una forma de mejorar la calidad del hospital (7).

Es así como en respuesta, los miembros del personal de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y en el exterior expertos prepararon un manual titulado "Manual de Acreditación de Hospitales" el cual fue presentado en 1992, durante el desarrollo de la II Conferencia de América Latina (8). Desde entonces, el manual ha sido una referencia básica para muchos países de América Latina y el Caribe, en lugar de ser una serie de requisitos para cada país a seguir, el manual está destinado a servir como una guía ilustrativa, con las normas que son flexibles y que puede ser adaptado para permitir las diferencias entre un país y otro. La OPS en su Manual de Acreditación describe normas mínimas de calidad para 37 servicios hospitalarios, incluida la atención ambulatoria y de laboratorio, de enfermería y otros servicios hospitalarios básicos, así como la metodología para un equipo que vigile el cumplimiento de estas normas. El equipo de inspectores se compone de al menos tres miembros: un médico, una enfermera y un administrador del hospital. Los encuestadores, a su vez, son designados por la Comisión Nacional de Acreditación que cada país establece. Tras el lanzamiento

inicial de estas acreditaciones, una serie de reuniones nacionales y subregionales se realizaron para presentar y aclarar la metodología en el nuevo manual de acreditación de la OPS (9).

Durante las reuniones, las normas de calidad fueron analizadas y discutidas ampliamente. Los resultados de los programas nacionales de acreditación de hospitales se presentaron en 1995, durante la III Conferencia de América Latina sobre la Acreditación de Hospitales (10).

A medida que cada país de América Latina comenzó el proceso de introducción e implementación de un hospital acreditado, se da un paso clave para desarrollo de un Manual Nacional de Acreditación Hospitalario basado en el Manual elaborado por la Organización Panamericana de la Salud. Esto se hizo mediante la convocatoria de un grupo de dos o tres especialistas en la gestión hospitalaria para elaborar las normas y los indicadores cualitativos para estos parámetros, para cada una de las unidades del general de la comunidad hospitalaria. Estos grupos consultados, organizaciones Científicas y otros especialistas en el nivel Nacional para adaptar el manual de la OPS a las realidades. El nuevo documento fue revisado a fondo por expertos nacionales y nuevas adaptaciones se hicieron. Todas las normas que se presentan en el Manual de Acreditación OPS están organizados mediante el aumento y grados de complejidad relacionados o de rendimiento de calidad. "Nivel Uno", por ejemplo, contiene las directrices en la acreditación de los médicos y clínicas personales y en las estructuras básicas para la atención de calidad, incluidos los recursos humanos y materiales. "Nivel Dos" exige el cumplimiento de las normas de nivel uno y también requiere documentado y aplicado normas, procesos y procedimientos, pruebas de la introducción de un mecanismo para mejorar la atención y los procesos médicos, y la evidencia de centrado en el paciente cuidado. "Nivel tres", exige el cumplimiento de los dos primeros niveles y también hay pruebas de mejora en todas las áreas, un sistema para monitorear la satisfacción de los clientes en el hospital y la atención ambulatoria, así como una efectiva calidad del hospital y el programa de la productividad. Este enfoque hace hincapié en la calidad y progresiva mejora en todos los servicios y pone de relieve los hechos de que las estructuras hospitalarias y procesos están tan entre lazados que el funcionamiento de un servicio afecta a todos los demás y el impacto de los resultados finales. Por ejemplo, un hospital puede llevar a cabo complicadas a procedimientos, pero su centro quirúrgico puede tener un limitante para trabajar, debido a una falta de ropa limpia. Por lo tanto, es necesario que todos los servicios del hospital, desde la ropa a la unidad de cuidados intensivos, alcanzar por lo menos el estándar de nivel básico con el fin de adquirir progresar y recibir el reconocimiento público que la acreditación trae. Para alcanzar un mayor nivel de calidad para un determinado servicio hospitalario, los estándares para los niveles más bajos tienen que ser satisfechos primero. El logro de los estándares más altos son objetivos a largo plazo. Dentro de un solo hospital, las normas de

evaluación de los aspectos de estructura, proceso y los resultados a través de la evidencia cualitativa y dinámica de rendimiento o por medio de indicadores que reflejan la calidad de los servicios prestados, tal como se propone por Donabedian (11).

En Latinoamérica, los esfuerzos de Garantía de Calidad se han basado mayoritariamente en los comités internos de Garantía de Calidad, con resultados bastante irregulares. Una serie de factores históricos, especialmente la presión de las Asociaciones Médicas, han impedido que sistemas de Garantía de Calidad externos a los hospitales o a las organizaciones de salud pudieran ser implementados. 2ª Reunión Nacional sobre Garantía de Calidad y Acreditación de Servicios de Salud Montevideo, diciembre de 1998.

2.Desarrollo de los procesos de calidad y acreditación en países latinoamericanos y del Caribe

Las crecientes reformas realizadas a los sistemas de salud de los diferentes países de Latinoamérica y el Caribe, han sido la constante en los últimos años; en donde se ha observado la inclusión de procesos y proyectos sistematizados que procuren la disminución de las inequidades en salud, por medio de la mejora en el acceso y la cobertura de los servicios de salud para las diferentes poblaciones, a pesar de ser una tendencia constante y que ha sido incluida en las reformas acompañadas de procesos de mejora en la calidad y procesos de acreditación en las diferentes instituciones de salud; en la mayoría de los países de Latinoamérica y el Caribe, las barreras siguen siendo altas y algunos esfuerzos desarrollados no han conseguido estar al nivel de las diversas necesidades de la población, así como factores influyentes tales como su cultura, creencias y necesidades de tipo socioeconómico, las cuales resultan ser de gran impacto a la hora de la utilización de los diferentes servicios.

En algunos países, esa reforma ha representado la privatización de la prestación de los servicios sanitarios y de salud. En ese caso, el estado se hace cargo del papel de rector de políticas, normalización y fiscalización. Por otra parte, en otros países hay una situación mixta y solamente en un país el estado es el responsable de la oferta de los servicios de salud de forma gratuita para toda la población (12).

Todas estas reformas que han sido la constante en el desarrollo de los países Latinoamericanos y del Caribe quienes han tomado como modelos de referencia diferentes reformas de sistemas norteamericanos y Europeos, los cuales en la mayoría de las ocasiones no corresponden con las verdaderas necesidades de la población Latinoamericana y del Caribe y que en consecuencia resultan en mayores niveles de inequidad; sin embargo, una de las estrategias utilizadas para disminuir esa inequidad ha sido la busca de una mejora de la calidad de los servicios, a partir de una definición del concepto de calidad, orientada a lograr tanto la satisfacción del usuario externo (población), como la motivación del usuario interno (trabajador del sector salud). También se ha intentado establecer la relación entre calidad, reducción de los costos y la equidad (12'); es evidente que las diferentes experiencias logradas en los diversos países donde se han implantado estos procesos, permiten distinguir tres etapas en su implementación: la primera es una etapa política o de concertación entre las diferentes instituciones de los subsectores público y privada; la segunda tiene un componente técnico-administrativo que concluye con la formulación de manuales,

instructivos y guía para operacionalizar la acreditación y por último, la tercera etapa que corresponde a la instrumentación operativa de la acreditación mediante equipos técnicos debidamente capacitados, de acuerdo a los lineamientos que dicte un comité o comisión(13) instaurada en cada uno de los países o de las instituciones que adelanten procesos de acreditación.

Se ve la necesidad de hacer un breve recorrido histórico frente a los avances y antecedentes de las diferentes estrategias de implementación o mejora de los procesos de acreditación y de la calidad en salud en Latinoamérica y el Caribe. No se pretende abarcar en su totalidad las experiencias de estos países sino que por el contrario se persigue la identificación y el análisis de las estrategias y las alternativas que han sido abordadas en algunos países; a continuación se mencionan algunos países en orden alfabético:

2.1 Argentina

El sistema de salud de Argentina al igual que los sistemas de salud de muchos de los países de Latinoamérica es un sistema fragmentado y desarticulado, la historia actual se remonta a la década de los años cuarenta y a la constitución de un sistema sustentado en un modelo de desarrollo económico basado en el mercado interno y en el pleno empleo (14); de igual forma la fragmentación y falta de coordinación y articulación de este conjunto de instituciones, ha limitado la conformación de un sistema de salud solidario, eficiente y universal (15) prescribiéndose de esta manera un sistema de salud que se financia de manera dividida en tres subsectores; cada uno encargado de brindar atención selectiva a la población, en donde el subsector público pretende encausar su atención hacia la población pero sus recursos limitan sus alcances dejando por fuera población con altas necesidades, un subsector de obras sociales que asegura a la pequeña minoría de población empleada frente a las altas tasas de desempleo presentes y un subsector privado que dirige su atención hacia estratos socioeconómicos altos y que en efecto continua ampliando la brecha y las desigualdades sociales. No son desconocidos los esfuerzos por avanzar en la descentralización del sistema de salud en donde se evidencia que estos esfuerzos han estado dirigidos hacia el otorgamiento de una mayor autonomía de gestión a los Hospitales Públicos (16).

