

Hacia la Calidad en Salud



8

Enfoque moderno para mejorar la calidad y la eficiencia. Enfoque sistemático, estratégico y el liderazgo institucional.

12

Programa de Autoevaluación participativa. Estructurada para la calidad de la CIDCAM

19

Evaluación externa de establecimientos de salud. Acreditación.



Año I - N° 1

Septiembre 2005

Director Ejecutivo: Dr. Héctor S. Vazzano

Director Científico: Dr. Héctor Ralli

Tirada de esta edición: 5000 ejemplares
Distribución gratuita - Prohibida su venta

Registro de la Propiedad Intelectual en trámite.
Las notas son de exclusiva responsabilidad de
los autores.
Se autoriza la reproducción citando la fuente.

Arte y Diseño
Lothse Producciones S.A.
Chorroarín 240 - Capital Federal
Tel.: 4523-9993/4937
e-mail: lothse@sion.com



Foto de Tapa Gustavo Solferino

Editor Responsable
CIDCAM / CENAS



Los inicios de la CIDCAM

Calidad de la Atención Médica Declaración de la Plata. ■

La modificación dinámica del perfil epidemiológico de la población y los cambios en los sistemas de Atención Médica convergen hoy en un momento decisivo, en el que se dan a la vez importantes dificultades y expectativas positivas de la comunidad.

Los progresos de la ciencia y tecnología médicas han alcanzado un potencial que, aún con muchas limitaciones, requieren la más adecuada organización de los recursos para hacerlos accesibles a toda la población que los necesite.

La Atención Médica tiene como eje el recurso humano que configura el equipo de salud y la misma comunidad participante.

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de La Plata, en ese marco siente la necesidad de promover la evaluación en su conjunto de los profesionales que forma y el mismo procedimiento que utiliza. Otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales que tienen íntima relación con la Atención Médica de la capital bonaerense y que han desarrollado iniciativas tendientes a evaluarla, se han reunido en la aspiración común de ofrecer a la comunidad un ámbito exento de interés parcial que contribuya a la calidad de la Atención Médica en orden exclusivo a su perfeccionamiento. Las instituciones reunidas en esta instancia, junto con la Facultad, son el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, el Colegio de Médicos del Distrito I, el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA), la Agronomía Médica Platense y el Distrito I de la

Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales, Federación Bioquímica de la Provincia de Buenos Aires y otras instituciones privadas asistenciales de la provincia de Buenos Aires.

Elas han concluido en primer término en que la calidad de la Atención Médica es un valor en el que confluyen otros muchos. La entienden como la capacidad óptima lograda por un profesional, institución asistencial o docente, para contribuir a las mejores condiciones de salud de las personas y comunidades, con el más favorable balance entre beneficios, riesgos y costos de recursos. El concepto involucra la accesibilidad a los servicios, la satisfacción de aquellas personas y comunidades y el estímulo al mejoramiento permanente de las instituciones y prestadores. Han coincidido en que esa capacidad óptima es fruto de la armonía de conocimientos, habilidades y actitudes, que comprenden no sólo la ciencia y técnica sino la humanización de la asistencia y la organización de los recursos. Esta última tiene un marco bioético de asignación de prioridades, que legitima su utilización. En esa concepción conciben que, teniendo por fin último lo óptimo, la calidad admite gradaciones.

Dado ese concepto, las instituciones reunidas reafirman la existencia de

otros aspectos claves de evaluación de la Atención y Educación Médica. Tales son la habilitación para actuar, tanto de profesionales como de instituciones, su categorización, la fiscalización y la auditoría, que son propios de cada una de las instituciones participantes según lo marcan las leyes, normas y acuerdos en vigencia, a los cuales ninguna de ellas renuncia ni puede hacerlo. Respetando la incumbencia de cada institución, el conjunto de las reunidas entiende que todos los procesos evaluativos son dinámicos y en tal sentido deben estar en permanente perfeccionamiento y actualización con la sistemática participación de los sectores interesados desde sus distintas perspectivas.

Han concluido en segundo término que la evaluación de calidad de la Atención y Educación Médicas entendida según las líneas apuntadas, es una tarea de conjunto en un ámbito autónomo en el que se marginen los intereses lícitos de las distintas partes. Es a sí mismo una tarea multidisciplinaria y abierta a la que podrán incorporarse oportuna y progresivamente otras profesiones e instituciones de salud bajo las mismas condiciones.

Es por ello que se han fijado la tarea de elaborar un proyecto que cada representación someterá a sus respectivas autoridades, para configurar ese ámbito autónomo o interdisciplinario con el exclusivo propósito de promover la evaluación de calidad de instituciones asistenciales, docentes y de profesionales, tanto del sector oficial, como privado, de obras sociales o



Los inicios de la CIDCAM

■ La Plata, en el verano de 1996.

sistemas privados de cobertura, que voluntariamente lo requieran. Esta evaluación por su propiedad, aspira a la credibilidad y tiene carácter confidencial, quedando al arbitrio del evaluado su manifestación. Involucra una acción informativa y docente y también promueve la autoevaluación. Con tal aspiración y en tales condiciones, las instituciones entienden que se trata de un esfuerzo significativo para cada uno de los establecimientos, actividades y profesionales, que requieran su acreditación y que en la medida

que contribuya a mejorar los servicios de educación y atención médica, debe ser valorado en términos de prestigio y retribución.

A tal efecto consideran que el proyecto comprende la reunión de los valiosos antecedentes internacionales y nacionales, de instituciones señeras del país. Así también implica la definición de parámetros de calidad con el concurso de expertos, la difusión el asesoramiento sobre los mismos y el entrenamiento de personas y equipos para aplicarlos a quienes lo soliciten.

Por último aspiran a que la

comunidad visualice esta tarea como un servicio a su salud exenta de todo interés parcial, y que el equipo de salud y las instituciones asistenciales y docentes, recepten la iniciativa abierta a su participación, como un aporte a su perfeccionamiento.

Todo ello sin perjuicio de las funciones y potestades propias de cada una las instituciones reunidas, en un franco esfuerzo común por el espíritu de servicio de las instituciones y prestadores de Atención Médica y por la Salud de las personas y la comunidad.

La Plata, en el verano de 1996.

- Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires. Distrito I
- Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA).
- Agremiación Médica Platense.
- Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y otros
- Establecimientos de la Provincia de Buenos Aires (FECLIBA)
- Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y otros
- Establecimientos de la Provincia de Buenos Aires. Distrito I
- Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y otros
- Establecimientos de la Provincia de Buenos Aires. Distrito II
- Federación Bioquímica de la Provincia de Buenos Aires.
- Adhesión de OSDE (Organización de Servicios Directos Empresarios).

Prof. Dr. José Carlos Fassi
DECANO



La gestión integral de la calidad, una estrategia para la equidad en salud.

Prof. Dr. José María Paganini / Director Centro INUS, UNLP / Presidente CENAS. ■

La calidad de la atención de la salud. Un derecho para todos

Desde que la OMS definió la meta de Salud para Todos (1977) las distintas políticas que orientan a los sistemas de salud trataron de cumplir con esa meta social de diversas formas y con diferentes resultados.

Observando la situación mundial de desigualdades en salud y la de nuestro propio país en donde más de la mitad de la población está sufriendo situaciones de pobreza extrema y de falta de cobertura efectiva en la atención de la salud es posible afirmar que la meta de Salud para Todos sigue siendo un desafío no logrado cuya solución es impostergable.

Este desafío es una responsabilidad de los gobiernos los que deben asumir en sus políticas activas y con fondos específicos la decisión de acercar a toda la población y en especial a los más necesitados, los beneficios de la atención de la salud.

Además de esta responsabilidad gubernamental la misma le corresponde también a las organizaciones de la sociedad dedicadas a este tema las que deben orientar sus políticas y acciones con el mismo sentido ético y moral de lograr la salud para todos.

