



SISTEMA CUBANO DE ACREDITACIÓN DE INSTITUCIONES DE SALUD



PUBLICACIONES INSTITUCIONALES



SISTEMA CUBANO
DE
ACREDITACIÓN
DE INSTITUCIONES DE SALUD





SISTEMA CUBANO DE **ACREDITACIÓN** DE INSTITUCIONES DE SALUD



PUBLICACIONES INSTITUCIONALES

La Habana • 2025

Catalogación de la Editorial Ciencias Médicas

Cuba. Ministerio de Salud Pública. Sistema cubano de acreditación de instituciones de salud / Yoerquis Mejías Sánchez, Ileana del Rosario Morales Suárez, Lázaro Luis Hernández Vergel... [et al.];--- La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2025.

39 p.: il. (Colección Publicaciones Institucionales)

-

-

Acreditación de Instituciones de Salud, Sistemas Nacionales de Salud, Estándares de Referencia, Estudios de Evaluación como Asunto, Políticas de Salud, Cuba

-

W 26

Cómo citar esta obra:

Ministerio de Salud Pública (CUB), Mejías Sánchez Y, Morales Suárez IR, Hernández Vergel LL, et al. Sistema cubano de acreditación de instituciones de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2025. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/sistema-cubano-de-acreditacion-de-instituciones-de-salud/>

Edición: Lic. Patricia Lisette George de Armas

Diseño de cubierta e interiores: Téc. Yalier Pérez Marín

Maquetación: Téc. Amarelis González La O

Sobre la presente edición:

© MINSAP, 2025

© Editorial Ciencias Médicas, 2025



Esta obra se difunde bajo una licencia Creative Commons de Atribución No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). Usted es libre de copiar, compartir, distribuir, exhibir o implementar sin permiso, salvo con las siguientes condiciones: reconocer a sus autores (atribución), no usar la obra de manera comercial (no comercial) y, si produce obras derivadas, mantener la misma licencia que el original (compartir igual). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

ISBN 978-959-316-197-8 (PDF)

ISBN 978-959-316-196-1 (EPUB)

Editorial Ciencias Médicas

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

Calle 23, núm. 654, entre D y E, El Vedado

La Habana, CP: 10400, Cuba

Teléfono: +53 7836 1893

ecimed@infomed.sld.cu

www.ecimed.sld.cu

AUTORÍA

Autores principales

Yoerquis Mejías Sánchez

Doctor en Ciencias de la Educación Médica. Máster en Educación Médica. Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de II Grado en Pediatría. Profesor e Investigador Titular. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Escuela Nacional de Salud Pública. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Ileana del Rosario Morales Suárez

Máster en Salud Pública. Especialista de II Grado en Organización y Administración de Salud. Especialista de I Grado en Anatomía Humana. Profesor Auxiliar. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Escuela Nacional de Salud Pública. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Lázaro Luis Hernández Vergel

Doctor en Ciencias de la Enfermería. Máster en Atención Primaria de Salud. Licenciado en Enfermería. Profesor Titular. Clínica Central Cira García. Facultad de Enfermería Lidia Doce. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

<https://orcid.org/0000-0002-0718-5509>

Autores

Reinol Delfín García Moreiro

Doctor en Ciencias de la Salud. Máster en Salud Pública. Especialista de II Grado en Organización y Administración de Salud. Especialista de II Grado en Cirugía Plástica y Caumatología. Profesor e Investigador Titular. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Gonzalo Catalino Estévez Torres

Máster en Salud Ambiental. Especialista de I Grado en Higiene General.

Profesor Auxiliar. Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras.

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Mariela Forrellat Barrios

Máster en Bioquímica de la Nutrición. Licenciada en Bioquímica.

Profesor e Investigador Auxiliar. Instituto de Hematología e Inmunología.

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

<https://orcid.org/0000-0002-1590-9191>

Carlos Agustín León Román

Doctor en Ciencias de la Salud. Máster en Ciencias de la Enfermería.