A pesar de ello en Argentina los avances en procesos de calidad y acreditación se han dado en el marco de “políticas básicas” como se establece en el Decreto 1269/92² en las que el subsector público dio sus inicios y al cual se incorpora

² El decreto 1.269/92 establece las Políticas Sustantivas e instrumentales de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social de Argentina, la primera de las mismas se propone lograr la plena vigencia del Derecho a la Salud para la población para alcanzar la meta de Salud Para Todos, con la implementación de un sistema basado en criterios de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad. La segunda política sustantiva propone mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica mediante la extensión de la cobertura. La tercera se propone disminuir los riesgos evitables de enfermar y morir, mediante acciones sanitarias de promoción y protección de la salud, especialmente dirigidas a poblaciones en situación de riesgo. La última plantea redefinir y orientar el rol del Sector Salud del Estado, fortaleciendo el proceso de federalización y descentralización (17).

posteriormente el subsector privado y el subsector de obras sociales; los cuales han procurado mejorar la accesibilidad, la eficiencia y la calidad de la atención médica (14'); mostrándose que el Instituto Nacional de Obras Sociales actual Superintendencia de Servicios de Salud y la Sociedad Argentina de Auditoría Médica, actualmente Asociación Argentina de Auditoría y Gestión Sanitaria, fueron las primeras organizaciones que se interesaron por el tema, desarrollando e impulsando actividades de evaluación hospitalaria por medio de trabajos que fueron pilares en la acreditación hospitalaria(18); a finales de 1988 la OPS realizó el Taller sobre Acreditación de Hospitales Urbanos en América Latina y el Caribe, con la participación de representantes de Argentina(19); generando posturas y generalidades propias que beneficiaran los procesos de gestión de la calidad y de acreditación; desde aproximadamente el año 1989, con la reunión de un importante grupo de sociedades científicas integradas por profesionales de diferentes áreas del conocimiento como médicos pediatras, cirujanos, anesthesiólogos, arquitectos, ingenieros, entre otros; se desarrolló un documento que incluía ciertos estándares que permitirían encauzar los procesos de acreditación en la República de Argentina.

Posteriormente a mediados de 1990, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH), suscribieron un Acuerdo General de Cooperación en cuyo marco se comprometieron a fomentar el desarrollo de un Manual de Acreditación para ese país adecuado a la realidad de los establecimientos públicos y privados de la región (20), marcándose desde entonces la pauta en la República de Argentina para el desarrollo de los procesos y programas de calidad y de acreditación los cuales se propician de manera voluntaria orientando su acción inicial hacia la exigibilidad creciente a partir de un mínimo o básico nivel de estándares de calidad, los cuales definen condiciones mínimas aceptables de calidad y seguridad (21).

En mayo de 1991, luego de la aprobación definitiva por parte de la OPS de el manual de acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe; las instituciones de salud privadas, públicas y de obras sociales de la República Argentina establecen un acuerdo para adaptar al Manual de la OPS según los criterios y características propias de las instituciones de salud de Argentina (22), para lo cual se crea la Comisión Mixta para el Desarrollo de la Calidad de Atención Médica (COMCAM), cuya misión principal era establecer programas de Acreditación de alcance nacional.

Posteriormente las diferentes experiencias y alcances en materia de procesos de calidad y acreditación de las instituciones de salud, serian analizadas y aplicadas por el Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES), el cual comienza sus labores entre 1994 y 1995 con la edición de un manual propio, que adaptaba los lineamiento del manual de la OPS; en la actualidad el Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud

(ITAES) es el más antiguo de las entidades acreditadoras de establecimientos de salud en Argentina y desarrolla programas de Acreditación para diversas tipologías asistenciales (23)

Desde el marco de los avances evidenciados en materia de los programas de calidad y de los entes acreditadores en salud en Argentina, es importante resaltar que su experiencia ha estado directamente relacionada con los lineamientos y las actividades lideradas a nivel Latinoamericano y que se han ido desarrollando de forma paralela a las reformas y cambios realizados en su sistema de salud, de igual forma se resalta dentro de sus motivaciones el impulso hacia la generación de sus propios programas de acreditación que den cuenta de la realidad de la República de Argentina.

2.2 Bolivia

El sistema de salud Boliviano, responde a la dinámica de muchos de los sistemas de salud de los países de Latinoamérica y el Caribe; ya que su base se encuentra dividida en un sector público y en un sector privado, el sector público conformado por un subsector social que comprende las cajas de salud, los seguros universitarios y la Dirección General de Salud, y es fiscalizado por el Instituto Nacional de Seguros de Salud y el sector privado que está constituido por compañías de seguros y proveedores de servicios de salud privados con y sin fines de lucro(24).

En Bolivia los aspectos relacionados con la evaluación y garantía de la calidad, fueron propuestas con el inicio de un proceso de acreditación de hospitales en Bolivia hacia la mitad del año 1992, siguiendo la corriente establecida por la OPS/OMS y la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH) mediante reuniones de reflexión sobre la necesidad de incorporar mecanismos y estrategias de garantía de calidad en la atención de salud ofrecida por los hospitales, y la definición de las bases para la elaboración del modelo de acreditación como procedimiento de evaluación de los establecimientos hospitalarios independientemente al sector que pertenezcan(25); de igual forma se evidencia que a partir de 1994 toma mayor auge la implementación de procesos de Acreditación de Hospitales de segundo y tercer nivel de atención y certificación de establecimientos de primer nivel(26), todo esto con el fin de mejorar la calidad, la eficacia de la atención y la eficiencia en el uso de los recursos disponibles; desde 1997 con el decreto Supremo 24498 se instituye el Sistema Boliviano de Normalización, Metrología, Acreditación y Certificación-Sistema (NMAC), el cual tiene a cargo La promoción de la calidad en Bolivia. Al igual que en otros países de Latinoamérica y el Caribe se logra dar un avance con la adaptación de un instrumento propio, que estuviera acorde a las necesidades y requisiciones de los Hospitales y de las instituciones de salud del

país, para lo cual se crean comités departamentales de acreditación en salud, incorporando a sus acciones a los hospitales que voluntariamente quisieron iniciar el proceso, desde ese momento se presentan informes y resultados de las evaluaciones, los cuales son entregados a los responsables a nivel nacional, dándose de este modo un paso importante para la continuidad en estos procesos. A partir de 2001, el Ministerio de Salud y deportes brindó su financiación a estas actividades en algunos Departamentos con recursos de la cooperación externa, todos estos avances en los procesos de calidad y de acreditación en Bolivia han permitido y constituido al estado como el responsable en el afianzamiento de los servicios de salud; configurándose como principal reto para este sistema la disminución de la exclusión de la población del sistema de salud.

2.3 Brasil

Los avances dados en el sector salud Brasileño toman fuerza con la promulgación de la Constitución de 1988, con la que se instituyó el Sistema Único de Salud (SUS) con el cual se busca la garantía de todos los principios de universalidad, equidad e integralidad de la atención, con principios operativos de descentralización política, administrativa, jerarquización y control social(27). Desde ese momento en Brasil el Sistema Único de Salud (SUS) presta servicios de manera descentralizada a través de sus redes de clínicas, hospitales y otro tipo de instalaciones federales, estatales y municipales, así como en establecimientos privados (28); de igual forma se marca un creciente desarrollo del sector privado el cual se encarga de cubrir el porcentaje restante de población con altos ingresos que pueden asistir a atención medica familiar o de grupo, pagando por los servicios que le son suministrados, siendo este su principal medio de financiamiento; el Sistema Único de Salud (SUS) se encarga de regular a los dos sectores, este cuenta con un financiamiento básico por parte de impuestos generales y contribuciones sociales recaudadas por los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal). De manera gradual, el Sistema Único de Salud (SUS) fue implantándose con la creación del Sistema Unificado y Descentralizado de Salud (SUDS), con la obligación constitucional del Estado como proveedor de la salud, con la incorporación de reembolso por servicios prestados por parte del Ministerio de Salud, con las leyes que rigen el Sistema Único de Salud (SUS) y con la valiosa participación de los usuarios en la gestión del sistema de salud (29), lo cual ha constituido al sistema de salud Brasileño en un integrador del cliente o usuario como indicador primordial para la evaluación y mejora continua de la calidad en los servicios de salud.

En el marco del sistema de salud Brasileño, resulta más complejo el establecimiento de algunos procesos de calidad y de acreditación de las instituciones de salud debido a su estructura federal, ya que su sistema de salud ha tenido que pasar por profundos cambios y reorganizaciones de sus acciones

en la atención a los clientes, observándose dificultades en establecer formas de control y mecanismos adecuados de regulación, los cuales determinan el estilo de gestión del sector de salud (30). Desde el ministerio de salud se elaboró una adaptación del Manual de la OPS, para ser aplicada en todos los estados Brasileños, inicialmente el programa fue desarrollado en los Estados de Rio Grande do Sul, Paraná, Santa Catarina, San Pablo y Rio de Janeiro; posteriormente, todos fueron articulados y unidos por el Ministerio de Salud y las organizaciones nacionales del sector en una única estrategia que resultó en la fundación de la organización Nacional de Acreditación (ONA) en el año 1999, con el cual se define acreditación en Brasil, como un sistema de evaluación y certificación de calidad de servicios de salud voluntario, periódico y reservado (31); en la creación de la Organización Nacional de Acreditación (ONA) participaron diversas entidades del sector salud desde áreas asistenciales y administrativas tanto públicas como privadas. En Brasil la Organización Nacional de Acreditación (ONA) es la encargada de vigilar los diferentes procesos de acreditación que son realizados por diferentes entidades de carácter privado reconocidas por la misma, y son quienes tienen la responsabilidad de efectuar la evaluación y la recomendación de la certificación de calidad de los servicios dentro de las normas técnicas previstas con actuación a nivel nacional (32).