Siguiendo esta línea de pensamiento el concepto de Calidad de Atención de la Salud

para Todos significa de manera operativa el acceso a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades así como al tratamiento oportuno de las dolencias de acuerdo a las necesidades sin ningún tipo de restricciones socioeconómicas.

■ Marco Conceptual

El logro de la calidad de la atención es un imperativo prioritario en la gestión de salud actual.

Para nuestro propósito definimos calidad de la atención como sinónimo de resultado. A su vez, definimos resultado al "cambio positivo en la historia natural de una enfermedad, riesgo, condición de salud atribuible a la acción de las ciencias de la salud a través de los sistemas y servicios de salud".

Aceptamos además que el resultado se mide también a través de la satisfacción del usuario y de la población.

Dentro de este esquema el análisis de las estructuras y los procesos de los sistemas y servicios son de gran importancia ya que permiten conocer de qué forma y con qué eficiencia se logran los resultados de la atención.

La literatura internacional ya ha dado cuenta suficiente de los problemas actuales en la prestación de salud. Nos basta mencionar en este sentido los últimos datos reportados en ISQUA. En ellos se identifican estudios que reportan problemas de calidad en casi el 15 % de los egresos generales y alrededor de un 20 % en los egresos de unidades de tratamiento intensivo.

Si bien esta situación ha sido analizada en general en países con mayor desarrollo es válido suponer que existe por lo menos la misma magnitud del problema en el resto de los países cualquiera sea su desarrollo.

Este desafío es una responsabilidad de los gobiernos los que deben asumir en sus políticas activas y con fondos específicos



Marco Conceptual

Dentro de este marco las justificaciones de las inversiones para la mejoría de la calidad surgen tanto del campo de la atención médica para responder adecuadamente a las necesidades del usuario o del económico social para controlar el inadecuado uso de recursos y de tecnología.

Si bien estas justificaciones son ya más que suficientes para otorgarles una prioridad a esta actividad nos interesa además agregar otra justificación relacionada con la equidad en salud.

En este sentido, la distinta calidad de atención recibida por la población en relación con su condición económica, social, educacional, cultural y de forma de financiación, es totalmente inaceptable constituyéndose esta desigualdad en uno de los problemas máximos a afrontar en la atención de la salud actual.

Todo esfuerzo para lograr una mayor calidad tiene, por lo tanto, justificaciones médico sanitarias, económico sociales y de la ética social y comunitaria.

Los distintos sistemas, enfoques, métodos y técnicas para evaluar la calidad de la atención ya han sido mencionados en estudios recientes agrupados, sobre la base del paradigma biomédico de evaluación de procesos diagnósticos y de tratamiento; o tomando en cuenta la evaluación de los resultados y sus relaciones con estructuras y procesos; o los que analizan la eficiencia o calidad económica, o los centrados en la organización y la gestión; además de las estrategias de acreditación y certificación, habilitación y auto evaluación y finalmente los

centrados en el análisis de la satisfacción del usuario en donde se debe incluir también la satisfacción de la población y de los prestadores.

Análisis de este tipo, o los que está realizando la ISQUA en coordinación con WHO son de gran utilidad, ya que a partir de allí se podrá avanzar acordando el esquema taxonómico a utilizar.

Dentro de este marco conceptual es necesario también analizar las estrategias

para el logro de la calidad.

Las investigaciones realizadas en ese sentido en donde se relacionan los procesos orientados hacia la calidad y los resultados obtenidos identifican cuatro estrategias fundamentales con relación directa a cambios positivos hacia la calidad. Las mismas se refieren a la capacitación, la auto evaluación, la participación y la gestión estratégica integral.





Las estrategias de la Acreditación de la Calidad

Con el fin de asegurar y certificar la calidad de la atención es posible identificar en las experiencias mundiales dos enfoques diferentes.

Por un lado están aquellas propuestas de acreditación de establecimientos en base a criterios de selección basados en un enfoque de exclusividad, en donde se seleccionan unos pocos establecimientos dejando al resto de los mismos y como consecuencia de ello a la mayoría de la población que se atiende en los mismos sin los beneficios de la calidad en salud.

Otra estrategia de mayor alcance es aquella que acepta el desafío de la calidad de la atención para todos proponiendo una amplia cobertura al acceso a las etapas de la certificación y de la acreditación mediante actividades integradas de capacitación, asesoría y de acreditación capacitante dando así oportunidad a la mayoría de los establecimientos cualquiera sea su complejidad, tanto del estado como privados a participar en la mejoría de la calidad y de asegurar a toda la población su derecho a recibir la mejor atención, con calidad sin discriminación de ningún tipo.

En base a este enfoque hemos propuesto a la Gestión integral de la calidad como un proceso capacitante hacia la autoevaluación y la acreditación.

La necesidad de mejorar la Gestión institucional

La **GIC** (gestión integral de calidad o gestión integral para la calidad) en los servicios de salud (valido tanto para sanatorios/clinicas privadas como para hospitales públicos) es un concepto moderno que surge como una necesidad imperiosa ante la realidad sanitaria nacional y mundial para desarrollar un proceso permanente hacia la calidad y eficiencia

La necesidad de lograr calidad y eficiencia en la atención de la salud esta justificada por datos de estudios realizados en especial a nivel internacional en donde se demuestra que existen en la mayoría de los establecimientos de salud problemas de prestación de salud y de gestión administrativa que deben ser resueltos a corto plazo.

Para mencionar solo algunos datos recientes, estudios realizados en USA indican que se producen alrededor de por lo menos unas 44,000 muertes provocadas como consecuencia

de la atención de interacción y que cerca del 3 % de los egresos generales y 20 % de los de terapia intensiva tienen algún problema de calidad (1).

En Australia los problemas de calidad en los egresos generales son aun mayor. Reportándose un porcentaje de un 16 % . (2)

En lo que hace a la eficiencia de los servicios de salud, es decir la relación entre los gastos y/ o esfuerzos realizados y las actividades y/ o resultados obtenidos, la OPS ha estimado que el nivel de ineficiencia puede estar en alrededor de un 25 % . Es decir que, en otras palabras, una mejoría de la gestión institucional podría llegar a producir hasta un 25 % mas sin necesidad de mayores recursos.(3)

Una encuesta realizada en los años 90 por la OPS en hospitales y clínicas de Latinoamérica encontró que cerca del 50 % de los establecimientos no tenían un sistema de información mínimo que les permitiera analizar y evaluar su gestión técnico administrativa (4)

Lamentablemente carecemos dentro del país de datos que evalúen la calidad y la eficiencia del sector pero es valido suponer que nuestra realidad no es diferente a los datos presentados.



La GIC como enfoque moderno para mejorar la calidad y la eficiencia.

Se puede afirmar que el enfoque moderno de GIC surge a partir de tres conceptos teóricos/prácticos.

- 1 El enfoque sistémico
- 2 El enfoque estratégico
- 3 El liderazgo institucional

1. El enfoque sistémico como contribución a la GIC

La teoría general de sistemas que tuvo su origen en la biología ha sido utilizada también en los que se han denominado sistemas sociales.(5)

Dentro de este enfoque se define a un sistema como a " **un conjunto de elementos relacionados entre sí con el fin de lograr un objetivo común** "

Esta simple definición es de gran utilidad ya que permite , a partir de ella, desarrollar de manera integral el análisis de cualquier sistema de salud .

Y este análisis conduce también a un enfoque integral de su gestión y administración.

Aplicando la definición de un sistema social las áreas básicas de su análisis serían:

a)El conjunto de elementos que constituyen ese sistema.

b)Las relaciones que existen entre los elementos constitutivos.

c)El objetivo del sistema es decir el resultado que el sistema busca.

Se puede apreciar así que la ya clásica propuesta de **Donabedian** de analizar los sistemas de salud en su estructura, sus procesos y sus resultados tiene un claro enfoque sistémico .(6)

Por estructura se entiende a " todos los recursos humanos, materiales, tecnológicos, financieros, organizativos que constituyen la organización así como los reglamentos, normas, leyes que los gobiernan".