Licenciado en Enfermería. Profesor e Investigador Titular. Hospital

Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. Universidad de Ciencias

Médicas de La Habana.

<https://orcid.org/0000-0002-9230-4938>

Luis León Soteras

Máster en Higiene Social y Organización de Salud. Especialista de

II Grado en Organización y Administración de Salud. Hospital Clínico

Quirúrgico Hermanos Ameijeiras.

Amauri de Jesús Miranda Guerra

Máster en Atención Primaria de Salud. Especialista de I Grado en Me-

dicina General Integral. Profesor Auxiliar. Instituto de Ciencias Básicas

y Preclínicas Victoria de Girón. Universidad de Ciencias Médicas de

La Habana.

<https://orcid.org/0000-0001-5386-2091>

Sandra Álvarez Guerra

Doctor en Ciencias Farmacéuticas. Máster en Farmacia Clínica.

Licenciada en Farmacia. Profesor e Investigador Titular. Centro

Coordinador de Ensayos Clínicos. Universidad de Ciencias Médicas de

La Habana.

Jorge Félix Rodríguez Hernández

Máster en Medicina Tradicional y Natural. Especialista de II Grado en Organización y Administración de Salud y en Medicina Natural y Tradicional. Especialista de I Grado en Reumatología. Profesor e Investigador Auxiliar. Escuela Nacional de Salud Pública. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

<https://orcid.org/0000-0001-5327-6527>

Elena Povea Alfonso

Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de II Grado en Pediatría. Profesor Auxiliar e Investigador Agregado. Hospital Pediátrico Docente William Soler Ledea. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Yamiris Deus Montes

Máster en Atención Primaria de Salud. Licenciada en Enfermería. Profesor Asistente. Empresa comercializadora de Servicios Médicos Cubanos. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Mariela García Jordán

Máster en Salud Pública. Doctora en Estomatología. Especialista de II Grado en Estomatología General Integral. Profesor e Investigador Auxiliar. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Colaboradores

Moisés Santos Peña

Maritza Sosa Rosales

Cristina Valdivia Onega

Miguel Olivares Fornaris

Ana Margarita Toledo Fernández[†]

Mariela Guzmán Vázquez

Alfredo González Lorenzo

Dagmara Cejas Bernet

Fernando Trujillo Sánchez

Ailuj Casanova Barreto

Yagén Pomares Pérez
Aldo Muñoz. Hernández
Anahy Velázquez Aznar
Rubén García López Villavicencio
Ivonne Rojas Remedios
Aliesky Jesús González Hernández
Rosa Edilia García Junco
Aleski Fernández Vidal
María Ester Gainza Cisneros
Joaquín Hernández Reyes
María Victoria Norabuena Canal
Odalis Bravo Téllez
Nilda Roca Menéndez
Mislenis Pérez de la Rosa

Asesores

José Angel Portal Miranda
Tania Margarita Cruz Hernández
Carilda García Peña
Luis Fernando Navarro Martínez
Armando Piloto Carvajal
Pastor Castell Florit Serrate

PRÓLOGO

La calidad y la seguridad de los servicios de salud son exigencias fundamentales y prioridades indiscutibles para el funcionamiento de los sistemas sanitarios actuales. Ambos, son elementos esenciales para impulsar y respaldar procesos de mejora continua que, en diferentes ámbitos, se implementan con el propósito de avanzar en la consolidación de una atención de excelencia.

Teniendo en cuenta esa realidad, la acreditación de instituciones de salud constituye un mecanismo clave para asegurar el cumplimiento de estándares rigurosos, al tiempo que fortalece la confianza de los ciudadanos y promueve una gestión más eficaz y transparente.

El Sistema Cubano de Acreditación de Instituciones de Salud se erige como un modelo sólido, diseñado para evaluar y acreditar la calidad de los servicios que se brindan en los tres niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, a partir de un sistema estructurado de evaluación, que responde a las políticas nacionales y al marco normativo vigente. A través de criterios objetivos y procedimientos meticulosos; contribuye a la estructuración de servicios seguros y eficaces, garantizando la mejora continua de la atención sanitaria.