De esta manera en Brasil se configuran de manera evidente las acciones dadas en cuanto a los procesos de calidad y acreditación, observándose claridad en sus procesos y un direccionamiento y planteamiento estratégico desde el sector privado y el sector publico a pesar de aun contar con inconsistencia en la prestación de algunos servicios, pero "es probable que los ciudadanos brasileños sean capaces de, en un futuro próximo, disfrutar de la confianza en los hospitales y servicios"(33).

2.4 Colombia

Luego de la aprobación de Constitución Política en 1991, se estableció que 'la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado', que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. Esta nueva disposición modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975, organizado básicamente en tres subsistemas: 1) salud pública; 2) los Seguros Sociales y, (que estaba administrado por el Instituto de los Seguros Sociales y las cajas de previsión) y 3) el Subsistema Privado de Servicios. El nuevo modelo, a través de la Ley 60 de 1993, definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y la Ley 100 de 1993, creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud,

mediante el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001.

A comienzos de los años 90, el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y diferentes organizaciones del sector (Ascofame, Asociación Colombiana de Hospitales, Seguro Social, Superintendencia Nacional de Salud, Centro de Gestión Hospitalaria, entre otros), elaboraron un “Manual de Acreditación de IPS”, tomando como referencia el “Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe”, publicado por la OPS en 1991. El manual fue aplicado por el Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e ICONTEC, en un grupo amplio de instituciones del Seguro y otras, en una prueba piloto.

Posteriormente, en agosto de 1994 el Ministerio de Salud emitió el Decreto 1918, en el que se estableció la operación de un Consejo Nacional de Acreditación. Sin embargo, este decreto no fue aplicado, el tema de la Acreditación fue pospuesto y el manual no fue difundido.

En 1996, el Ministerio expidió el Decreto 2174, derogado posteriormente por el Decreto 2309 de 2002, en el cual se reglamentó por primera vez, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las EPS e IPS y se definió la Acreditación como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de prestación de servicios de salud.

Aproximadamente cuatro años más tarde, el Ministerio de Protección Social contrató la realización de un estudio para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las EPS e IPS, en el que se estudiaron los avances desarrollados en la Acreditación de instituciones de salud en 12 países con igual o mayor desarrollo al de Colombia, los principios desarrollados por la ISQua (International Society for Quality in Health Care), con su programa ALPHA, (Agenda for Leadership in Programs for Health Care Accreditation), como una guía a tener en cuenta por los organismos de Acreditación en Salud que desearan avalar su programa de Acreditación en el ámbito mundial.

Con base en este estudio, la experiencia del Centro de Gestión Hospitalaria en Colombia, del Consejo Canadiense de Acreditación en Salud, Qualimed, una empresa mexicana y el entonces Ministerio de Salud, se diseñó el Sistema Único de Acreditación en Salud para Colombia, después de una amplia discusión en el ámbito nacional, varias reuniones de consenso y una prueba piloto tanto en IPS, como en EPS. El Sistema Único de Acreditación en Salud se reglamentó en la Resolución 1474 de 2002 como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC).

Es importante anotar que la primera reglamentación del SOGC se realizó en 1996 con la expedición del Decreto 2174 y posteriormente con el Decreto 2309 de 2002 (derogado), en el que se dispone:

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

El decreto 1011 de 2006 establece la Calidad de la Atención en Salud como "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios", para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. En el mismo Decreto en mención se definen como componentes del SOGC para los Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Administradoras, los siguientes:

La habilitación de IPS y EPS, que consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud.

La Auditoría para el mejoramiento de la calidad, identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continúa y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

La acreditación en salud como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

El sistema de información para los usuarios, que permitirá estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así como de los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen contributivo y Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Así mismo, en el decreto se describen las funciones de la Entidad Acreditadora y los estándares que deben cumplir las IPS y EPS que opten por esta evaluación. En concordancia, es importante comprender que la acreditación en salud es uno de los componentes del sistema, que se articula con los otros para garantizar la calidad de la atención en salud y proveer servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr la adhesión y satisfacción del usuario, bajo el control y tutela del Ministerio de la Protección Social. Los estándares de todo el sistema deben ser ajustados de manera progresiva de tal forma que, poco a poco, el país incremente el nivel global de la calidad en los servicios de salud.

El Ministerio de la Protección Social, mediante la Resolución 0003557 del 19 de noviembre de 2003, designó a ICONTEC como Entidad Acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA) y adjudicó el contrato de concesión 000187 de 2003 para desarrollar, implantar, dirigir, orientar, actualizar y mejorar dicho sistema. (34,35)

2.5 Cuba

En Cuba, el programa de salud es parte esencial de la política social y ha contribuido a los logros en el desarrollo humano y la equidad. Se fundamenta en conceptos y proposiciones que gozan de amplio consenso internacional. Entre sus componentes se destacan una concepción de salud vinculada con todos los aspectos de la vida humana y el acceso universal a adecuados servicios de salud (36,37). El modelo se basa en los principios de:

- La salud es un derecho humano.
- Se reconoce el carácter estatal y social de la medicina.
- La salud de la población es responsabilidad del Estado: accesibilidad y gratuidad aseguran la equidad en los servicios para toda la población.

- Las prácticas de salud tendrán una sólida base científica aplicando consecuentemente los adelantos de la ciencia y la técnica.
- Las acciones de salud tendrán orientación principal hacia la promoción y prevención.
- La participación social es inherente al manejo y desarrollo de los servicios de salud.
- La solidaridad internacional es práctica de los servicios de salud.

La aplicación de estos principios, sobre todo la accesibilidad y gratuidad, ha hecho posible el logro de la equidad en salud, tanto en lo que se refiere a accesibilidad geográfica como a los distintos niveles de complejidad del sistema de salud. La salud es un derecho de todos los ciudadanos, sin limitaciones por raza, sexo, edad, religión, posición política o condición económica. Su aseguramiento es responsabilidad del Estado, que actúa a través del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) como organismo rector del sistema. Esto se ampara en los artículos 47 al 50 de la Constitución de la República, los cuales se cumple (38).

El MINSAP dirige y controla centralmente el plan de salud, pero, paralelamente, se apoya en una gestión territorial descentralizada para elevar la eficiencia y agilidad del servicio. La estrategia de trabajo se cumple a partir de prioridades, establecidas en función de las circunstancias y que permiten la ejecución de los programas específicos (39). La labor en esta esfera se complementa con un amplio trabajo multisectorial (el sistema de salud no es sinónimo de ministerio de salud o servicios de salud), y una intensa acción comunitaria a través de organizaciones de masa, que trabajan por el mejoramiento de la salud en su más alta concepción (40).

El primer y decisivo paso en el desarrollo de los servicios de salud fue la integración de todas las instituciones de servicios médicos existentes al sistema, con lo cual estas pasaron a ser financiadas por el Estado y regidas por el MINSAP. En correspondencia con la concepción de desarrollo, se imbricó desde el principio, con las transformaciones económicas. Así, tras la aplicación de la Ley de Reforma Agraria, fue organizado el servicio rural, que extendía la atención médica a todas las zonas del país, lo que motivó un ambicioso programa de formación de recursos humanos (41).

El establecimiento del servicio rural fue uno de los primeros pasos en la búsqueda de la equidad en salud, seguido de la nacionalización de servicios privados de salud, incluida la industria farmacéutica y farmacias, la gradual reducción del ejercicio privado de la medicina, la creación de las instituciones estatales con diferente grado de complejidad en el servicio, la formación del personal necesario

para la expansión de las acciones en esta esfera y la creación de centros de investigación y desarrollo. Desde las primeras etapas en la formación del sistema podemos hablar de reforma, una reforma revolucionaria por su extensión y profundidad, pero la reforma ha sido un proceso continuo, ya que se ha hecho necesario introducir modificaciones al modelo de sistema por hechos como los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, la dinámica de la economía del país, en especial la crisis de los primeros años de la década del noventa, que llamamos período especial en tiempo de paz, y de la que hoy nos hemos recuperado en buena medida, y las contradicciones que genera el propio desarrollo, incluido el impacto de las nuevas tecnologías. Por eso se puede afirmar que en el caso de Cuba, la reforma sectorial -más que un hecho eventual o puntual ha sido un proceso permanente en los últimos 40 años (42).