La misma es de gran valor para orientar cualquier análisis sistémico de un establecimiento de salud.

El análisis de la estructura

constituye el análisis de la "anatomía" de la institución. Es una fotografía detallada de la misma.

Por procesos se entiende a las relaciones que ocurren dentro del sistema entre sus elementos.

En otras palabras son las "actividades" que realiza la institución.

En el caso de los establecimientos de salud estas actividades pueden surgir como consecuencia de las relaciones entre los propios elementos del sistema o , lo que es mas importante, entre estos elementos del sistema y la población.

Estas ultimas actividades constituyen las consultas, las atenciones de internación, los egresos, las actividades de diagnostico y tratamiento entre las más comunes.

Finalmente como resultado se define a los cambios que el sistema de salud produce en la salud de los individuos en función de sus actividades.

En un enfoque sistémico constituye el "output" del sistema.

Además de analizar las estructuras, los procesos y los resultados el enfoque sistémico también requiere un análisis de lo que se denomina "el contexto " del sistema. Es decir aquellos otros sistemas que están o pueden estar influenciando las actividades del sistema considerado.



Estos conceptos teóricos del enfoque sistémico son los que han servido para desarrollar las variables, los indicadores y los estándares para describir y analizar en forma integral los establecimientos de salud.

Dentro de ellas se encuentran la acreditación de establecimientos, las distintas formas de evaluación, las estrategias de autoevaluación entre otras.

El enfoque sistémico también es útil para definir el concepto de calidad de la atención.

La calidad de la atención se puede analizar por lo tanto en relación a:

- a) Los objetivos del sistema, o sea sus resultados.
- b) Los procesos del sistema, o sea las actividades.
- c) Las estructuras del sistema.

En este esquema y desde el punto de vista de los objetivos se define como calidad de un sistema de salud cuando el mismo "logra los resultados esperados de recuperar la salud, prevenir la enfermedad y mejorar la calidad de vida de la población".

La manera de evaluar la calidad en este caso será la de observar los resultados obtenidos y su comparación con estándares definidos por las ciencias médicas.

Desde el punto de vista de los procesos se define a la calidad como "hacer las cosas bien". Es

decir cumplir con lo establecido por las ciencias médicas, las ciencias de la salud y las normas y procedimientos administrativos.

La calidad de los procesos se mide comparando las actividades realizadas con estándares aceptados.

Finalmente la calidad de las estructuras se analiza también comparando las distintas características de los componentes de esas estructuras (recursos humanos, tecnológicos etc.) con estándares definidos.

Como se puede apreciar de las definiciones presentadas uno de los desafíos actuales de mayor relevancia para la evaluación de la calidad de la atención de la salud esta centrado en dos aspectos fundamentales:

- a) La definición de indicadores válidos que describan los resultados, los procesos y las estructuras de los sistemas de salud.
- b) La definición de los estándares aceptados que permitan comparar los indicadores y evaluar la calidad obtenida.

El estado del arte de esta actividad esta en pleno desarrollo a nivel mundial (7).

Dentro de este enfoque resulta fundamental definir los indicadores y los estándares de calidad dentro de cada realidad sanitaria y de la composición y complejidad tecnológica utilizada.

La investigación empírica que analiza el proceso y resultados de los servicios pretende hacer una contribución al mismo a través de la identificación de indicadores y estándares adaptados a la realidad sanitaria nacional y local. (8)

2. El enfoque estratégico aplicado a la administración de sistemas de salud

Los establecimientos de prestación de salud pueden considerarse como uno de los sistemas sociales mas complejos. Se ha calculado que dentro de un hospital de mediana complejidad se desempeñan o tiene influencia en su gestión alrededor de unas 300 profesiones/ tecnologías. (9)

Por ello es necesario utilizar en su administración modernas técnicas de gestión.

El enfoque estratégico aplicado a la administración de los servicios de salud constituye en este sentido un aporte de gran valor de las ciencias administrativas. (10)

Sin pretender desarrollar este tema de manera completa se destacan los componentes de mayor relevancia.

A) el enfoque estratégico pone énfasis no solo a los aspectos gerenciales y de gestión interna del establecimiento sino que



observa a la institución, es decir al sistema en estudio, dentro de su contexto histórico, cultural, socio político y económico.

Por lo tanto toda gestión integral de calidad deberá otorgar siempre un capítulo de análisis permanente de los factores positivos y amenazas del contexto y las fortalezas y debilidades de la institución en sus relaciones con el mismo.

B) la función de conducción es el eje central y distintivo del enfoque estratégico.

Ello significa otorgarle valor al concepto de liderazgo transformador y a sus componentes de trabajo en equipo, concertación, acuerdo, negociación, cooperación, consenso y participación.

C) la aceptación de la existencia de diversos cursos de acción frente a los problemas que se presenten y la necesidad de la búsqueda de soluciones compartidas institucionales poniendo énfasis en la participación democrática de todos los actores involucrados incluyendo los usuarios, y los prestadores.

D) la integración de las decisiones de corto plazo con las de mediano y largo plazo.

E) el desarrollo de los procesos de programación y gerenciales son componentes fundamentales del enfoque estratégico siempre que se relacionen y apoyen a la

conducción política estratégica del establecimiento.

F) la prioridad estratégica que se le otorga a los sistemas de información para la toma de decisiones en los diversos momentos de la programación (de corto, mediano y largo plazo) así como en las evaluaciones internas (autoevaluación) y externa (acreditación).

G) la incorporación de procesos permanentes de capacitación y educación continua como elementos movilizadores de la participación y la mejoría en la calidad.

H) la definición, utilización crítica y actualización permanente de estándares, normas, protocolos clínicos basados en la evidencia como un componente importante de la capacitación y la evaluación.

3. El concepto de liderazgo institucional

El avance de las ciencias de la administración han aportado importantes conocimientos en relación a la gestión de organizaciones/empresas/instituciones en lo referente a los aspectos de la denominada "psicología institucional".

Dentro de este enfoque toda institución debe observarse como un complejo conjunto de intereses, aspiraciones, conflictos y alianzas.

Ello se pone en evidencia dentro de una institución de salud en donde confluyen diversas profesiones y actividades.

Será responsabilidad de la **conducción** del establecimiento lograr la complementariedad de los mismos ejerciendo lo que se ha denominado un **"liderazgo democrático transformador."**

Una de las características relevantes de este liderazgo está centrada en la capacidad de lograr transferir y compartir ese liderazgo a los distintos niveles de decisión del establecimiento.

De esta manera el liderazgo institucional es el liderazgo de un equipo de trabajo comprometido con los objetivos finales del establecimiento.

El enfoque estratégico en sus componentes de sistemas de información amplios y compartidos y de educación continua son elementos fundamentales para lograr el liderazgo institucional.



El concepto de Gestión Integral de Calidad

Resumen. ■

Luego de haber desarrollado los conceptos básicos del enfoque sistémico y del enfoque estratégico y el liderazgo institucional se puede intentar una definición de la Gestión Integral de Calidad.