La presente obra, desarrollada por prestigiosos profesionales cubanos con una amplia trayectoria en atención médica, docencia, investigación y gestión sanitaria, representa un hito en el desarrollo de herramientas metodológicas para la autoevaluación, la evaluación y la implementación de procesos de acreditación de instituciones sanitarias en Cuba.

En sus páginas, los lectores encontrarán una visión integral de la acreditación en salud, que abarca, desde sus fundamentos teóricos hasta su aplicación práctica en hospitales, policlínicos y servicios estomatológicos; dispone, además, de los componentes esenciales del sistema, así como los detalles de los manuales específicos para cada tipo de institución, convirtiéndose en una referencia indispensable para directivos y auditores del sector de la salud.

El rigor con el que se han diseñado el libro, los manuales y sus estándares, es testimonio del compromiso de sus autores con la calidad, consolidando así un instrumento indispensable para auditores, gestores y miembros de la Junta Nacional de Acreditación de Instituciones de Salud (Junas).

Es importante resaltar, que la acreditación no solo se centra en el cumplimiento de estándares mínimos, sino que busca fomentar una cultura organizacional

orientada a la excelencia. Es por ello que, a través de un proceso estructurado de autoevaluación y auditoría externa, las instituciones de salud pueden identificar sus fortalezas y oportunidades de mejora, optimizando la seguridad del paciente y la eficacia en la prestación de servicios.

Asimismo, este libro servirá como un recurso fundamental para la Junas, consolidando criterios homogéneos y permitiendo la implementación efectiva de procedimientos de auditorías. Su contenido facilitará la toma de decisiones basada en evidencia, respaldando un sistema de salud más robusto y confiable.

Estoy convencido de que esta obra se convertirá en una herramienta imprescindible para la gestión de calidad en salud en Cuba y servirá de referencia a otros países que buscan fortalecer sus modelos de acreditación. Su lectura no solo permitirá a los profesionales comprender el proceso de acreditación, sino que también los motivará a adoptar una visión estratégica de mejora constante, asegurando servicios que respondan a las expectativas y necesidades de la población.

Aspiro a que este libro, más que un compendio de conocimientos, sea un llamado a la acción para todos aquellos comprometidos con la excelencia en salud en Cuba; que su lectura y uso, inspiren y motiven a seguir perfeccionando los servicios sanitarios, con la certeza de que la calidad no es un destino, sino un camino en constante evolución y consolidación, con el propósito de lograr una atención sanitaria de calidad, segura y accesible para todos.

Dr.C. José Angel Portal Miranda
Ministro de Salud Pública
República de Cuba

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Capítulo I. La acreditación en salud/ 1

Definición, principios y ejes/1

Evolución y actualidad en el contexto internacional/ 2

Evolución y actualidad en Cuba/ 8

Capítulo II. Componentes del sistema cubano de acreditación de instituciones de salud/12

Procedimiento de la Junas/ 13

Procedimiento del proceso de la acreditación institucional en salud/ 18

Capítulo III. Generalidades de los manuales de acreditación/ 25

Manual de acreditación de hospitales/ 25

Manual de acreditación de policlínicos/ 26

Manual de acreditación de los servicios estomatológicos/ 28

Referencias bibliográficas/ 31

Bibliografía consultada/ 38

CAPÍTULO I

La acreditación en salud

Yoerquis Mejías Sánchez

Definición, principios y ejes

La acreditación, como herramienta para la gestión y evaluación de la calidad, ha atraído el interés de los sistemas de salud a nivel mundial. Se considera que la acreditación en salud es una metodología voluntaria de mejoramiento continuo de la calidad de la atención y la seguridad en las organizaciones sanitarias.^(1, 2, 3) Consiste en un proceso periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados, a través de estándares diseñados en correspondencia con el contexto nacional e internacional, óptimos, factibles de alcanzar, enfocados en el usuario, aplicables a las instituciones, como un conjunto integral y previamente conocido por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función, que generalmente es independiente de las organizaciones sanitarias.⁽¹⁻³⁾