2.6 Chile

El sistema de salud Chileno en su estructura de funcionamiento mantiene una configuración dividida en dos sectores, el público y el privado; el sector público está formado por todos los organismos que constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud, su cobertura alcanza a llegar casi a toda la población incluyendo a las personas de más bajos recursos de las zonas rurales y urbanas; la clase media baja y los jubilados, así como los profesionales y técnicos. El sector privado cubre al restante de la población perteneciente a los grupos sociales de mayores ingresos. Un pequeño sector de la población, perteneciente a la clase alta, realiza pagos directos de bolsillo a proveedores privados de servicios de atención a la salud (43). Se reconoce que Chile presenta uno de los mejores sistemas de salud de América Latina, según como se observa en sus indicadores, además; El Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile tiene la obligación de garantizar a todos los ciudadanos el acceso libre e igualitario a todos los programas y servicios de salud. Los ciudadanos tienen la libertad de escoger entre los servicios públicos y los privados; entre las demás funciones encargadas al ministerio de Salud en Chile (MINSAL), se encuentra la conducción del sector salud estableciendo las políticas, los planes y las normas de acuerdo con las directivas del gobierno y siguiendo las reglas del Código Sanitario. Su tarea fundamental consiste en supervisar las actividades de las cinco organizaciones autónomas que componen al sector salud en ese país, de igual forma el Ministerio de Salud es el encargado de dar los lineamientos y recomendaciones a las instituciones que realizan los procesos de acreditación en Chile; para lo cual en la ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria, publicada en el Diario Oficial del 24 de febrero de 2004, se modificó el Artículo 4° del Decreto ley N° 2.763, de 1979, estableciendo, en su nuevo numeral 12, la función y potestad del Ministerio de Salud de “establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar”.

Los avances en procesos de acreditación en este país, se iniciaron de manera contundente en el año 1990, con la acreditación en instituciones de salud que buscaban disminuir las infecciones intrahospitalarias, ya entre los años 1996 a 2000 se empezaron a acreditar instituciones más complejas y de urgencias y entre el 2000 y el 2004 bajo los parámetros establecidos con el Programa de Evaluación de calidad de la atención hospitalaria (PECAH)(44), se ha logrado un avance considerable en la acreditación de las diferentes instituciones de salud; en la actualidad el Programa de Evaluación de calidad de la atención hospitalaria (PECAH) aún sigue siendo un poco desconocido, lo cual conlleva a que cada institución de salud aborde y trabaje sus procesos de calidad con la creación de sus propios verificadores e indicadores en relación con lo que el ministerio de Salud recomienda y exige, pero al revisar la norma de acreditación publicada en marzo del año 2008 sobresale el alto nivel de exigencia demandado a cada centro asistencial (45), lo cual implica un compromiso por parte de las diferentes entidades de salud para completar e implementar los diferentes procesos de acreditación, lo cual conlleva a la reafirmación del constante proceso de modernización que mantiene Chile.

2.7 Ecuador

El sistema de salud Ecuatoriano cuenta con unas características de conformación similares a las de otros países de Latinoamérica, debido a que se subdivide en dos sectores el privado y el público; el sector público en cabeza de Ministerios de salud Pública (MSP) ofrece servicios de atención de salud a toda la población, en las municipalidades se cuenta con programas y establecimientos de salud en los que se brinda atención a la población no asegurada y las instituciones de seguridad social cubren a la población asalariada afiliada. El sector privado comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada) y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social. Los seguros privados y empresas de medicina prepagada cubren un porcentaje muy bajo de la población que registra ingresos medios y altos (46).

En Ecuador con la reforma constitucional de 1998 se buscaba establecer el derecho a la salud con acceso universal y servicios públicos gratuitos; la ley orgánica del sistema nacional de salud de 2002 ratificó estos principios y el objetivo de extender la cobertura a toda la población incluyendo los servicios integrales de salud, estableciendo prioridades y metas futuras (47). En cuanto a los procesos de acreditación en las instituciones de salud y específicamente en los hospitales, se observan avances en donde se establece que el Ministerio de salud pública(MSP) regula y ejecuta los procesos de licenciamiento y certificación, para lo cual establece “las normas para la acreditación de los servicios de salud”(48).

Los primeros intentos para viabilizar el proceso de acreditación para hospitales en la República de Ecuador, fueron encabezados por el Ministerio de Salud Pública (MSP), con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador (FASBASE) en el año 1993 con la elaboración del “Manual de contenido múltiple para la rehabilitación de los hospitales del Ministerio de Salud Pública” y la Reunión de Apertura de la Acreditación de Hospitales en el Ecuador, en la que se contó con la participación de todos los subsectores del sector salud. Este manual constituye la primera aproximación para lograr acciones conjuntas e integradas de los niveles políticos decisorios, técnico normativo y el nivel operativo para responder a las necesidades en el tema (49).

El inicio de estos procesos de Acreditación Hospitalaria en la República de Ecuador son considerados por el Ministerio de Salud Pública (MSP) como un mecanismo más para mejorar la calidad de los servicios de salud, garantizando la accesibilidad y equidad para el mejoramiento del nivel de salud de la población, este inicio en 1995 se dio por medio de un plan piloto, con un estricto sistema de monitoreo y una posterior generalización a nivel nacional; con la segunda reunión de acreditación de hospitales en el Ecuador se discute la creación del Comité ejecutivo que facilite la continuidad al proceso y la organización de los mismos, verificando los estándares e indicadores implementados hasta el momento; posteriormente y en la actualidad el Consejo Nacional de Acreditación del Ecuador (CONAH) con el apoyo de otras entidades del sector salud, se dedican a la evaluación, implementación y calificación de la calidad de los servicios de niveles hospitalario que funcionan en el país(50).

De esta manera se observa que los avances en el campo de la Acreditación de las instituciones de salud han estado enmarcados en el desarrollo de las políticas dirigidas directamente desde el ministerio de salud pública y con los que se busca integrar a todos los entes del sector salud de este país.

2.8 México

El sistema de salud mexicano posee tres componentes básicos: los servicios privados, la seguridad social y los que –careciendo de capacidad de pago para tener acceso al primero, ni relación laboral que le permita ingresar en el segundo– representan la llamada «población abierta». Estos últimos reciben los servicios de la SSA y otras instituciones, sean del sector público o asociaciones civiles. En la media nacional el promedio de cobertura es de 3, 66 y 31 por ciento, en el orden expuesto. Es importante puntualizar que los servicios privados se subdividen en «honorarios por servicios» y «servicios médicos prepagados», y la seguridad social, según al apartado de la ley, es la institución prestadora de servicios:

apartado «A», para los trabajadores de empresas privadas (IMSS) y «C» para los del sector público, sea federal, estatal o municipal (ISSSTE e ISSSTELEÓN, como ejemplos). Es pertinente señalar que los grupos de población en los tres componentes antes mencionados no son permanentes. En efecto, si alguien pierde su trabajo pasa a ser «población abierta», la recíproca convertiría a una persona de la población abierta en «asegurado». No menos importante es aclarar que un «asegurado» no necesariamente es «usuario» de los servicios y que aproximadamente el 30 por ciento de los asegurados de bajos ingresos utilizan los servicios de la población abierta y los de altos ingresos la atención privada. Dado que la SSA, como se expone más adelante, es la que menor presupuesto *per capita* tiene, el que un porcentaje importante de asegurados utilice los servicios destinados a la población abierta, menoscaba aún más el ya de por sí insuficiente presupuesto (51).

Dentro de los objetivos propuestos en las actividades del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 se encuentra el de brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente, donde el Gobierno Federal se ha propuesto mejorar los niveles de salud de los mexicanos garantizando el trato adecuado en la prestación del servicio, fortaleciendo al Sistema Nacional de Salud para que dé respuesta con calidad y respeto al ciudadano, desarrollando una estrategia nacional de calidad basada en un Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD), cuyo objetivo es situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud, y que es necesario contar con una instancia que coordine y analice acciones en el ámbito de la calidad de los servicios de salud, que favorezcan la práctica profesional, la difusión de avances en la calidad técnica de los servicios médicos y de enfermería y la orientación al usuario; razones que justifican la constitución de un órgano de consulta y coordinación que integre y oriente todos los esfuerzos dirigidos a la mejora continua en materia de calidad en la prestación de servicios de salud.

Los establecimientos de salud que deseen incorporarse al Sistema de Protección Social en Salud, deberán contar previamente con el dictamen de acreditación, además como condición para que un establecimiento permanezca en el sistema, deberá contar con este dictamen resultado de la aplicación del proceso de auditoría que se establece en el “Manual para la Acreditación de la Capacidad, Seguridad y Calidad en Establecimientos Públicos para la Prestación de Servicios de Salud” con base en la sección segunda del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud (52).

2.9 Paraguay

En Paraguay la atención de la salud es responsabilidad de dos subsectores: el público, conformado entre otras instituciones por el Ministerio de Salud Pública y

y Bienestar Social (MSPyBS), y el Instituto de previsión social, y el sub sector privado.

El MSPyBS es el encargado de proteger la salud de la población. Registra los recursos humanos, los establecimientos de salud y los medicamentos, y mantiene un sistema regionalizado de establecimientos de salud cuyas áreas geográficas corresponden a la división política del país. La Ley N° 1032 crea el Sistema Nacional de Salud, como parte de la estrategia de Reforma del Sector, cuya finalidad es prestar atención de salud a todas las personas de manera equitativa, oportuna, eficiente, sin discriminación, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación.

