



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital de Emergencias
"José Casimiro Ulloa"



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2019

ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

RM: 456-2007/MINSA

Oficina de Gestión de la Calidad
Equipo de Autoevaluadores Internos

INDICE

Nº	ÍTEM	PÁGINA
I	Introducción.....	3
II	Finalidad.....	5
III.	Objetivos.....	5
IV	Base Legal	5
V.	Ámbito de Aplicación.....	6
VI.	Contenido	7
	Metodología de la Evaluación.	
VII	Responsabilidades.....	8
VIII.	Gantt de Actividades.....	9
IX.	Anexos.-.....	10
	Equipo de Evaluadores Internos	
	Coordinadores de Macroproceso.	
X.	Bibliografía	12



I.-INTRODUCCION

La Acreditación es el proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. La condición de Acreditado se otorga por Resolución Ministerial, para llegar a acreditar es necesario haber pasado por una primera etapa de Autoevaluación que es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

La historia de la “medición” de los estándares que determinaban quién podía practicar la medicina datan del primer siglo A.C. en India y China. A partir de 1140, Italia emprende esfuerzos para licenciar a todos los médicos, y esto dio lugar posteriormente, a estándares educativos uniformes, exámenes estatales y licenciamiento en el siglo XIX. 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. Los principios de la acreditación nacen en 1916, cuando el Dr. Codman del estado de Massachusetts, establece los requisitos para la certificación del profesional médico, y la acreditación de los establecimientos de Salud. Esta propuesta se concreta en 1918, al crearse el Programa Nacional de Normalización Hospitalaria. 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 USA comenzaron a poner a prueba las filosofías industriales del Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) y de la Administración Total de la Calidad (TQM). 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 al PMC para ponerla 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. Donabedian transformó la concepción tradicional de los sistemas de salud. Gracias al conocimiento que generó, ahora entendemos que la respuesta social a los problemas de salud no es 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. En el primer consejo ejecutivo de la International Society for Quality in Health Care (ISQua) fue evidente. En 1986, con el liderazgo de Peter Reizenstein como presidente y entonces editor de la revista, la sociedad creció a través de su programa de la conferencia anual internacional y sus publicaciones. Después de un proceso internacional en el que se presentaron varias ofertas, en 1995 se decidió establecer la secretaría de la International Society for Quality in Health Care Inc. (ISQua) en Australia. Esta sociedad es una organización sin ánimo de lucro, administrada por un Consejo Ejecutivo, que se elige cada dos años. Los miembros regulares del Consejo son de Norteamérica, Europa y de la región de Asia y el Pacífico.

Hoy en día, países como Nueva Zelandia, Japón, Francia, Sudáfrica, Finlandia, Malasia y Argentina, entre otros, han estructurado e implementado sistemas de evaluación y acreditación en salud.



La acreditación en salud es una metodología de evaluación externa, establecida y reconocida desde hace casi 50 años en Norteamérica, específicamente diseñada para el sector salud, realizada generalmente por una organización no gubernamental, que permite asegurar la entrega de servicios de salud seguros y de alta calidad. Se basa en requisitos de procesos de atención en salud, orientados a resultados y se desarrolla por profesionales de salud que son pares o contrapartes del personal de las entidades que desean acreditarse y de reconocimiento público en el ámbito nacional e internacional, con efectos de mejoramiento de calidad demostrados.

Los estándares de acreditación han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo de la calidad y, por ende, se ajustan periódicamente.

El objetivo de la Acreditación, además de incentivar el manejo de las buenas prácticas, es afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar decisiones basadas en los resultados de la Acreditación y decidir libremente si deben permanecer o trasladarse a otras entidades del sistema que también estén acreditadas.



II.-FINALIDAD.-

El Ministerio de salud a través de la Dirección de Calidad en Salud, ha desarrollado una propuesta técnica de acreditación de servicios de salud para el Perú, la cual ha sido validada con todos los subsectores prestadores del sistema de salud y oficializada como norma técnica mediante la resolución Ministerial 456-2007 MINSa el 04 de junio del 2007.

La necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud hace necesario disponer de un sistema permanente de evaluación de estándares de estructura, proceso y resultado; los mismos que servirán de base para el mejoramiento continuo planteado en todos los esquemas de calidad.

La acreditación no tiene por función clausurar establecimientos, ni otorgar licencias para su apertura (habilitación), ni la categorización de éstas funciones que competen a la autoridad de salud del nivel nacional o regional.

Es de señalar, que la acreditación no garantiza, por si misma, la calidad de los servicios, ya que ésta se limita a constatar, si las condiciones de estructura, proceso y resultados son compatibles con niveles aceptables de calidad.

Asimismo, la acreditación, no reemplaza otras modalidades empleadas para garantizar la calidad de atención como son los círculos de calidad, la auditoría médica, los conversatorios clínicos-patológicos, los comités de mortalidad o de infecciones, entre otros.

III. - OBJETIVOS.

-OBJETIVO GENERAL.

Contribuir a garantizar que el Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” cuenta con capacidad para brindar prestaciones de calidad mediante el cumplimiento de estándares nacionales definidos para establecimientos de Categoría III-E orientados a maximizar la satisfacción de los usuarios.



-OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Realizar la autoevaluación de los estándares de acreditación definidos por el Minsa para establecimientos de Categoría III-E en el Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”.
2. Desarrollar acciones de mejoramiento continuo de la calidad para el cumplimiento de los criterios y estándares de Acreditación.

IV.-BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, se aprobó la “Ley General de Salud”.
3. Ley N° 27815, se aprobó la “Ley del Código de Ética de la Función Pública”.
4. Decreto Legislativo N°1161, se aprobó la “Ley de Organización y Funciones del MINSA”.
5. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprobó el “Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
6. Resolución Ministerial N° 456-2007/ MINSA, se aprobó la “Norma técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
7. Resolución Ministerial N° 270-2009 MINSA, se aprobó la “Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
8. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el “Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.
9. Resolución Ministerial 589-2007/MINSA, se aprobó el “Plan Nacional Concertado de Salud”.
10. Resolución Ministerial N° 767-2006 /MINSA, se aprobó el “Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”.
11. Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, se aprobó el “Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud”.
12. Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, se aprobó las “Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”.



13. Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA, se aprobó el “Manual para la mejora continua de la calidad”.
14. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el “Documento Técnico: “Política Nacional de Calidad en Salud”.
15. Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, se aprobó la NTS N° 021-MINSA “Categoría de Establecimiento de Sector Salud”
16. Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA, se aprobó la NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud de Servicios de Emergencias”.
17. Resolución Directoral N°091-2012-DG-HEJCU, se aprobó el “Manual de Organización y Funciones del HEJCU”.
18. Resolución Directoral N°341-2011-DG-HEJCU, se aprobó el “Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad”.
19. Resolución Directoral N°244-2012-DG-HEJCU, se aprobó el “Comité Técnico de Calidad y Seguridad del Paciente en la Atención de Salud en el HEJCU”.
20. Resolución Directoral N°123-2013-DG-HEJCU, se aprobó conformar el Equipo de Autoevaluadores 2013.
21. Resolución Directoral N°122-2014-DG-HEJCU, se aprobó conformar el Equipo de Autoevaluadores 2014.
22. Resolución Directoral N°110-2015-DG-HEJCU, se aprobó conformar el “Equipo de Autoevaluadores 2015.
23. Resolución Directoral N°142 -2016-DG-HEJCU, se aprobó conformar el “Equipo de Autoevaluadores 2016.
24. Resolución Directoral N° 195-2016-DG/HEJCU, se aprobó el Plan de Autoevaluación 2016 del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa
25. Resolución Directoral N° 062 -2017-DG-HEJCU, se actualizó el “Equipo de Autoevaluadores 2017.
26. Resolución Directoral N° 080-2018 se actualizó la conformación del “Equipo de Autoevaluadores 2018.
27. Resolución Directoral N° 114-2019 se actualizó la conformación del “Equipo de Autoevaluadores 2019.