Constituye una propuesta moderna para la gestión de salud que requiere

- A)** Una visión integral del establecimiento de salud y el análisis permanente y objetivo de sus resultados, procesos y estructuras.
- B)** Una conducción en equipo con una visión estratégica y amplia de la realidad y del contexto de la institución.
- C)** El desarrollo de sistemas de información para la gestión estratégica.
- D)** La capacitación continua de todo el personal.
- E)** El uso y actualización de normas, estándares, protocolos basados en la evidencia

Bibliografía

- OPS. De Org. Y proc. Hosp. SILOS 25. 1990.
OPS. La Administración Estratégica. SILOS 2. 1992
CIDCAM op.cit
OPS. Informe del Director. 1990.
Paganini JM. Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria. Serie HSS/SILOS-30. Organización Panamericana de la Salud. Washington, 1993.
OPS. División Sistemas y servicios de salud. Reporte preliminar 1995.
Mario Bunge. Las Ciencias Sociales en Discusión. 1998
ISQUA. Revista. Vol 12 N° 5. Octubre 2000
Paganini JM. La Salud y la Equidad. Centro INUS. UNLP. Facultad de Ciencias Médicas. La Plata, Argentina. Publicación Científica N° 1, 2001.
Grupo CERFE. Documento de Trabajo. Taller Internacional. Promover la Calidad en un Mundo Unificado. Cuneo: 10.12 de mayo de 2001.
ISQUA/WHO. Shaw Ch ed. Report 1 and 2, 2001.
ISQUA. Comité de indicadores de Calidad.
Centro INUS. Fac. Cs. Medicas. UNLP.



El Programa de “Autoevaluación Participativa.”

Estructurada para la Calidad” (APEC) de la CIDCAM

■ Un instrumento para la Autoevaluación.

Este programa está en plena ejecución a través de la **CIDCAM**. Cuenta con la asesoría y apoyo del **Centro INUS** de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata y el aval del Ministerio de Salud y del **IOMA**.

Se parte de la premisa de la necesidad de los establecimientos de atención de la salud de mejorar su calidad de atención a través de un cambio sustancial de su forma de gestión teniendo como estrategia fundamental la calidad de la atención. Para ello se propone a los establecimientos realizar en forma estructurada procesos de cambio gerencial hacia la calidad basada en actividades participativas de autoevaluación.

Para tal fin se definió una “**Guía de Autoevaluación de Establecimientos de Salud**”, complementada con un “**Manual Instructivo y de Definiciones Operacionales**” y unas “**Bases para el Análisis de la Autoevaluación**”.

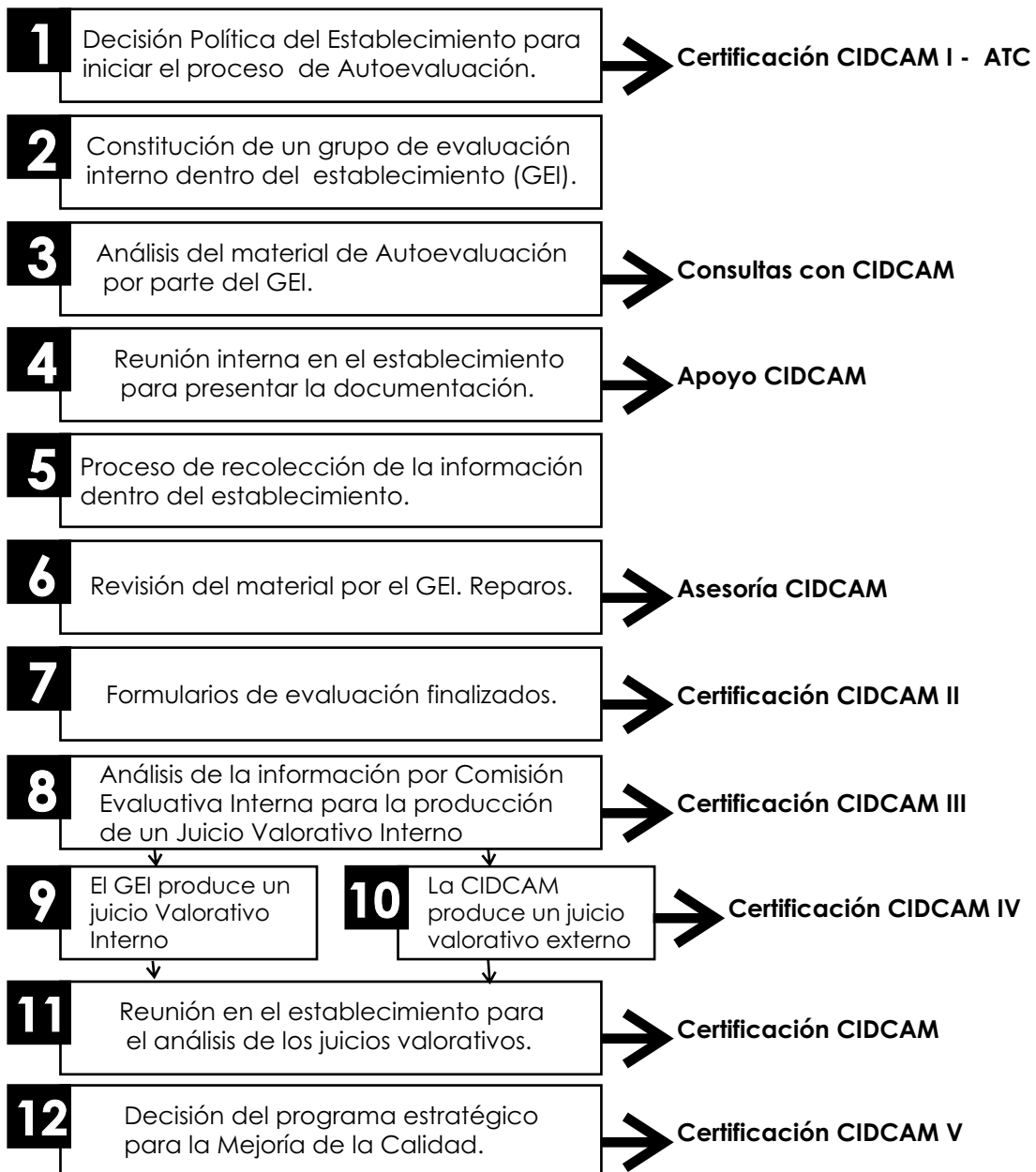
A este proyecto se lo denomina de “**Autoevaluación Participativa Estructurada para la Calidad (APEC)**”, ya que esas son las características fundamentales del mismo.

Por un lado, se promueve la participación activa de todo el personal del establecimiento bajo el liderazgo del cuerpo directivo del mismo. Dentro de esta participación se contemplará, además, la opinión de los usuarios.

Por otro lado, se propone una estructuración de este proceso a través de la definición de doce pasos, los que se desarrollan con la cooperación de la **CIDCAM**. Los pasos los siguientes:



Esquema de actividades para la calidad CENAS-CIDCAM ■





Cinco etapas Específicas

■ Hacia la Calidad en Salud.

En este esquema se han identificado además, cinco momentos o etapas específicas detalladas como:

■ El inicio del proceso de autoevaluación.

■ La finalización del llenado de los formularios.

■ La elaboración de un juicio valorativo interno.

■ El análisis interno de los juicios valorativos del hospital y de la **CIDCAM**.

■ La definición de un Programa Estratégico para la Calidad (**PEC**).

El cumplimiento de cada una de estas etapas es certificada por la **CIDCAM** como una forma de acreditar el avance de esta actividad.

A través de esta estrategia se define en forma estructurada y ordenada el apoyo y la certificación de los avances de cada establecimiento en sus procesos de autoevaluación.

Uno de los aspectos más interesantes de esta estrategia consiste en la necesidad de que cada establecimiento, luego de realizar una recopilación de sus características estructurales, de proceso y resultados, produzca un documento denominado

“**Juicio Valorativo Interno**”.

Se pretende de esta manera un sinceramiento interno del equipo de conducción del establecimiento de los problemas y limitaciones, así como de las

Uno de los aspectos más interesantes de esta estrategia consiste en la necesidad de que cada establecimiento, luego de realizar una recopilación de sus características estructurales, de proceso y resultados, produzca un documento denominado “Juicio Valorativo Interno”.

posibilidades de mejorar.

Este documento se comunica y analiza dentro del establecimiento con la finalidad de lograr una participación de todo el personal en las soluciones a ejecutar.

Este análisis se complementa además, con una comparación entre el juicio interno y el elaborado por la CIDCAM.