La acreditación en salud promueve la optimización de los servicios y recursos, la accesibilidad y la atención oportuna con calidad y seguridad, confianza, reconocimiento público, imagen, credibilidad, competitividad y reducción de costos.^(1,4) La acreditación genera valor e impregna a los colectivos laborales de sentido de pertenencia y profesionalidad. La satisfacción de los usuarios deviene como una expresión esencial de la calidad percibida, que debe acompañarse de la calidad técnica, que puede evidenciarse mediante la acreditación.

Los principios de la acreditación en salud son la confidencialidad, la gradualidad y la eficiencia, así como el desarrollo de estándares, su medición, la gestión del riesgo y la seguridad, la evaluación de la capacidad y desempeño de las organizaciones de salud, la atención centrada en la persona, la continuidad de la atención, el monitoreo de los procesos y la mejora.^(4, 5, 6) A su vez, los modelos de acreditación suelen desarrollarse

basado en ejes, como la seguridad del paciente, la humanización de la atención, la gestión de la tecnología, además del enfoque y la gestión del riesgo.^(4, 5)

Para la ejecución de los procesos de acreditación se establecen procedimientos que incluyen la preparación, autoevaluación, solicitud, evaluación externa y la mejora continua,^(2, 6) con actividades antes de la evaluación, durante la evaluación y después de la evaluación.⁽¹⁾ Algunos autores le denominan ciclo de la ruta crítica e incluye a las reclamaciones como parte de la norma.⁽⁷⁾

Como regularidad, se plantea que la acreditación es un proceso voluntario de evaluación mediante estándares, que promueve la mejora de la atención y la seguridad en las instituciones de salud, en la cual se deben mostrar impactos positivos resultantes de su aplicación al adherirse a sus principios y ejes. Los procedimientos que se aplican en el proceso de acreditación parten de la autoevaluación y continúan con el monitoreo. Se describen como ciclos de mejora que desarrollan la cultura de calidad en la organización de salud con expresión en la profesionalidad y la ética.

Evolución y actualidad en el contexto internacional

La acreditación en salud tiene sus antecedentes en el desarrollo de capacidades para ejercer la profesión. Se plantea que India y China, en el primer siglo a.c., determinan los requisitos para practicar la medicina; mientras en Italia, a partir del año 1140, se emprenden esfuerzos para establecer estándares educativos uniformes en la formación. En Nueva York, en el siglo xviii se crea una exigencia para los futuros médicos, dirigida a rendir examen y, posteriormente, en el siglo xix, se establecen normas para la licenciatura de médicos.^(8, 9, 10, 11) A inicios del siglo xx (1910) el informe de Flexner A., en Estados Unidos, expresa deficiencias en las escuelas de medicina para ejecutar un proceso de formación de calidad, y en ese sentido, se establecen estándares que originan reformas.^(9, 12)

Se considera que el primer ejercicio de acreditación en salud ocurre en 1917, con el movimiento moderno de garantía de calidad en el campo de la salud, desarrollado por el American College of Surgeons (Colegio estadounidense de cirujanos), quien compila el primer conjunto de estándares mínimos para los hospitales estadounidenses, dirigidos

a identificar, incluso a prescindir de los servicios de salud deficientes. Un año más tarde, Ward G. (1918) introduce la auditoría de las historias clínicas^(12, 13, 14) y en 1928 Ponton T. crea los comités científicos hospitalarios para evaluar el proceso de la atención. Con ello, se inicia la época del “control de calidad de la atención médica”, que se extiende a países de América y Europa.^(12, 14) En 1947, surge la Organización Internacional de Normalización (ISO), que promueve el desarrollo e implementación de normas a nivel internacional para bienes y servicios.^(9, 12)

A partir de lo anterior, se crean las bases para el surgimiento de la Agencia de Acreditación Joint Commission de EE. UU. en 1951,^(12-14, 15, 16, 17) experiencia que se extiende a Canadá con la creación en 1953 de la Agencia de Acreditación de Canadá.^(12, 15, 18, 19, 20) Actualmente, ambas con alcance internacional.