V. -ÁMBITO DE APLICACIÓN.-

El Plan para la Autoevaluación, es de aplicación en todos los Departamentos, Servicios y Oficinas del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”.

VI.- CONTENIDO.

METODOLOGIA DE EVALUACION.

Los estándares e indicadores identificados para la acreditación, deben considerar: la verificación de los datos más representativos de la calidad existente, sin que esto signifique una búsqueda documentaria exhaustiva; la constatación de ciertos eventos e información que permitan suponer condiciones de calidad. Los estándares deben procurar evaluar aspectos de estructura proceso y resultados, así como prever distintos grados de satisfacción, con el fin de abarcar el amplio espectro de la oferta de servicios existentes.

Los resultados obtenidos de ésta evaluación, son comparados con estándares o indicadores previamente definidos, para posteriormente, emitir un juicio final: si el establecimiento acredita o no.

La acreditación lleva implícito un proceso de evaluación de estructura, proceso y resultados, de cada uno de los servicios que integran el establecimiento de salud.

Evaluar la estructura del sistema hospitalario en la producción de actividades, se fundamenta en que la existencia de buenas condiciones estructurales previas, incrementa las probabilidades de que se obtenga un proceso apropiado y un resultado favorable. Es decir la calidad puede verse afectada por la disponibilidad

La evaluación del proceso, comprende el reconocimiento de problemas en la aplicación de métodos de diagnóstico, tratamiento, manejo clínico y/o quirúrgico, etc. Si el personal de salud realiza lo correcto en el proceso de producción de actividades, es más probable que el resultado de la atención prestada tenga mayor efecto.

La evaluación del resultado, se orienta a identificar y medir los cambios en el estado de salud individual y colectiva, que puedan atribuirse a la atención recibida, considerando la satisfacción del usuario.



La metodología a ser empleada será:

- Reunión Informativa por Departamento/Servicio/Área
- Evaluación en campo: un día predeterminado. Para ello se presentarán con los instrumentos necesarios: manual del Autoevaluador, se elevará acta de evaluación con acta de apertura y de cierre para recomendaciones finales.
- OBSERVACIÓN “in situ” de estructura física, equipos, instalaciones, etc.
- REVISIÓN DOCUMENTARIA: certificados, historias clínicas, normas, legajos, formularios, archivos, contratos, resultados de programas, etc.
- ENTREVISTA: Directores, jefes, personal asistencial, personal técnico, personal de servicios y mantenimiento, etc.
- REUNIÓN TÉCNICA: Comité Control de infecciones, comité de bioética, comité de Historias clínicas, comité de mejora continua, etc.
- La fuente de verificación a ser empleada viene predeterminada en la guía técnica del Evaluador según macro proceso a ser evaluado
- Se empleará la Hoja de Registro para la Autoevaluación
- Elaboración de Proyecto/Actividad de Mejora por departamento / jefatura / área.
- Reunión Informativa: al final de la evaluación con una autoridad de la Oficina o departamento involucrado.

VII.- RESPONSABILIDADES: La responsabilidad de ejecución del plan, es de la Oficina de Gestión de la Calidad.



IX.- ANEXOS – EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS (Resolución Directoral N°114 -2019 –DG-HEJCU).