Finalmente, la estrategia propone definir un “**Programa Estratégico para la Calidad**” (**PEC**). El mismo será el documento de trabajo anual de cada establecimiento para avanzar hacia la calidad.

El **PEC** constituye el resultado buscado de los procesos de autoevaluación.

La **CIDCAM** aspira a que cada establecimiento incorporado en esta estrategia, llegue a tener un diagnóstico elaborado en forma participativa y un programa en donde se definan los objetivos y las decisiones y actividades para evaluar y mejorar la calidad.

Otra característica de esta propuesta consiste en la firma de un “Acuerdo de Trabajo para la Calidad” (**ATC**), entre el establecimiento y la **CIDCAM**.

Esta estrategia le otorga al proceso una seriedad y compromiso de ambas partes de trabajo conjunto hacia la calidad. Es posible además, que el diagnóstico de los problemas, así como la búsqueda de soluciones, identifique la necesidad del desarrollo de actividades de capacitación.



■ Editorial

La Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (**CIDCAM**) es una organización no gubernamental sin fines de lucro convocada en 1995 por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata. En ella participan representantes de 2170 instituciones privadas de la salud, 1650 instituciones públicas, 21.934 médicos, bioquímicos y otros trabajadores de la salud.

Consolidada en 1999 como una Organización No Gubernamental, creó un ámbito objetivo, científico, participativo y autónomo, comprometido con la calidad, con la finalidad de desarrollar una tarea en equipo e interdisciplinaria, que favoreciera la implementación de un sistema de autoevaluación que lleve a la acreditación progresiva y periódica.

Sus principales objetivos son colaborar, a solicitud de las Instituciones de salud asistenciales y docentes, sean públicas o privadas en el logro de la Calidad y Eficiencia de la atención y educación médica y en el uso racional de la capacidad instalada.

El Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud (**CENAS**), es otra Organización No Gubernamental, cuya misión es contribuir a la mejoría continua de la Calidad de la Atención de la Salud mediante el Programa Argentino de Acreditación para la Calidad en Salud (**PAACS**) en: sistemas de salud, redes de servicios, establecimientos públicos y privados y organizaciones financiadoras, mediante la normalización y acreditación de las estructuras, los procesos y los resultados.

Para el CENAS la Calidad de la Atención de la Salud es un derecho que tiene toda la población sin distinción de situación económica o social, forma de financiamiento ni lugar donde se produce la atención. La Calidad es un componente fundamental de la equidad en salud y no es sinónimo de mayor complejidad sino que la misma se debe lograr cualquiera sea la complejidad de la tecnología utilizada.

Tanto la **CIDCAM** como el **CENAS** consideran que dar a conocer sus principios y objetivos es fundamental para mejorar la Calidad de la Atención Médica y llegar a la acreditación de todo establecimiento de salud; por tal motivo ambas instituciones lanzan este primer número de "**Hacia la Calidad en Salud**", de periodicidad trimestral, con el deseo su continuidad y con la esperanza de recibir aportes que no cabe ninguna duda van a ser beneficiosas para la Calidad.

CONSEJO DE REDACCION



Los Orígenes y Objetivos del CENAS

■ Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud.

El **CENAS**, organismo no gubernamental, totalmente independiente, cuyos socios fundadores son:

■ CONFELISA CAES FECLIBA ACLFE

■ COMRA FEMEBA

■ FUNDACION BIOQUIMICA ARGENTINA

■ CIDCAM

■ **COSUN (Socio Institucional)** resume experiencias nacionales e internacionales de los últimos 30 años.

A nivel Nacional



La experiencia **CONCAM/CONFELISA** en los años 70.

PNGC/G-CAM

El desarrollo de los manuales de autoevaluación y relevamiento para la calidad de la CIDCAM en los años 90.

A nivel Internacional



La experiencia de la **OPS/OMS-FLH** en los años 80

ISO/IRAM

Las orientaciones del programa **ALPHA** de la **ISQUA**

Los aportes de experiencias de **USA, Canadá, Japón, Holanda, Sudáfrica y Francia.**

El **CENAS** ofrece a todos los establecimientos de salud la posibilidad de acreditar la calidad de la atención. Para tal fin pone a disposición de los establecimientos que así lo decidan el Programa Argentino de Acreditación en Salud (**PAACS**). Este programa ha sido diseñado con las más modernas técnicas de acreditación de la calidad a nivel internacional. Posibilita a toda institución que se integre al programa a participar en forma activa en un proceso de la mejora continua para la calidad y se espera que esta acreditación sea de utilidad para el público usuario, los organismos

de financiación, el Estado y a la población en general.

Define como acreditación de un establecimiento de salud, a todo proceso de evaluación de certificación y evaluación periódica y continuada de la calidad de la atención médica brindada por dicho establecimiento y resulta de la comparación de componentes de estructura y resultados con estándares de calidad aceptados y preestablecidos.

Para el desarrollo del proceso de acreditación el CENAS ha definido un Manual de Acreditación en base a 99 estándares y 311 criterios de comprobación. Ello permite un análisis integral, orientado a los procesos de atención del paciente, los resultados obtenidos y a la infraestructura tecnológica.

Además se ha definido un reglamento del proceso de acreditación que contempla los requerimientos básicos para solicitar acreditación, los alcances de la acreditación, los compromisos y responsabilidades del solicitante y del **CENAS**. También se definen las etapas del proceso de evaluación así como las características de los pares evaluadores.



Definiciones de Calidad y Acreditación

Calidad ■

Es la capacidad optima lograda por un profesional o institución asistencial o docente para contribuir a mejorar las condiciones de salud de las personas y comunidades (estado de salud optima conseguible) con el balance mas favorable entre beneficios (satisfacción), riesgos (seguridad) y uso de recursos (eficiencia).

La asistencia sanitaria institucionalizada para ofertar servicios de alta calidad debe reunir las siguientes características:

EFICACIA: implica llegar al objetivo, al efecto deseado. Una atención eficaz es la asistencia optima independientemente de sus costos.

EFFECTIVIDAD: es la relación entre los resultados u objetivos previstos y los alcanzados. Es la capacidad que tiene un determinado procedimiento o tratamiento para llegar al objetivo, o sea mejorar el estado de salud. En la asistencia sanitaria la efectividad es el incremento de salud producido por los cuidados prestados en relación al máximo incremento alcanzable con los mejores cuidados posibles.

EFICIENCIA: implica llegar al objetivo utilizando los mínimos recursos posibles, o sea mejorar al máximo el estado de salud al costo mas bajo posible.

SEGURIDAD: se obtiene cuando el balance de la relación beneficios/riesgos es positivo.

ACEPTABILIDAD: incluye la satisfacción del paciente con la asistencia recibida, los profesionales y la organización. Es el grado de cumplimiento de sus expectativas respecto a la atención recibida y a los

resultados de la misma y también la cooperación del paciente o el grado en el que cumple con el plan de tratamiento que depende en gran medida de la relación que se establece entre el médico y el paciente.

DISPONIBILIDAD: los servicios sanitarios deben estar disponibles donde y cuando el paciente lo necesite. La disponibilidad de los servicios debe adecuarse a las necesidades de la población; para evaluarla se tiene en cuenta la cantidad y la distribución geográfica de los recursos.

ACCESIBILIDAD: habla de la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios en el lugar y momento que los necesita en suficiente cantidad y a un costo razonable. Es la facilidad con que se obtienen los servicios médicos a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales. Incluye el proceso sistemático de información acerca de cómo obtener asistencia médica.

CONTINUIDAD: para que el plan de cuidados de un paciente progrese sin interrupciones, los servicios deben ser continuos y coordinados. Se evalúa

comprobando si se ha realizado una transmisión adecuada de la información o si el paciente conoce el proceso de tratamiento, entre otros parámetros.

Para cumplir con estos requisitos se requiere una adecuada organización sanitaria, con un factor humano competente en lo operacional y lo relacional que esté satisfecho con su trabajo de modo que se llegue a satisfacer las necesidades del usuario.