La Joint Commision Internacional (JCI), con la misión de mejorar la calidad y seguridad de la atención, es considerada como el mayor acreditador de atención médica. Colabora con más de 23 mil organizaciones y programas de atención médica en más de 70 países. Ofrece servicios de acreditación, certificación, educación, asesoramiento, tecnologías y publicaciones.⁽²¹⁾ Por su parte, la Agencia Internacional de Acreditación de Canadá ha acreditado más de 40 hospitales en Ecuador y tiene vínculos con Francia, Argentina y Chile entre otros países y organizaciones.^(22, 23)

Australia, que desde 1926 asume la experiencia estadounidense, decide implantar en 1974 su propio modelo de acreditación, a través de una organización privada no gubernamental denominada Australian Council on Health Care Standards, cuyo consejo de administración comprende representantes de su ministerio de sanidad.⁽²⁴⁾ Posee un programa de evaluación y mejora de la calidad implementado en más de 800 organizaciones de salud australianas y, en la actualidad tiene vínculos con otras agencias internacionales de acreditación, como la JCI y la Agencia Internacional de Acreditación de Canadá.⁽²³⁾

Posteriormente, surge en Estados Unidos, Planetree (1978), organización que estimula la designación institucional de la atención centrada en la persona, cuyo trabajo se ha extendido hacia regiones como Europa, África, Asia y América Latina; con representación en Alemania, Francia, Holanda, Brasil, Chile y Colombia, entre otros países.^(24, 25, 26, 27)

En la década de los años 80, se despertó el interés en los profesionales de la salud por técnicas gerenciales desarrolladas en la industria a partir de los años 60, así como por los conceptos de estructura, proceso y resultado de Donabedian A., considerado un paradigma de la evaluación de la calidad de la atención a la salud. 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, mientras que Estados Unidos comienza a poner a prueba los procesos de mejoramiento continuo de la calidad (PMC) y de la administración total de la calidad (TQM).⁽⁸⁾

Nueva Zelanda, en 1991, implanta un modelo de acreditación similar al australiano, mientras que en Asia, Japón, país especializado en la gestión de la calidad, despliega un modelo que tiene entre sus principales características el control de la calidad aplicado a todos los niveles, la educación continua para el desarrollo de la calidad, la promoción de actividades y la realización de auditorías.⁽²⁸⁾ Los “círculos de calidad” centran su actividad, fundamentalmente, en la autoevaluación y evaluación de la calidad de la atención médica. Poseen alrededor de 79 hospitales comunitarios acreditados por Council for Quality Care, que es el órgano de acreditación en salud japonés.^(28,29)

En Europa, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, desde el año 1992 implanta el Modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM),⁽³⁰⁾ que evoluciona, desde la orientación hacia la calidad del servicio o producto hasta el enfoque de gestión de la calidad total. El despliegue de este modelo se ha efectuado en cascada, desde los equipos directivos hasta los niveles más operativos. Para ello, desarrollan herramientas de autoevaluación, de gestión por procesos y ejecutan el programa de formación de líderes.⁽³⁰⁾ Por su parte, España, en colaboración con comunidades autónomas, sociedades científicas, universidades, centros de investigación y pacientes, articula un Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, para desarrollar estrategias que garanticen calidad de la atención sanitaria.⁽³¹⁾

Sudáfrica, en 1993, elabora un programa que incorpora e integra un enfoque multidisciplinario de mejora continua de la calidad, mediante Council for Health Service Accreditation of Southern Africa (COHSASA).⁽³²⁾

En el continente americano, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Federación Latinoamericana de Hospitales, en junio de 1990, establecen un acuerdo de cooperación con el objetivo de fortalecer los sistemas locales de salud (SILOS) y mejorar la calidad de la atención médica. En tal sentido, desarrollan un manual de acreditación acorde con el contexto en que se encuentran los sistemas de salud latinoamericanos y del Caribe,⁽³³⁾ a partir de lo cual se desarrollan estrategias vinculadas a este particular. Así, la acreditación en salud y los sistemas de evaluación de la calidad se extienden como una necesidad y una cultura.