Nº	AUTOEVALUADO	UNIDAD ORGANICA
01	Edith Lady Rea Godoy	Departamento de Diagnostico por Imágenes
02	Dra. Najda Paola Málaga Guerra	Departamento de Anestesiología
03	Dr. Pablo Gerardo Arredondo Manrique	Departamento de Cirugía
04	Abg. Rene Camilla Teniente	Oficina de Personal
05	Dra. Paola Palacios Quintana	Departamento de Traumatología
06	Dr. Oscar Roca Valencia	Departamento de Patología Clínica
07	Dr. Miguel Augusto Carrión Moncayo	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
08	Dra. Martha Aguirre Coronado	Departamento de Medicina
09	Lic. Lourdes Lila Pacheco Medina	Departamento de Enfermería
10	Lic. Miriam Pilar Valencia Cevasco	Departamento de Enfermería
11	Ing. Angélica María Lazo Cruz	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
12	Sra. Flor de María Martínez Padilla	Oficina de Comunicaciones
13	Dra. Sonia Elvira Escudero Vidal	Oficina de Calidad
14	Tec. Adm. Nelly María del Rosario Montero Aguilar	Oficina de Calidad
15	Lic. Paulo Cesar Arias de la Torre	Departamento de Nutrición



2.- CRONOGRAMA DETALLADO POR MACROPROCESO DE AUTOEVALUACIÓN 2019

Fecha de Evaluación	M P N o	Macro proceso	Responsable de Macro Proceso - HEJCU	Departamento / Oficina	Evaluadores Internos
Jueves 01/08	1	Direccionamiento	CPC. Julio César Carrasco Feliciano	Director Oficina Planeamiento y Presupuesto	Dr. Oscar Roca Valencia; Tec. Nelly María del Rosario Montero Aguilar
Viernes 02/08	2	Gestión de Recursos Humanos	Lic. Roberto Ysaac Villanueva Fuentes Rivera	Jefe Oficina de Personal	Sra. Flor de María Martínez Padilla
Lunes 05/08	3	Gestión de la Calidad	Dra. Sonia Elvira Escudero Vidal	Jefe Oficina de Gestión de la Calidad	Lic. Miriam Valencia Cevasco Dra. Paola Palacios Quintana
Martes 06/08	4	Manejo del Riesgo de Atención	Lic. Cecilia Margarita Hurtado Colfer	Jefe Dpto. Enfermería	Dr. Miguel Carrión. Dra. Martha Aguirre Coronado
Miércoles 07/08	5	Emergencias y Desastres	MC. Ada Margarita Andia Argote	Jefe del Departamento de Medicina.	Lic. Lourdes Pacheco Medina.
Jueves 08/08	6	Control de la Gestión y Prestación	Dra. Iris Violeta Dávila Ildefonso	Jefe del Departamento Patología Clínica	Dr. Miguel Augusto Carrión Moncayo Ing. Angélica Lazo Cruz
Viernes 09/08	7	Atención Ambulatoria	Dr. Jaime Vásquez Yzaguirre	Jefe del Departamento de Traumatología	Lic. Miriam Valencia Cevasco Dra. Martha Aguirre Coronado
Lunes 12/08	9	Atención de Hospitalización	Dr. Raúl Hinojosa Castillo	Jefe del Departamento de Cirugía.	Lic. Lourdes Pacheco Medina Dra. Martha Aguirre Coronado.
Martes 13 /08	10	MC. Ada Margarita Andia Argote	MC. Ada Margarita Andia Argote	Jefe del Departamento de Medicina	Dra. Paola Palacios Quintana. Tec. Nelly María del Rosario Montero Aguilar
Miércoles 14/08	11	Atención Quirúrgica	Dr. Miguel Humberto Anduaga Muñoz	Jefe del Departamento de Anestesiología	Dra. Sonia Elvira Escudero V.