Bibliografía:

Donabedian A.: La Calidad de Atención Médica. La Prensa Médica Mexicana, Mexico D.F., enero 1991.

La Autoevaluación de Establecimientos de Salud. Guía para su Desarrollo. Segunda Versión. CIDCAM, enero 2004.

Varo J.: Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios. Ed. Diaz de los Santos. Madrid, 1994.

Mazzáfero V. y col.: Medicina en Salud Pública. Ed. El Ateneo. Buenos Aires, 1987.

Wenzel R.: El control de la calidad, nuevo componente de la epidemiología hospitalaria. FLH/POS, 1989.



Definiciones de Calidad y Acreditación

■ Acreditación.

Es un proceso voluntario, participativo y confidencial independiente de la categorización o complejidad del establecimiento, destinado a facilitar la mejora continua de la calidad mediante el análisis de la estructura, el proceso y los resultados de la atención médica y la comparación con normas y estándares.

Estos estándares pueden ser mínimos (definiendo el piso o base) o más elaborados y exigentes hasta llegar a ser de excelencia.

Esta comparación entre lo que se obtiene como resultado de la evaluación de los recursos institucionales y lo esperable, expresado por medio de los estándares, permite identificar áreas críticas de la organización e iniciar la búsqueda conjunta de las causas y soluciones de los problemas detectados por parte de personal, prestadores y prestatarios.

La acreditación garantiza que una institución tiene la capacidad de producir servicios de calidad y de formar a sus profesionales.

Valorar la efectiva implantación de los cambios en los establecimientos mediante evaluaciones periódicas.

UTILIDADES Y VENTAJAS DE LA ACREDITACIÓN:

Para los prestadores:

Los coloca dentro del grupo de "Calidad Garantizada", lo que otorga confiabilidad y mejora del posicionamiento en los convenios con entidades financiadoras con respecto a los no acreditados.

Permite establecer los parámetros mínimos de estructura y funcionamiento que se necesitan para llegar a los objetivos de calidad fijados e incluye asesoramiento y apoyo para alcanzarlos y mantenerlos.

Permite la implementación de medidas escalonadas y factibles para mejorar la calidad de la atención.

Brinda orientación acerca de los cambios que deben producirse para corregir las insuficiencias detectadas.

Brinda tranquilidad de trabajar dentro de parámetros de excelencia, de acuerdo a normas aceptadas, lo que adquiere gran significación por ejemplo ante un conflicto médico legal.

A través de la participación produce la integración de los prestadores y pacientes a la institución.

La evaluación se realiza entre pares, lo que reduce notablemente las discrepancias o conflictos.

ANTECEDENTES DE LA ACREDITACIÓN:

En 1951 se constituye la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), organización no gubernamental integrada por los Estados Unidos y Canadá. En 1959 Canadá constituye su propio organismo; los excelentes resultados logrados por estos países en el mejoramiento de sus hospitales, llevaron a adoptar mecanismos de evaluación de la calidad similares a Gran Bretaña, Holanda, España y Australia entre otros, siendo cada vez más los países que la incorporan como un medio accesible, efectivo y creíble de desarrollo de calidad.

En 1991 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH) publican el Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe, adecuado a la realidad de los establecimientos públicos y privados de la región, cuyo

documento preliminar fue elaborado en 1990 en la Argentina por la Comisión Mixta para el Desarrollo de la Calidad de la Atención **CONCAM**-efectuando una adaptación de los estándares a las particularidades de nuestro país.

A partir de entonces muchas sociedades científicas impulsaron propuestas relacionadas con la acreditación, el mejoramiento de la calidad de los servicios específicos y la formación de los especialistas.

OBJETIVOS DE LA ACREDITACIÓN:

Establecer los niveles de estructura, organización y resultados adecuados a los objetivos de calidad fijados. Obtener el conjunto de datos necesarios para elaborar un perfil actualizado del estado del establecimiento.

Detectar insuficiencias y sus causas permitiendo conocer cuales son los cambios que deben producirse.



Para los financiadores:

Asegura que los prestadores han sido evaluados periódicamente, con criterios dinámicos, garantizando un adecuado nivel prestacional lo que les significa un alivio de responsabilidad en planos éticos, técnicos y legales.

Para los pacientes:

Porque el objetivo de la acreditación es mejorar el nivel de calidad de la atención médica. Garantiza la satisfacción del usuario y la obtención de una adecuada relación costo-beneficio y daño-beneficio.

Bibliografía:

Federación Latinoamericana de Hospitales - Organización Panamericana de la Salud: Manual de Acreditación de Hospitales en América Latina. Marzo, 1991.

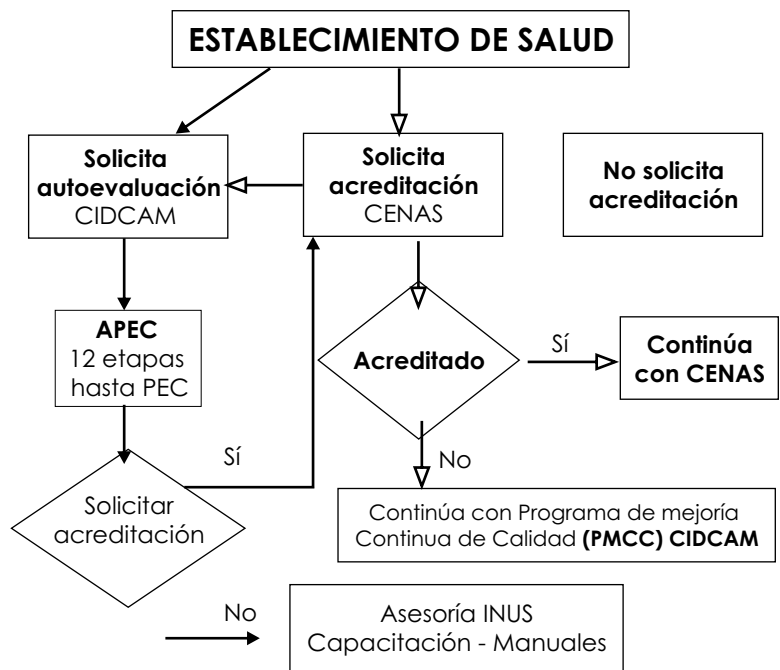
Sonis, A. y col: Atención de la salud, tomo 2. Ed. El Ateneo. Buenos Aires, 1990.

La Autoevaluación de Establecimientos de Salud. Guía para su desarrollo. Segunda Versión. CIDCAM, enero, 2004.

Mazzáfero V. y col.: Medicina en Salud Pública. Ed. El Ateneo. Buenos Aires, 1987.

American Medical Association: Study of accreditation of selected health educational programs. Washington D.C.. Mayo, 1972.

Las relaciones entre las actividades del CENAS, CIDCAM y el Centro INUS para la Calidad.



El Establecimiento de Salud decide solicitar la Acreditación al **CENAS** y tiene la posibilidad de reunir los requisitos necesarios para alcanzarla; en caso contrario lo remite a la **CIDCAM** para que solicite la Autoevaluación e ingrese en el proceso de Autoevaluación Participativa Estructurada para la Calidad. Una vez cumplidos los 12 pasos está en condiciones de pedir la Acreditación al **CENAS** y si la obtiene continúa con el **CENAS** o no solicitarla y continuar con el Programa de Mejoría Continua de la Calidad (**PMCC**) de la **CIDCAM**. La otra alternativa que no ingrese al programa de Autoevaluación y no ser Acreditado por el **CENAS**; en este caso puede seguir también, bajo la asesoría del Centro INUS, en el Programa de Mejoría Continua de la Calidad (**PMCC**).



Acuerdo entre el Ministerio De Salud y Ambiente.

■ Evaluación externa de establecimientos de salud.

Entre representantes del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y de FABA, ITAES y CENAS, los tres organismos acreditadores, se firmó el presente acuerdo de los principios de la acreditación de Servicios de Salud.