La Dirección Medica Nacional es el organismo técnico de normalización y gerenciamiento del Sistema de Servicios. El Fondo Nacional de Salud será el órgano encargado de desarrollar la política de financiamiento del sector y la organización y administración del seguro médico nacional. La superintendencia de salud tendrá a su cargo la acreditación y el control de la calidad de los servicios ofrecidos por el sistema (Artículo 33º. Ley 1032). No cumple a la fecha con sus funciones dentro del sistema, pues no ha sido institucionalizado su desarrollo. El proceso de Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectiva desarrolla una de las funciones básicas, esta función es una de las más bajas de las once FESP analizadas en el ejercicio. Su promedio general es de 17% y el desempeño es evaluado en 0 o cercano a 0 en materia de evaluación de satisfacción de los usuarios con la calidad. Hay ejemplos de evaluación de la satisfacción como el COPE (Cliente Orientado Proveedor Eficiente), Manual de acreditación de Hospitales por Niveles de Complejidad y Sistema de Referencia y Contra referencia del P.A.I.(Programa Ampliado de Inmunización) aunque todo es considerado insuficiente ya que las preguntas se dirigen a ámbitos tales como: Seguridad, Efectividad, Consto Efectividad, Utilidad y Costo utilidad. Los servicios y apoyo a los niveles subnacionales para desarrollar programas de mejora de calidad se encuentran poco desarrollados (53).

En 1998, se creó el Organismo Nacional de Acreditación (ONA), como parte del CONACYT. Sin embargo, faltan políticas claras, coordinación, priorización y claridad sobre mecanismos para acceder a los recursos (54).

2.10 Puerto Rico

El sistema de salud de Puerto Rico no se aleja de los cambios y reformas constantes que afrontan todos los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe; puesto que este también ha sido objeto de reformas tendientes a mejorar características de universalidad, equidad, accesibilidad y efectividad en la

prestación de los servicios, además de contener una alta carga de actividades desde las perspectivas de la salud pública, puesto que al ser Puerto Rico una isla; se encuentra expuesta a diversos factores de tipo ambiental y climático que influyen directamente en la salud de su población.

Históricamente el sector salud ha sido responsabilidad del gobierno bajo un sistema de salud pública que velaba por la salud de la población, pero con el incremento en especialidades y en tecnología los costos de acceso a estos servicios han incrementado llevando a una ampliación del sector privado, tanto que a partir de 1990 el sistema de salud Portorriqueño quedo configurado de manera dual, casi la mitad de la población estaba bajo el sector público y el restante de la población bajo el sector privado(55).

En el año de 1992 se dio la iniciativa de realizar un consenso que permitiera la unificación del sector privado y público, lo cual condujo a la implantación de la Reforma de Salud de 1993 que era precedida de dos intentos más que buscaban mejorar los niveles de accesibilidad para la población de altos ingresos y para la población de ingresos medio o bajo. Con la reforma de 1993 se dio paso a la iniciativa que se conoce como “La tarjeta azul”, la cual consistió en dos estrategias paralelas; privatizar la administración del acceso a servicios de salud, con la financiación a través del mercado de seguros de salud privado y transferir la prestación de servicios de salud del gobierno a empresas privadas a traves de la venta de facilidades públicas. Estas dos estrategias perseguían el ideal de mayor calidad de servicios a un costo menor para el gobierno (56).

Con todas estas reformas se han dados algunos avances para los diferentes procesos de acreditación, pero es más claro el avance a nivel de del sector privado que ha tomado mayor fuerza en el sistema de salud Portorriqueño, en donde se han establecido instituciones reguladoras de salud, entre las que se encuentran las Agencias Nacionales de Salud Pública, la Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación de Salud; encargada de preparar los hospitales para los procesos de acreditación, establece guías de práctica médica, y promueve diversas evaluaciones del sistema de salud y una serie de Agencias Regionales de Hospitales que coordinan a los hospitales públicos y privados(57).

2.11 Uruguay

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) está compuesto por un sector público y un sector privado. El principal prestador de servicios públicos es la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), que cuenta con una red de establecimientos de cobertura nacional en la que se atiende alrededor de 37% de la población, básicamente las personas de escasos recursos sin cobertura de la seguridad social. La Universidad de la República, que cuenta con servicios en los tres niveles de atención en su Hospital de Clínicas, apoya a la ASSE en esta tarea. Las intervenciones de alta complejidad y alto costo se llevan a cabo en los

Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) que son hospitales o clínicas especializadas, que pueden ser de origen público o privado. Hay otros proveedores de servicios para grupos específicos dentro de los que destacan la Sanidad de las Fuerzas Armadas, dependiente del Ministerio de Defensa, y la Sanidad Policial, dependiente del Ministerio del Interior, que cubren alrededor de 5% de la población.

El Banco de Previsión Social (BPS) cuenta con un servicio materno infantil que ofrece atención ambulatoria a los cónyuges e hijos de hasta seis años de edad de los beneficiarios del seguro de enfermedad que no cuentan con cobertura dentro del sector privado. El Banco de Seguros del Estado brinda asistencia a todas las personas que sufren accidentes laborales a través de la Central de Servicios Médicos en Montevideo y de convenios realizados con las IAMC en el interior del país. También integran el sector público las empresas o entes públicos (energía eléctrica, petróleo, agua, bancos) que destinan al cuidado y promoción de la salud de sus funcionarios parte de los ingresos recibidos por concepto de ventas de sus servicios.

Finalmente, en el interior del país las intendencias municipales ofrecen servicios de atención primaria a la población de menores recursos. La prestación de servicios privada la dominan las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), que son asociaciones de profesionales privadas sin fines de lucro que ofrecen atención integral a 56% de los uruguayos, los beneficiarios de la seguridad social. La mayoría de estas instituciones cuentan con unidades de atención propias. Estas instituciones también actúan como un seguro voluntario de la población con capacidad de pago. Las IAMC están agrupadas en asociaciones de establecimientos de salud del sector privado sin fines de lucro tales como la Federación Médica del Interior (FEMI), la Unión de la Mutualidad del Uruguay (UMU) y el Plenario de IAMC. Las ASSE y las IAMC reciben del FONASA pagos per cápita de acuerdo con el riesgo de la población cubierta y las metas asistenciales establecidas por el MSP. A cambio de esto se comprometen a ofrecer atención integral a los usuarios. El sector privado cuenta también con los llamados Seguros Privados, que son empresas privadas lucrativas que brindan atención a cambio del pago de primas cuyo monto depende del nivel de riesgo de los asegurados. Estos seguros cubren alrededor de 2% de la población. En este sector se incluyen también clínicas y hospitales privados que se financian con pagos de bolsillo y pagos de los seguros privados. Dentro del sector privado se están ofreciendo asimismo las llamadas emergencias móviles, que son seguros de servicios parciales de salud que incluyen asistencia médica de emergencia y servicios de baja complejidad que se prestan a domicilio, en policlínicas o incluso a través de consultas telefónicas (58).

Desde 1987 la administración de los establecimientos de salud del MSP quedó en manos de ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado), separando

las funciones asistencial y normativa del MSP como un medio para reforzar la descentralización. ASSE es quien regula el funcionamiento de los establecimientos propiedad del Estado. Sin embargo, no existe una reglamentación ni una regulación explícitas sobre la forma en que deben funcionar o sobre la calidad de la atención que deben brindar los establecimientos públicos. Si bien se cuenta con un sistema de acreditación de los mismos, este proceso aún no es obligatorio. Además del JUNASA (Junta Nacional de Salud) existen las llamadas Comisiones Honorarias, supervisadas por el MSP, que cumplen con múltiples funciones asociadas a actividades o padecimientos específicos (TB, cáncer). La DIGESE, además de apoyar administrativa y financieramente al MSP, está encargada de la vigilancia epidemiológica y la regulación sanitaria. La Unidad de Vigilancia en Salud Pública (UVISAP) de la División de Epidemiología de la DIGESA, es el organismo responsable de recopilar y difundir información sobre los factores de riesgo para la salud de la población. La vigilancia comprende tanto las enfermedades transmisibles como las no transmisibles, los factores de riesgo y otras condiciones de interés para la salud pública (59).

3. Discusión

Dentro de los procesos de acreditación desarrollados en cada uno de los países Latinoamericanos y del Caribe abordados, se evidencia la necesidad de revisar las condiciones sociales de las comunidades, hoy por hoy más identificados como clientes, según el lenguaje corporativo. Para tal fin se recomienda desarrollar estrategias que den respuesta a las necesidades de la población, mediante una correcta lectura de realidades y de la vinculación exitosa de los procesos de construcción social, así como a los avances que se realizan desde la normatividad reguladora y la implementación de las acciones en cada una de las instituciones que apropian estos mecanismos; este ejercicio debe estar directamente relacionado con las apuestas internacionales entorno a las condiciones de salud, superando de esta manera el hecho de que al activar mecanismos para la prestación de servicios de salud con calidad, solo se evidencian o se evalúan según el fortalecimiento de las instalaciones físicas.