Jueves 15/08	1 2	Docencia e Investigación	Dr. Raúl Hinojosa Castillo	Jefe Oficina Apoyo a la Docencia e Investigación	Lic. Paulo Arias de la Torre Tec. Nelly María del Rosario Montero Aguilar
Viernes 16/08	1 3	Apoyo Diagnóstico y tratamiento	Dra. Madeleyne Rebeca Panca Bejar	Jefe del Departamento Diagnóstico por Imágenes	Dra. Nadja Paola Málaga
Lunes 19/08	1 4	Admisión y Alta	Lic. Violeta Nery Dávila Peña	Jefe Oficina de Estadística Informática	Dra. Paola Palacios Quintana.
Martes 20/08	1 5	Referencia y Contrarreferencia	Dr. Marcos Alberto Cueva Pereyra	Jefe de la Oficina de Seguros	Dra. Sonia Elvira Escudero Vidal
Miércoles 21/08	1 6	Gestión de Medicamentos	Q.F. Martha Angélica Solar Magno	Jefe del Departamento de Farmacia	Lic. Lourdes Pacheco Medina.
Jueves 22/08	1 7	Gestión de la Información	Sra. Flor de María V. Martínez Padilla	Jefe Oficina de Comunicacion es	.Abog. Rene Camilla
Viernes 23/08	1 8	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y esterilización	Lic. Cecilia Margarita Hurtado Colfer	Jefe del Departamento de Enfermería	Dr. Miguel Augusto Carrión Moncayo Ing. Angélica Lazo Cruz
Lunes 26/08	1 9	Manejo del Riesgo Social	Lic. Martina Amalia Campuzano Ballarta	Jefe del Departamento de Servicio Social	Dra. Sonia Elvira Escudero Vidal
Lunes 27/08	2 0	Manejo de Nutrición	Lic. Nutrición Paulo Arias de la Torre	Jefe del Departamento de Nutrición	Dra. Martha Aguirre Coronado
Martes 28/08	2 1	Gestión de Insumos y Materiales	CPC. José Luis Mendoza Carrillo	Jefe Oficina de Logística	Dr. Arredondo Manrique Pablo Gerardo
Miércoles 29/08	2 2	Gestión de Equipos e Infraestructura	Ing. Jorge Vidal Leyva Vílchez	Jefe Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento	Ing. Angélica Lazo Cruz Srta. Edith Lady Rea Godoy



X.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Affeldt J.E., Shanahan M. La acreditación voluntaria en Estados Unidos: una perspectiva del control de calidad. *Control de Calidad Asistencial*. (1987) 2: 41-5.
- 2.-Altman, S. "Accreditation as a means to improve healthcare". Disponible en: www.jcrinc.com
- 3.-Arce, H. 1999. Accreditation: the Argentine experience in the Latin American region. *International Society for Quality in Health Care*. Oxford University Press.
- 4.-Arce, H. 2000. Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en la Argentina. En: *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia*. Vol. I. Titelman, D.; Uthoff, A (eds). FCE-CEPAL. Santiago.
- 5.- Arce. H. 1995. Acreditación de establecimientos de salud. En: *Revista ITAES*, N° 2, Junio. V.1.6.-Ashton, J. 2002. Acreditación y concesión de licencias. Exposición del Foro Regional LACRSS. *La Nueva Agenda de la Reforma del Sector Salud*. Disponible en: <http://www.lachsr.org/static/>
- 7.- Borja, A. 2004. Resumen histórico del proceso de acreditación de servicios de salud en el Perú. Documento técnico del Ministerio de Salud del Perú.
- 8.- Carbajal, R., et al. Análisis del objeto y proceso de acreditación en el país desde los grupos de interés. *Material de Consultoría al MINSA*. 2003.
- 9.- Carboni, H.R. 2004. "Principales orientaciones de algunos modelos de acreditación que hoy se usan en el mundo". *Salud y Futuro*. Santiago de Chile.
- 10.-Centro de Gestión Hospitalaria. 2000. "Acreditación en Salud: aprendiendo de la experiencia mundial". Bogotá.
- 11.- Consejo Nacional de Descentralización. 2005. *Plan de Transferencias Sectorial, quinquenio 2005-2009*. Lima.
- 12.- Cosavalente, O.; et al. 2004. *La acreditación en seis países industrializados*. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
- 13.- Cosavalente, O.; et al. 2004. *Reino Unido: el paradigma de un sistema de salud*. Texto académico, disponible en Biblioteca de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
- 14.- Finot, Iván; 2001; *Descentralización en América Latina: teoría y práctica*. Santiago de Chile, ILPES, CEPAL