En Buenos Aires, a los veintisiete días del mes de julio de 2005, los abajo firmantes en representación de sus instituciones acuerdan los principios de la acreditación de Servicios y Establecimientos de Salud, los requerimientos de los estándares de acreditación para dicho proceso, las funciones del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y los requisitos de las Instituciones Acreditadoras que se detallan a continuación:

Los principios de la acreditacion

- El objetivo final del proceso de acreditación es la promoción de un proceso continuo de la mejora de la calidad.
- Debe ser un proceso de acreditación centrado en el paciente.
- La participación de los pacientes en el proceso de atención debe ser valorada.
- Se debe evaluar el respeto por los derechos de los pacientes. Por ejemplo si se otorgan explicaciones claras sobre las opciones del tratamiento.
- Debe estar definida la responsabilidad que tienen los prestadores sobre la calidad de la atención de la salud.
- Se deben identificar los mecanismos de monitoreo de la calidad con documentación de los resultados y las acciones tomadas.
- Se debe evaluar la gestión para el manejo y control de los riesgos de atención tanto para los pacientes como para los familiares y el personal.
- La comprobación del cumplimiento de los estándares se puede realizar en varias formas ya sea mediante la adjudicación de valores numéricos o descripciones cualitativas de los mismos en donde la información se obtiene mediante evaluadores pares que visitan el establecimiento o a través de procesos de autoevaluación combinados con la evaluación externa.
- Identificar las relaciones del establecimiento con la red de servicios.



Características estándares de acreditación:

- * Los estándares deben estar definidos tomando en cuenta los conocimientos existentes a nivel nacional e internacional.
- * Los estándares se formulan mediante un proceso bien definido en lo referente a: participación de pares y referentes sectoriales, reconocimiento de la legislación vigente, consulta a expertos especializados, pruebas piloto en terreno y actualización periódica.
- * Los estándares deben contener ciertos conceptos clave como: enfoque centrado en el paciente, responsabilidad social de los prestadores, gerenciamiento institucional.
- * El análisis de los estándares se debe combinar con un conjunto básico de indicadores.
- * Los estándares deben estar claramente definidos, tomando tanto aspectos de estructura, procesos de atención y resultados.
- * Los estándares deben cubrir la totalidad de las áreas y actividades del establecimiento y las relaciones del mismo con la red de servicios.
- * Los estándares deben ser aplicados no sólo a la totalidad del establecimiento sino además por departamentos y secciones principales del mismo, en donde se deben incorporar:
 - Los objetivos y actividades de cada departamento.
 - Cuales son los servicios que brinda y las relaciones con los usuarios y departamentos.
 - La definición de los procedimientos de atención, personal, evaluación de las actividades y de la calidad.
- * Los estándares de estructura deberán cubrir por lo menos el análisis de:
 - La conducción y el gerenciamiento del establecimiento.
 - Organización del cuerpo profesional (médico, enfermería, otros).
 - Farmacia.
 - Historia Clínica.
 - Seguridad y derechos de los pacientes.



* Los estándares relacionados con el proceso de atención del paciente deben contemplar desde el ingreso al momento del egreso:

- Admisión.
- Evaluación de la situación de salud.
- Planificación de la atención otorgada.
- La evaluación de la atención y condición de alta.
- Planificación del egreso.
- Estos estándares se aplican a cada departamento y tanto en la atención ambulatoria como en la Internación.

Los estándares están preparados para medir su cumplimiento, ya sea mediante puntajes, porcentajes o criterios cualitativos de satisfacción, cuya metodología y aplicación deben estar claramente descriptas y reglamentadas.

■ Funciones del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación:

- El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación es el organismo Público con capacidad para otorgar autorización y reconocimiento a entidades acreditadoras que cumplan con los requisitos que se establezcan.
- El Ministerio acordará con las Provincias en el marco del COFESA los alcances de las acreditaciones de establecimientos de salud.
- El Ministerio llevará un Registro actualizado de las entidades acreditadoras y de las instituciones acreditadas.
- Podrá efectuar auditorías periódicas a las entidades acreditadoras y requerir toda la documentación que considere necesaria relacionada con la acreditación de los establecimientos.
- Las entidades deberán renovar su autorización periódicamente.
- El Ministerio evaluará los Manuales de Acreditación de las entidades acreditadoras que deben contemplar los principios y las características de los estándares antes definidas incluyendo los estándares mínimos que fije el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.



- Las entidades podrán tener estándares superiores, pero no inferiores a los mínimos exigidos por el Ministerio.
- Cada cuatro años revisará los estándares y agregará los que considere necesarios a los mínimos de los Manuales anteriores.
- El Ministerio será la autoridad que otorgue reconocimiento internacional a las acreditaciones en caso que sea así solicitado.
- El Ministerio presidirá la Comisión Nacional de Evaluación Externa donde estarán representadas las entidades acreditadoras reconocidas, las provincias, la Superintendencia de Servicios de Salud, las Obras Sociales y de otras organizaciones que el Ministerio considere oportuno convocar ya sea de manera permanente o temporal.

■ De las entidades acreditadoras

REQUISITOS

- * Deben ser asociaciones civiles sin fines de lucro con personería jurídica de alcance nacional.
- * Tener disposiciones para cubrir las responsabilidades legales emergentes de sus actividades.
- * Tener capacidad y estabilidad financiera y con recursos propios.
- * Sus órganos directivos estarán constituidos con representantes de todos los sectores interesados.
- * No podrá formar parte de la institución ningún funcionario en actividad o área del Ministerio de Salud y Ambiente.
- * Deben poseer órganos de apelación.
- * Deben tener una manifiesta independencia jurídica y financiera de establecimientos a acreditar, asociaciones de prestadores o de entidades financiadoras.
- * Poseer y utilizar un Manual de acreditación que al menos contemple los estándares mínimos que fije el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- * La acreditación que otorgue debe ser accesible desde el punto de vista económico.
- * Poseer auditores o evaluadores debidamente capacitados y con cursos de actualización periódicos.
- * Exhibir al Ministerio de Salud el origen de los recursos económicos y financieros de la entidad acreditadora.



- * Emplear un número suficiente de personas con conocimientos técnicos y experiencias en el trabajo a realizar.
- * Deben contar con un cuerpo técnico-científico, encargado de la formulación de estándares y de los procedimientos de evaluación, que disponga de una razonable independencia técnica respecto a los organismos de conducción, en lo referente a la formulación de estándares y al resultado de las evaluaciones.
- * Poseer un sistema de calidad que incluya la estructura organizativa que permita dar confianza a los interesados.
- * Tener procedimientos documentados para su sistema de calidad que incluyan: normativas y procedimiento de toma de decisiones y normativas y procedimientos para la resolución de quejas y apelaciones.
- * El personal y los directivos deben estar libres de presiones comerciales y financieras que puedan influir en la toma de decisiones.
- * Tener reglas formales para la designación y funcionamiento de comités.
- * Tener uno o más comités técnicos en las diferentes áreas.
- * No ofrecer ni realizar consultorías u otros servicios que puedan comprometer la objetividad del proceso de acreditación.
- * Tener disposiciones compatibles con las leyes aplicables para salvaguardar su estructura organizativa, la confidencialidad de la información obtenida, relativa a las solicitudes, evaluaciones y acreditaciones otorgadas.
- * Tener disposiciones para controlar el uso y la exhibición de los documentos de acreditación y la forma en que los establecimientos puedan hacer referencia a su condición de acreditado.
- * Tener sistemas de auditorías internas para verificar que se cumplan los requisitos de su propio sistema de calidad.
- * Mantener registros para demostrar que los procedimientos de acreditación se realizaron en forma efectiva, especialmente con los formularios de solicitud, los informes de la evaluación y los informes relacionados con el otorgamiento, mantenimiento, extensión, suspensión o cancelación de la acreditación.