Las condiciones particulares de las poblaciones, raza, sexo, etnia, orientación de género, discapacidad, poblaciones especiales y en general características culturales y del contexto; así como elementos de su cotidianidad y de las realidades e imaginarios de cada grupo poblacional; deben ser primordiales para el establecimiento e implementación de políticas o programas de mejora, puesto que estas estrategias deben evidenciar las acciones que favorezcan la promoción de una relación digna entre el prestador de servicios y las personas que hacen uso de estos, de este modo las relaciones entendidas sobre la lógica de la relación permanente del derecho y el deber, permitirá que los actores, no pierdan de vista sus responsabilidades, en el transcurso de elaborar unas condiciones reales de bienestar, pues la calidad debe trascender los escenarios meramente clínicos, direccionándose hacia el establecimiento de acciones de contacto con las comunidades y de su capacitación frente a cambios y necesidades a nivel de procesos de calidad y acreditación de los servicios o instituciones de salud en los cuales reciben atención. Esto se traduce en una vinculación de las realidades y de la percepción de la comunidad frente a los servicios a los cuales asiste, permitiendo que la calidad se construya desde los principales actores del sistema, los “pacientes”, “usuarios” o “clientes”.

De igual forma, es muy común identificar que los indicadores usados para medir los procesos de calidad dentro de las instituciones de salud, lo que realmente impulsan son las acciones desarrolladas bajo las lógicas del mercado, deshumanizando la calidad, principio rector de lo que realmente debe ser un servicio de salud, dicha limitante no permite una integralidad en la prestación de realmente debe ser un servicio de salud, puesto que no se permite un

los servicios, pues se le da prelación a completar un número determinado de intervenciones o consecución de metas programadas en un tiempo determinado; en lugar de direccionar la calidad hacia la promoción y mejoramiento de las condiciones de bienestar en la población.

Esta perspectiva parece ser un factor común dentro de las diferentes realidades de los países de Latinoamérica y el Caribe que fueron abordados para la presente revisión, en donde se identificaron los sistemas de salud y sus características propias, las reformas hechas a estos sistemas y como estas han permitido una articulación o interrelación con las realidades y los imaginarios de las comunidades o poblaciones, en donde es muy evidente que a pesar de que cada reformulación a los sistemas de salud o política sanitaria identifica como primordial la contribución de los usuarios, se sigue quedando corta la estrategia que promueva y motive el interés de las poblaciones por hacer parte de estas acciones y contribuir a que las realidades de las comunidades queden plasmadas en lo que se plantea como calidad de los servicios.

Estas dificultades sobrepasan los procesos de calidad y de acreditación de las diferentes instituciones de salud en Latinoamérica y el Caribe puesto que en estos países la concepción de los programas y procesos de acreditación se direccionan básicamente hacia la conformación de cuerpos colegiados o instituciones no gubernamentales que desarrollen o creen indicadores o estándares basándose en el manual propuesto por la OPS en las conferencias realizadas entre finales de la década de los 80' y comienzos de los 90', con el que se propone que cada país establezca sus procesos de acreditación a partir de las necesidades y realidades de cada país, con el fin de medir las condiciones de las instalaciones o algunas características del personal asistencial, dejando de lado algunos estándares que podrían dar solución real o responder a las necesidades de la población y favorecer un servicio con dignidad y respeto. De igual forma se identifican pocas estrategias que permitan establecer un proceso articulado y que faciliten evaluar de manera adecuada la eficiencia, efectividad y seguridad del paciente dentro de las intervenciones y la atención prestada; lo cual también se relacionaría con un alto nivel de compromiso de los estados y de los entes acreditadores, en la introducción de presupuestos y en la asignación de los recursos de manera acertada, permitiendo una implementación de estándares de acreditación homogenizados que reduzcan al máximo interpretaciones ambiguas de los diferentes conceptos y directrices, de modo que los avances desarrollados permitan generar impacto positivo y posicionarse como prestadores de servicios con calidad.

De este modo el reto para los países de Latinoamérica y el Caribe se encuentra dado entre la mediación de las políticas y los procesos de acreditación que se han adelantado con la integración asertiva de las realidades de cada población.

4. Conclusiones y Recomendaciones

4.1 Conclusiones

Se debe aumentar el compromiso de los estados en el desarrollo de Políticas articuladas con los procesos de acreditación, que redunden en las condiciones integrales para la prestación de los servicios, tanto en el escenario meramente clínico, como en las acciones de salud pública pues al ejecutar de manera adecuada las acciones de promoción y prevención, las condiciones de salud se mejorarían.

Así como es importante el papel desempeñado por los miembros de la comunidad, es importante vincular seriamente a los trabajadores, empoderándolos de la importancia de implementar las mejoras en calidad, así como re significar la labor de la prestación de servicios de salud, mejorando la ejecución de las actividades y redundando en el bienestar colectivo, para lo cual se debe establecer estrategias de capacitación de manera asertiva direccionándolas hacia la comunidad y hacia todos los actores del sistema, de manera que los procesos de calidad y acreditación se constituyan en una construcción conjunta.

Si bien es cierto que cada país optimiza sus recursos, no es evidente una articulación de la región para promover la prestación de servicios de salud con estándares de calidad, observándose limitantes a la hora del establecimientos de estos programas, ya que no se ha llegado a la articulación y disposición de recursos de manera acertada.

Los servicios de salud históricamente han sido criticados por la ausencia de características de efectividad y eficiencia, sin embargo no se identifican mayores acciones desde la participación de las comunidades o desde los usuarios, lo cual desarticula el apoyo y la transectorialidad del sistema, limitando de esta manera aportes necesarios hacia los procesos de calidad y acreditación.

El sistema de salud que gira en torno a las lógicas del consumo y el mercantilismo, dificulta la humanización de los servicios, siendo de este modo las acciones de promoción de la calidad insuficientes para mejorar las condiciones de salud en las poblaciones.

En el análisis realizado, no se evidencia la homogeneidad de las políticas internacionales, generando una línea de base de los procesos de calidad en

salud, este documento permitirá dar un análisis de la situación y generar las acciones pertinentes en este aspecto.

Bajo la realidad de los países de Latinoamérica y el Caribe que sostienen sistemas de salud con doble financiación o doble sectorización (sector privado y sector público), el establecimiento de normas o entes que regulen, vigilen o establezcan medidas que controlen los diferentes procesos o programas de calidad y acreditación, resulta restringido o se dificulta en la medida que cada uno determina estándares diferentes que se acomodan a sus necesidades y a la población que asiste a estas instituciones, contradiciéndose de esta manera el concepto de accesibilidad e igualdad para todos en el acceso a los servicios de salud.

De igual forma es común en la mayoría de los países de Latinoamérica y el Caribe, la presencia de varias instituciones que se encargan de los procesos de acreditación y de mejora de la calidad, lo cual confluente en altas condiciones de burocratización de los procesos, dificultando y restringiendo la vigilancia y control de la acreditación.

Se considera fundamental la revisión de los lineamientos establecidos desde los altos entes de salud, de manera que estos se acerquen a las realidades poblacionales actuales y de la misma manera estos lineamientos se incluyan y se respalden bajo una política de salud que haga participe a la comunidad.

La realidad de los países de Latinoamérica y de los países del Caribe ha influido en la construcción de los diferentes procesos de calidad y acreditación, entorno a esto el camino que aún queda por recorrer y los aportes que se puedan generar en materia de acreditación y de calidad deben nacer de las propias necesidades y deben dirigirse hacia la disminución de las diferencias y hacia la búsqueda de la prestación equitativa de los servicios.

4.2 Recomendaciones

La articulación de la región para homogenizar los estándares se deben hacer como imperativo ético para la prestación de los servicios de salud en condiciones más humanas y que representen la solución a las necesidades de las poblaciones.

El compromiso por el adelanto de estrategias de mejora es responsabilidad de todos los gobiernos y de las instituciones hacia la mejora de las condiciones de salud de las poblaciones; aunque también es importante vincular a las comunidades en el reconocimiento de las formas de atención, por lo que el trabajo es arduo pues las comunidades no reconocen la salud fuera de los espacios meramente Clínicos.

Se sugiere la revisión de este documento como insumo de trabajos futuros puesto que evidencia la importancia de los procesos de acreditación de los servicios de salud, haciendo un reconocimiento de los reclamos de la población hacia una estrategia de mejora de los servicios de salud con calidad no solo los hospitalarios e extramurales, también los que incluyen las acciones de promoción y prevención extramural.

Para la mejora de los procesos de acreditación de los servicios de salud, se hace necesario reconocer los avances de los sistemas de salud y su evolución, de esta manera su relación directa con la Calidad, una calidad entendida desde las necesidades de las poblaciones a quienes se dirigen los procesos, de este modo se promueve la implementación de una política clara en cada uno de los países, donde se evidencie la participación social comunitaria.

Se recomienda la revisión y aportes de este documento, pues resume los procesos desarrolladas en el orden internacional Latinoamericano, es decir realidades poblacionales semejantes, lo que puede contribuir a que los procesos de calidad retomen las experiencias de otros programas y apunten directamente a las necesidades poblacionales y recojan las apuestas internacionales de la salud, con procesos de accesibilidad, integralidad, equidad, universalidad y solidaridad.