Colombia, con el objetivo de promover herramientas de calidad para la mejora y para la acreditación, crea la Organización para la Excelencia de la Salud en 1991, que desarrolla estrategias de educación continua en diferentes modalidades, con contenidos que abarcan desde el marco conceptual de la calidad hasta las dirigidas a la mejora del desempeño clínico.⁽³⁴⁾ Actualmente, esta iniciativa colombiana ocupa liderazgo en la región y desarrolla eventos científicos internacionales con la participación de expertos de todo el mundo. Este propio país, en 1994, establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), el cual es aplicable para toda persona o entidad que oferte y preste servicios de salud.⁽³⁵⁾ Entre sus componentes fundamentales están: Sistema Único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, Sistema de Información para la Calidad y Sistema Único de Acreditación.⁽³⁵⁾ Este último, ejecutado por el Instituto colombiano de normas técnicas y certificación (INCONTEC), el cual, desde el año 2003, se declara como única entidad acreditadora en el país, con alcance a la salud.⁽³⁶⁾

Por su parte, en 1993, Argentina crea el Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES), que promueve la calidad, la seguridad y el respeto a los derechos del paciente, a través de la acreditación, estandarización, evaluación, investigación y capacitación.^(36, 37) En la actualidad, la acreditación en salud es desarrollada por el ITAES y por el Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud (CENAS), con diferentes alcances.⁽³⁶⁾ Los resultados de la acreditación son: acreditación plena (considerada cuando cumple todos los estándares y es válida por

tres años), acreditación transitoria (cuando no se cumplen hasta dos estándares y es válida por un año) y no acreditado.⁽³⁶⁾

Perú, en 1993, a través del Ministerio de salud, designó una comisión interinstitucional sectorial para la acreditación de hospitales (CISAH). El resultado del informe de evaluación es acreditado (con el 85 % del cumplimiento de los estándares) o no acreditado. Este último, de acuerdo con la puntuación obtenida se le programa una nueva evaluación de seis a nueve meses o se le recomienda una nueva autoevaluación.^(36, 38, 39)

Brasil tiene implementada la Organización Nacional de Acreditación (ONA) desde 1998, con estándares y requisitos de estructura, proceso y resultado. Otorga tres niveles de acreditación con un mínimo de cumplimiento del 70 %.^(36, 40)

México, en el 2004, declara la acreditación obligatoria para el Sistema de Protección Social en Salud, además, desde el 2007, se desarrolla la implementación y consolidación del Sistema Integral de Calidad y Seguridad del Paciente (SICALIDAD), cuyo compromiso es la mejora continua en la prestación de servicios de salud, además de impulsar diversas acciones y programas desde la perspectiva de la calidad percibida, la calidad técnica, seguridad del paciente y la institucionalización de la calidad.^(36, 41, 42) El Programa SICALIDAD es conducido por la Dirección General de Calidad y Educación de la Secretaría de Salud mexicana.⁽³⁶⁾

Chile, en el 2005, establece el sistema de acreditación en salud para el cumplimiento de la garantía de la calidad como un mecanismo de evaluación de la calidad, para mejorar la atención en salud, la satisfacción de los usuarios y el acceso y control de los costos. El informe de evaluación arroja los siguientes resultados: acreditado, acreditado con observaciones o no acreditado.^(36, 43)