- 15.- Gómez de León, P.; Pinto, D.; Incentivos para calidad en salud. En: Revista Vía Salud, tercer trimestre 2001. Bogotá.
- 16.- Hafez, N.A.; Busse, R.; Harding, A. 2003. Regulation of Health Services. En: April Harding, Alexander
- 17.-S. Prever (eds.). Private Participation in Health Services. World Bank. Washington.
- 18.- Hayes, J.; Shaw, C. 1995. Implementación del Sistema de Acreditación. En: Revista ITAES, N° 3, vol.2, p. 14-17
- 19.- Herrero, F.; Durán, F.; 2001. "El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica". CEPAL. Santiago de Chile.
- 20.- Huamán, N. et al. 2003. Acreditación en salud: Revisión de las experiencias nacionales e internacionales.
- 21.-DECS-MINSA. I Huamán, N. et al. 2003. Elementos para la definición y priorización del objeto de la acreditación en salud. DECS-MINSA.
- 22.-ISQUA; 2004. "Toolkit for accreditation programs". International Society for Quality in Health Care. Australia.
- 23.- JCAHO. 2006. A certification Programm for Health Care Staffing Firms.
- 24.- Ministerio de Salud del Perú. 1996. R.M. N° 511-96-SA/DM, que aprueba el "Manual de Acreditación de Hospitales", Lima.
- 25.- Ministerio de Salud del Perú. 1996. R.M. N° 673-96-SA/DM, que aprueba la "Guía para la aplicación del Manual de Acreditación de Hospitales", Lima.
- 26.- Ministerio de Salud del Perú. 1998. R.M. N° 261-98-SA/DM, que aprueba las Normas y Procedimientos para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", Lima.
- 27.- Ministerio de Salud de Colombia. 2000. Informe final de revisión de experiencias internacionales. Proyecto: Evaluación y Ajuste de los Procesos, Estrategias y Organismos Encargados de la Operación del Sistema de Garantía de Calidad para las Instituciones de Prestación de Servicios. Elaborado por el Consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria – Canadian Council on Health Services Accreditation – QUALIMED.
- 28.- MINSA-DECS. 2003. Reunión Técnica, Acreditación en el Perú: Contexto actual y perspectivas. Lima
- 29.-Montagu Dominic; 2003. "Accreditation and other external quality assessment systems for healthcare". DFID, Health Systems Resource Centre.



- 30.-Orjuela de Deeb, N.; Kerguelén, C.; Camacho, M.; Acreditación en salud: el camino hacia el mejoramiento de la calidad. En: Revista Vía Salud, tercer trimestre 2001. Bogotá.
- 31.- Paganini, J.M.; De Moraes, N. H.; 1992. "La Garantía de la Calidad. Acreditación de Hospitales para América Latina y El Caribe". OPS. Washington.
- 32.-Restrepo, R. F. Acreditación. Mayo 2002. Texto Académico para la Pontificia Universidad Javeriana.
- 33.- Shaw Charles. 2001. National accreditation programmes in Europe. CASPE Research, London.
- 34.- Suñol, R.; Baneres, J.; Origen, evolución y características de los programas de la Gestión de la Calidad en los servicios de salud. 2002. En: Evaluación y Mejora de la Calidad de los Servicios de Salud, Texto Académico para la Pontificia Universidad Javeriana, Raúl Francisco Restrepo. Bogotá.
- 35.-Suñol, R.; Humet, C. 2002. "Garantía de calidad y acreditación en España". Informe SESPAS 2002. Invertir para la Salud. Prioridades en Salud Pública. Disponible en: <http://www.sespas.es/informe2002/cap22.pdf>. Bajado el 09 de enero de 2006.
- 36.-Taylor, B.; Análisis circunstancial y el Plan de Trabajo de alto nivel para el área de calidad del Programa de Acreditación en Perú. Documento de proyecto. CCSHA. Lima, 2003.
- 37.- Ugarte, O. 2004. Exposición "Descentralización en Salud: Mapa Concertado de Competencias en Salud. Lima.