■ Procedimiento de evaluación

- * Los procedimientos de evaluación deben estar claramente reglamentados y detalladamente explicados, de manera que se encuentren en conocimiento de los potenciales usuarios de los servicios de evaluación.
- * Los estándares deben estar publicados, claramente definidos, detallando la información mediante la que serán verificados, de manera que se encuentren en conocimiento de los potenciales usuarios de los servicios de evaluación.
- * La acreditación puede admitir una etapa previa de autoevaluación, en cuyo caso deben estar claramente definidos sus alcances y límites respecto al resultado final.
- * La reglamentación del proceso mediante el que se arriba al resultado final de la evaluación, así como las posibles apelaciones del dictamen, deben estar claramente definidos, de modo que se encuentren en conocimiento de los potenciales usuarios de los servicios de evaluación.
- * Una vez formulado el pedido de evaluación, la fecha, los integrantes del Equipo Evaluador, el arancel establecido por el servicio y los procedimientos a aplicar en el terreno, deben estar en conocimiento y contar con la conformidad del establecimiento evaluado.
- * Una vez relevada la información y documentación en el terreno para verificar el cumplimiento de los estándares, la entidad acreditadora deberá entregar no sólo el resultado de la evaluación por sí o no acreditado, sino también un informe detallado de las fortalezas y debilidades halladas.
- * El resultado de la evaluación, así como las fortalezas y debilidades encontradas, deben ser confidenciales. Los diferentes resultados posibles deben tener un plazo de vigencia o extinción, a cuyo término deberán evaluarse nuevamente.
- * Debe contar con un programa de capacitación de Evaluadores, claramente definido en cuanto al número de horas de instrucción y contenido docente, así como instrucción adicional previa a la actuación en terreno.

■ Normas éticas:

- * Debe contar con un conjunto de normas éticas para los Evaluadores, que contemplen tanto su comportamiento confidencial durante el proceso de Evaluación, como su conducta posterior respecto a la información a la que ha tenido acceso.
- * El Evaluador debe manifestar cualquier posible conflicto de intereses con el establecimiento evaluado o con la entidad evaluadora, que pueda influir en la objetividad y/o rigurosidad de su desempeño.

Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud.

Presidente

Dr. José María Paganini

Vicepresidentes

1º Dr. Gustavo Mammoni

2º Dr. Norberto Cabutti

3º Dr. Juan Larzabal

4º Dr. Jorge Ochoa

5º Dr. Jorge Jañez

Director Ejecutivo

Dr. Héctor S. Vazzano

Directores

Planeamiento

Dr. Ignacio Szapira

Actividades Programáticas

Dr. Carlos Peruzzetto

Hacienda

Lic. Roberto Ortiz

Científico

Dr. Julio Domínguez

Técnico

Dr. Juan Carlos Linares

Prensa

Dr. Juan Carlos Pusseto

Jurídico

Dr. Ernesto Badi

Enfermería

Lic. Albertina González

Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad en la Atención Médica

Comisión Directiva

Presidente

Dr. Héctor Vazzano. **FECLIBA**

Vicepresidente

Dr. Juan Pussetto. **FEMEBA**

Secretario

Dr. Héctor Ralli. **FEMECON**

Tesorero

Dr. Julio Domínguez. **ACLIFE**

Vocal 1º

Dr. Oscar Ojea. **AMP**

Vocal 2º

Dr. Horacio Rumbo. **ACLIBA I**

Vocal 3º

Dr. Gustavo Mammoni. **FECLIBA D I**

Vocal 4º

Dr. Jorge Lloves. **FECLIBA D II**

Vocales suplentes:

Vocal 1º

Dr. Carlos Peruzzetto. **FABA**

Vocal 2º

Dr. José Lago. **FEMECON**

Vocal 3º

Dr. Roberto Dávila. **FEMEBA**

Vocal 4º

Dr. Enrique Mules. **AMP**

Comisión Revisora de Cuentas

Titulares

Dr. Enrique Triaca. **FECLIBA**

Dra. Blanca Ferraresi. **FECLIBA**

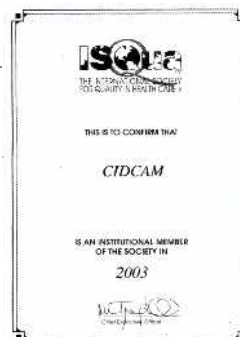
Dr. Norberto Cabutti. **FABA**

Suplentes

Dr. José Barán. **AMP**

Dr. Jorge Ochoa. **FEMEBA**

Dr. Jorge Manfredi



Por sugerencias contáctenos

Tel/Fax: 54 (221) 423 5755

e mail: cidcam@inus.com.ar

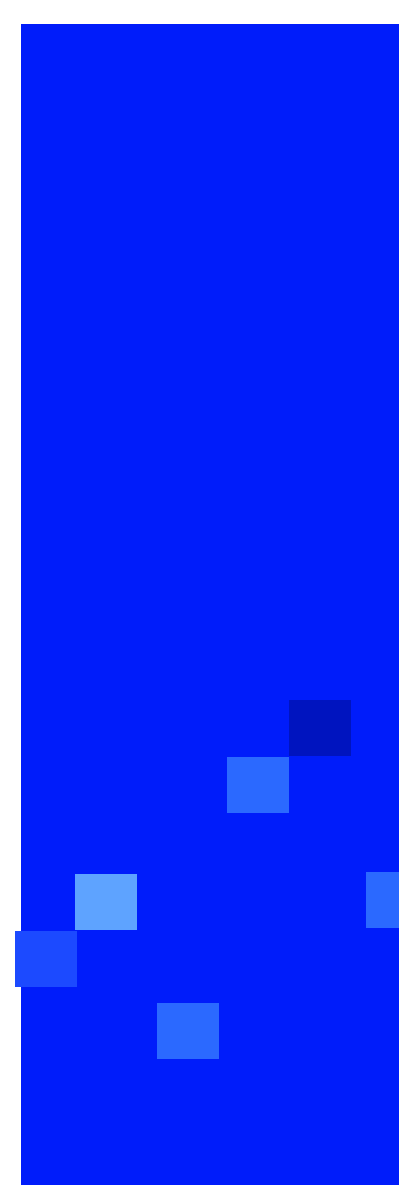
Calle 60 y 120 - La Plata

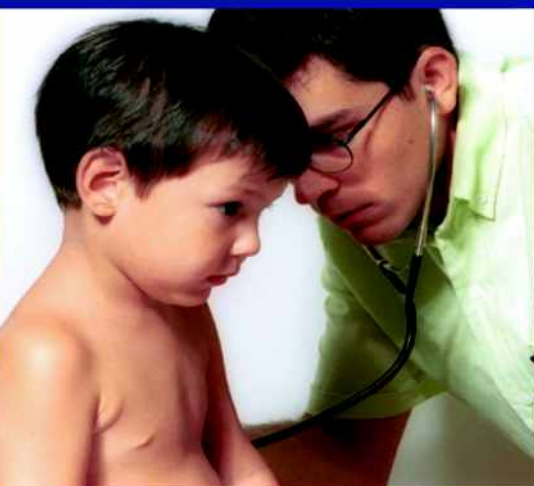
Fac. De Cs. Médicas, UNLP

Ed. De la Biblioteca 1e.Piso.

Buenos Aires

Argentina





Excelencia en Alta Complejidad

Máximo Nivel de Cobertura en todas las Prestaciones

1.500.000 beneficiarios de:

- La Administración Pública Provincial.
- 129 municipalidades adheridas.
- Planes de adhesión voluntaria.

200 oficinas de atención.

Libre elección entre:

- 31.500 médicos.
- 7.000 odontólogos.
- 2.100 bioquímicos.
- 520 centros de internación.
- 290 centros de atención para la discapacidad.
- 430 centros de alta complejidad diagnóstica.
- 150 centros de diálisis.
- 5.200 farmacias adheridas.