Bibliografía Referenciada

- (1) Celedón C, Noé M. Reformas del sector de la salud y participación social. [Internet] Rev Panam Salud Publica. 2000; 8(1/2): 99-104. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/articulos/6/20/020601.pdf>. Consultado Febrero de 2012.
- (2) Ross A, Zeballos J, Infante A. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. [Internet] Rev Panam Salud Publica. 2000; 8(1-2): 93-98. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700012&Ing=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892000000700012>. Consultado Febrero de 2012.
- (3) Llinás A. Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. [Internet] Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2010; 26 (1): 143-154. Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/817/81715089014/81715089014_1.html. Consultado Febrero de 2012.
- (4) Organización Panamericana de la Salud - Federación Panamericana De Profesionales De Enfermería (FEPPEN), División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Enfermería; 2001 [Internet]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidserve.pdf>. Consultado marzo de 2012. Consultado marzo de 2012.
- (5) Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, ICONTEC - Dirección de Acreditación en Salud. Sistema Único de Acreditación en Salud; [Internet]. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co>. Consultado en Septiembre de 2011.
- (6) Novaes H, Neuhauser D. Hospital Accreditation in Latin America. [Internet] Rev Panam Public Health. 2000; 7 (6): 425-430. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892000000600019&script=sci_abstract&tlng=pt. Consultado Febrero de 2012.
- (7) Pan American Health Organization. Informe final: I Conferencia Regional de Acreditación de Hospitales. Washington, D.C.: PAHO; 1992. [Internet] Disponible en: <http://www.scielosp.org/scieloOrg/php/reference.php?pid=S102049892000000600019&caller=www.scielosp.org&lang=es>. Consultado Marzo de 2012.
- (8) Paganini J, Novaes H. La garantía de calidad - acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe. Washington, D.C. 1992. Pan American Health Organization. Disponible en: Public. HSD/SILOS No. 13 in the "Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud" series. Consultado marzo de 2012.
- (9) Organización Panamericana de la Salud. Informe final: Reunión Sub-Regional de Acreditación de Hospitales. Sub-Región México, Caribe de Habla Hispánica y Centro América. Washington, D.C.: 1994.
- (10) Pan American Health Organization. Informe final; III Conferencia Regional de Acreditación de Hospitales. Washington, D.C.: PAHO; 1995. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scieloOrg/php/reference.php?pid=S102049892000000600019&caller=www.scielosp.org&lang=es>. Consultado en marzo de 2012.

- (11) Donabedian, A. Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica: un texto introductorio Instituto Nacional de Salud Pública; México,D.F; 1990. Perspectivas en Salud Pública (10-12).
- (12) Organización Panamericana de la Salud - Federación Panamericana De Profesionales De Enfermería (FEPPEN), División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Enfermería; 2001 [Internet]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidserveresp.pdf>. Consultado marzo de 2012. Consultado marzo de 2012.
- (13) Santacruz J. Acreditación de hospitales. Rev. méd. Inst. Peru. Secur. Soc; 1996;5(1):51-4, [Internet] Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILA CS&lang=p&nextActionInk&exprSearch=177964&indexSearch=ID>. Consultado mayo de 2012.
- (14) López S. Material para la materia Medicina Social. Facultad de Trabajo Social –UNLP 2006. [Internet]. Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/regiones/RSVI/msanitaria/LopezSistemaSalud.pdf>. Consultado mayo de 2012.
- (15) Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas 2007. Washington: OPS, 2006. [Internet]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pub/Sistema_de_Salud_Argentina.pdf. Consultado Febrero de 2012.
- (16) Acuña C, Chudnovsky M. El sistema de salud en Argentina. Documento de Trabajo Nro. 60. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional -CEDI-. Fundación Gobierno, 2002.
- (17) Ministerio de salud – presidencia de la Nación, decreto 1.269/92. Argentina [Internet] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/>. Consultado en junio de 2012.
- (18) Otero R. Características, antecedentes internacionales y desarrollo en la República Argentina. Primera parte [Editorial] Director Técnico, Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud ITAES. [Internet] Disponible en: <http://www.itaes.org.ar/biblioteca/3-2011/ITAES-3-2011-acreditacion.pdf>. Consultado en Abril de 2012.
- (19) Moraes Novaes H. Garantía de Calidad en Hospitales de América Latina y el Caribe. Programa Desarrollo de Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, Washington, D.C. 1994; (28): 36-40. [Internet] Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/hospitales/art74.pdf>. Consultado mayo de 2012.
- (20) Acreditación de Hospitales como un medio del logro de los estándares internacionales de calidad en salud. Revista Internacional de Calidad en el Cuidado de la Salud. 1998; 10 (6): 469-472.
- (21) Otero R. Las iniciativas de calidad en salud en la República Argentina.[Internet] Disponible en: http://www.adecra.org.ar/comercio64/html/458344CALIDAD_Las%20iniciativasdecalidadensaludenlaRepublicaArgentina.pdf. Consultado en junio de 2012.
- (22) Otero R. Las iniciativas de calidad en salud en la República Argentina. [Internet] Disponible en: www.itaes.org.ar Consultado en Junio de 2012.

- (23) Ledo C, Soria R. Sistema de salud de Bolivia. *Salud Publica. Mex* 2011;53(2):109-119. [Revista en Internet]. Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002613. Consultado marzo de 2012.
- (24) Tercera conferencia regional sobre acreditación de hospitales informe Bolivia. Ministerio de Desarrollo Humano. 1995 Bolivia. Disponible en: http://books.google.com.co/books/about/Tercera_conferencia_regional_sobre_acred.html?id=4-SZHAACAAJ&redir_esc=y. Consultado abril de 2012.
- (25) Ministerio de Salud y Deportes, Unidad de Servicios de Salud y Calidad, Proyecto Reforma de salud, Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES). Manual de evaluación y acreditación de establecimientos de salud: primer nivel de atención. La Paz, Bolivia: Gacely, 2007. Documentos técnicos normativos de Calidad N° 57.
- (26) Organización Panamericana de la Salud - Federación Panamericana De Profesionales De Enfermería (FEPPEN), División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Enfermería; 2001 [Internet]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidserverp.pdf>. Consultado marzo de 2012.
- (27) Montekio V, Medina G, Aquino R. Sistema de salud de Brasil. [Art. de Revisión] salud pública de México. 2011;53(2):120-131. [Revista en Internet]. Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/vol%2053%20suplemento%202/8Brasil.pdf. Consultado marzo de 2012.
- (28) Silva M. Sistema único de salud: la experiencia brasileña en la universalización del acceso a la salud. [Art. Simposio: Aseguramiento Universal] *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2009;26(2):251-57. [Revista en Internet]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a20v26n2.pdf>. Consultado Abril de 2012.
- (29) Soãres S, Leite J, Giacomelli A, Pradebon M, Lima VR, Soãres A. La Calidad en los Servicios de Salud en Brasil: Una revisión bibliográfica del período 1988-2006. *Index Enferm*. 2009 Sep 18(3): 214-218. [Revista en Internet]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000300017&Ing=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962009000300017>. Consultado Abril de 2012.
- (30) Gastal F, Etchepare R, Ferronato M, Roessler I, Makoto C, Albino C, Gonçalves J. El Sistema Brasileño De Acreditación. Organización Nacional De Acreditación (ONA). *Revista ITAES*, 2000;5(4):12-6. [Revista en Internet] Disponible en: <http://www.itaes.org.ar/biblioteca/sistemaONA.pdf>. Consultado Febrero de 2012.
- (31) Gastal F, Etchepare R, Roessler I, Makoto C, Albino C, Gonçalves J. Sistema Brasileiro de Acreditação – ONA. *Rev. Med. UCPEL*, 2004; 2(1): 38-42. [Revista en Internet] Disponible en: http://www.ucpel.tche.br/revistadesaude/edicoes/2004-2/sistema_brasileiro.pdf. Consultado Mayo de 2012.
- (32) Novaes H, Gastal F, Gonçalves J. Acreditación de Hospitales en Brasil. *Revista ITAES*. 2000;5:12-6. Citado en: Gastal F, Etchepare R, Ferronato M, Roessler I, Makoto C, Albino C, Gonçalves J. El Sistema Brasileño De Acreditación. Organización Nacional De Acreditación (ONA). *Revista ITAES*, 2000;5(4):12-6. [Revista en Internet] Disponible en: <http://www.itaes.org.ar/biblioteca/sistemaONA.pdf>. Consultado Febrero de 2012.

- (33) Becerril-Montekio V, Reyes J, Annick M. Sistema de salud de Chile. [Art. Revisión] Salud Publica Mex. 2011;53 (2): 132-143. [Internet]. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002617>. Consultado Mayo de 2012.
- (34) Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, ICONTEC / Dirección de Acreditación en Salud [Internet]. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co>. Consultado mayo de 2012.
- (35) Cuarto Foro El sistema de Salud en Colombia; Desafíos y Oportunidades para la Formación de Talento Humano en Salud. Disponible en: http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/documento_previo_4to_foro.pdf. Consultado marzo de 2012.
- (36) MINSAP. Análisis del Sector Salud en Cuba. Edit. MINSAP. La Habana, 1996. p 14-9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/reference.php?pid=S0864-34662003000200011&caller=scielo.sld.cu&lang=pt>. Consultado en Marzo de 2012.
- (37) Constitución de la República. Gaceta Oficial, 1992. Art: 47 - 50. Cuba.
- (38) Capote R, Haddad, J. Evolución y concepciones en políticas de salud. Rev. Instituto Juan C. García. Enero-diciembre, 1998; 8(1- 2); 29-36. Consultado en marzo de 2012.
- (39) Organización mundial de la salud. Informe sobre la salud en el mundo - OMS. Ginebra 2000; 6-8. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2000/es/index.html>. Consultado mayo de 2012.
- (40) Rojas F, López E. Revolución Social y reforma sanitaria: Cuba en la década de los 60. Investigaciones en Salud Pública. Documento Técnico, No. 30. OPS. Washington, 2000; 9.
- (41) MINSAP. Decreto Ministerial No. 4 del 13 de mayo de 1960. Gaceta Oficial Ordinaria de 30 de mayo de 1960.
- (42) Ministerio de Comercio. Decreto Ministerial No. 709 de marzo de 1959. Gaceta Oficial Ordinaria de 23 de marzo de 1959.
- (43) Vidal Y. Introducción a la Calidad en Salud. 2006. [Internet] Disponible en: www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl. Consultado Junio de 2012.
- (44) Aretxabala X. Oportunidades Y Desafíos En El Sistema De Salud. [Cartas al Editor] Rev Méd Chile 2008; 136 (12): 1604-1604. [Internet] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872008001200015&lng=es doi: 10.4067/S0034-98872008001200015. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1771/177116653015.pdf>. Consultado Mayo de 2012.
- (45) Villacrés N, Henríquez R. Sistema de salud de Ecuador. [Art. Revisión]. Salud Publica Mex 2011;53(2):177-187. [Internet] Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/vol%2053%20suplemento%202/13Ecuador.pdf. Consultado abril de 2012.
- (46) Mesa C. CEPAL – Documentos de proyectos Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. Diciembre de 2005. Disponible en: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/24058/LCW63_ReformasSalud_ALC_Cap3.pdf. Consultado mayo de 2012.

(47) Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, Desarrollo Regional Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe. Perfil De Los Sistemas De Salud-Ecuador Monitoreo Y Análisis De Los Procesos De Cambio Y Reforma (Tercera edición); Octubre 2008 [Internet] Disponible en: www.lachealthsys.org. Consultado Junio de 2012.

(48) Ministerio de Salud Pública-Ecuador-Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. Segunda Reunión de Acreditación de Hospitales en Ecuador. [Informe Final] 20 y 21 de julio de 1995, Quito Ecuador. [Internet] Disponible en: <http://www.bibliotecaonu.org.ec/Registro2.aspx?type=2&title=4474%20SEGUNDA%20REUNION%20DE...ECUADOR.pdf>. Consultado Junio de 2012.

(49) Segunda Reunión Nacional de Acreditación Hospitalaria en el Ecuador. El proceso de acreditación Hospitalaria en el Ecuador. [Plan de Trabajo] Sept. 1995, Quito Ecuador. Disponible en: <http://www.bibliotecaonu.org.ec/Registro2.aspx?type=2&title=4474%20SEGUNDA%20REUNION%20DE...ECUADOR.pdf>. Consultado Mayo de 2012.

(50) Centro de Preparación en Salud Pública –UPR. Módulo Autoinstruccional, División de Educación Continua y Estudios Profesionales-EGSP: El Sistema de Salud de Puerto Rico; 2009. Disponible en: http://www.rcm.upr.edu/publichealth/Documentos/Modulo_Sist_Salud_PR.pdf. Consultado Junio de 2012.

(51) Flores A. El Sistema De Salud Mexicano, Observaciones y Notas Comparativas: un texto introductorio Instituto Nacional de Salud Pública; México,D.F. Abril-Junio, 2002; 3(2):52-9

(52) Secretaría de Salud Instituto de Salud del Estado de México, Manual de Procedimientos de Supervisión y Asesoría en el Primer Nivel de Atención. M. P. / 01. Abril 2008. Disponible en: http://salud.edomexico.gob.mx/html/transparencia/informacion/manualprocedimientos/mprocedimientos/MP_SUPERVISION_Y_ASESORIA_1ER_NIVEL.pdf. Consultado en mayo de 2012.

(53) MSP y BS-OPS/OMS. Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública Ejercidas por la Autoridad Sanitaria en Paraguay. Resultados del taller de aplicación del instrumento de medición de las funciones esenciales de salud pública Asunción del 13 al 15 de Febrero de 2002.

(54) Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los Sistemas de Salud de Paraguay: Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma; Washington D.C.: OPS 2008. Disponible en: <http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/Material/Perfil%20de%20Salud%20Uruguay.pdf>. Consultado en Mayo de 2012.

(55) García R, El sistema de Salud de Puerto Rico. 2008. Disponible en: http://www.rcm.upr.edu/PublicHealth/medu6500/Unidad_4/Ramirez_Lectura_Sistema-salud-PR.pdf. Consultado Mayo de 2012.

(56) Sánchez J, Presidente: Comisión Para Evaluar El Sistema De Salud Del Estado Libre Asociado De Puerto Rico-Evaluación Del Sistema De Salud De Puerto Rico. Noviembre 2005, San Juan, Puerto Rico. Disponible en: http://apoyoalcuidador.files.wordpress.com/2007/10/informe_final_sist_salud_pr_gobernador.pdf Consultado junio de 2012.

(57) Instituto Nacional de Estadística de Uruguay. Datos Socio Demográficos. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/sociodemograficos/proyecciones2008.asp>. Consultado en junio de 2012.

58) Aran D, Laca H. Sistema de salud de Uruguay. [Internet] 2011. Salud Publica Mex 53 (2): 265-274. Disponible en:

http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/vol%2053%20suplemento%202/21Uruguay.pdf.

Consultado en JUnio de 2012.

Bibliografía Recomendada

Insua I, O'Donnell C, Bonet F. Diagnóstico de situación de la investigación para la salud en los Ministerios de Salud de la Nación y de las Provincias. *Rev Argent Salud Pública*. 2010 Sept; 1(4): 32-36. [Internet]. Disponible en: <http://msal.gov.ar/rasp/rasp/edicion-completa/RASP%20Volumen-I-IV.pdf>. Consultado junio de 2012.

Abramzón M, Virgilio M, Findling L, Kaufmann R, Laperuta V, Luppi I, Martínez A, Venturiello M. Aportes para el desarrollo de un sistema integral de información de Recursos Humanos en Salud en Argentina. *Rev Argent Salud Pública*; 2010; Sept; 1(4):32-36. [Internet]. Disponible en: <http://msal.gov.ar/rasp/rasp/edicion-completa/RASP%20Volumen-I-IV.pdf>. Consultado junio de 2012.

Jiménez P, Borrás C, Fleitas I. Accreditation of diagnostic imaging services in developing countries. *Rev Panam Salud Publica*. 2006; 20(2/3):104–12. [Internet]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v20n2-3/07.pdf>. Consultado Abril de 2012.

Tobar F. Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina. 2001 Ago: 23. [Internet]. Disponible en: http://www.isalud.org/documentacion/Breve_historia.pdf

Belló M, Becerril-Montekio V. Sistema de salud de Argentina. [Art. Revisión], *Salud Pública Méx*. 2011; 53(2):96-108. [Internet]. Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/vol%2053%20suplemento%202/6Argentina.pdf. Consultado Mayo de 2012.

Novaes H, Gastal F, Gonçalves J. Acreditación de Hospitales en Brasil. *Revista ITAES*. 2000;5:12-6 [Internet]. Disponible en: <http://www.itaes.org.ar/biblioteca/sistemaONA.pdf>. Consultado Mayo de 2012.

Banco Interamericano de Desarrollo - División de la Protección Social y Salud. Análisis Del Sector Salud De Bolivia. *Notas Tecnicas*; 2010. [Internet]. Disponible en: www.iadb.org. Consultado junio de 2012.

Gattinara B, Ibacache J, Puente C, Giaconi J, Caprara A. Percepción de la Comunidad Acerca de la Calidad de los Servicios de Salud Públicos en los Distritos Norte e Ichilo, Bolivia. [Revista en Internet] *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 1995 Jul/Sep 11 (3): 425-43. Disponible en: www.scielosp.org/pdf/csp/v11n3/v11n3a05.pdf. Consultado mayo de 2012.

Infante A, Mata I, López D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. Rev Panam Salud Publica. 2000 8(1/2): 13-20. [Internet]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-4989200000700005&lng=en. Consultado mayo de 2012.

Puig-Junoy J, Jané E, Castells X, Mata I. Cambios recientes en los sistemas de salud en América Latina y perspectivas de futuro [editorial]. Barcelona, Gac Sanit 2002; 16(1):2-4. [Internet]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Consultado Mayo de 2012.

Segunda Reunión Nacional sobre Garantía de Calidad y Acreditación de Servicios de Salud. Montevideo, diciembre 1998. [Internet]. Disponible en: <http://www.bvsops.org.uy/pdf/serviciososalud.pdf>. Consultado Abril de 2012.

Homedes N, Ugalde A. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. Gac Sanit 2002; 16(1):54-62. [Internet]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100008. Consultado Abril de 2012.

Guardia N. Garantía de la calidad. Acreditación de Hospitales. Universidad Nacional Mayor de San Marcos- Anales de la Facultad de Medicina. 1999; 57(4): 1-4. [Internet]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/anales/v58_n1/gcalidad.htm. Consultado Abril de 2012.