Por su parte, la Sociedad Internacional para la Calidad de la Atención en Salud (ISQua), desde 1995, inicialmente radicada en Australia, con sede actual en Irlanda, funciona como líder mundial. Es una organización sin fines de lucro que promueve la calidad, proporciona capacitación, asesoría y acredita a los acreditadores.⁽⁴⁴⁾ En la actualidad, la ISQua despliega tres programas de acreditación para acreditadores: acreditación de estándares en la atención de salud; acreditación de las organizaciones de evaluación externa y acreditación de los programas de entrenamiento de evaluadores. Están acreditados el Manual

de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, la JCI, la Agencia Internacional de Acreditación de Canadá, Planetree, el ITAES, INCONTEC y la ONA, entre otros organismos u organizaciones acreditadoras,⁽³⁶⁾ mediante lo cual, son reconocidas y prestigiadas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), desde el planteamiento de los objetivos de Salud para todos, recomienda instaurar métodos dirigidos a la vigilancia sistemática para determinar la calidad de los cuidados prestados a los enfermos y enfatiza en la evaluación y control. A principios del siglo xxi, este organismo internacional establece la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, entendida como la “ausencia de daños prevenibles en los pacientes y la reducción hasta un mínimo aceptable del riesgo de causarles innecesariamente daños al atenderlos”⁽⁴⁵⁾ Además, se reconocen acciones esenciales dirigidas a la identificación del paciente, a la comunicación efectiva, a la reducción del riesgo de infección asociada a la atención sanitaria, a la reducción del riesgo del daño causado por caídas, a la seguridad del proceso de medicación y de los procedimientos, entre otros.^(45, 46, 47) Así se plantea en la política y estrategias regionales de garantía de la calidad de la atención sanitaria en el 2007 y en la reunión de expertos de la región en temas de calidad, celebrada en el 2015, que la calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud y la seguridad del paciente son prioridades, constituyen un elemento importante para alcanzar la cobertura universal y requieren un abordaje integral.⁽⁴⁸⁾ Mientras, en la 72 Asamblea de la OMS, celebrada en el 2019, se establece el 17 de septiembre como Día Mundial de la Seguridad del Paciente y se decreta el Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030, el cual concibe a la acreditación como una estrategia concreta y una intervención para mejorar la calidad del sistema de atención en salud.^(49, 50, 51)

Como regularidad, se recoge que, los organismos o sistemas de acreditación ofrecen o van acompañados de servicios de capacitación y asesoría, mediante programas que incluyen temas de calidad y estándares, para impulsar su implementación y la mejora en las organizaciones y sistemas de salud.

La acreditación se considera un desafío al plantearse como un proceso sistemático, que requiere del empoderamiento de los actores y, en ocasiones, genera acciones cuya implementación y mantenimiento

demandan financiamiento, pero, a su vez, se ha convertido en un proceso necesario, que impulsa la mejora en la organización y optimiza los recursos. Por otra parte, en general, los procesos de acreditación se adaptan a las características y modelos de salud de los países y se desarrollan como un imperativo para lograr la cobertura sanitaria universal y los objetivos de desarrollo sostenible.

Evolución y actualidad en Cuba

En Cuba, se institucionaliza la calidad en la década del 60, a partir de la creación del Ministerio de Industrias con el impulso del Comandante Ernesto Guevara de la Serna (Che)⁽¹²⁾ La incorporación de Cuba a la ISO, la publicación de la primera Norma Cubana y el inicio de la actividad metrológica son hechos que ocurren en 1960 y 1961, respectivamente.⁽¹²⁾ En 1973, surge el Instituto Cubano de Normalización, Metrología y Control de la Calidad, como organismo central del Estado, el cual, en 1976, se transforma en el Comité Estatal de Normalización y en los años 80 se inicia la implementación de normas legales que tributan a la calidad.^(12, 52, 53, 54)

En la década de los 90, se establece la Oficina Nacional de Normalización (1994), como órgano rector en el país de la normalización, la metrología y la calidad, y, posteriormente, se inicia la actividad de acreditación en 1996.⁽¹²⁾ En ese periodo (1998), se desarrolla el marco legal para la normalización, metrología y calidad,⁽⁵²⁻⁵⁵⁾ así como se funda el Órgano Nacional de Acreditación de la República, el cual se independiza de la Oficina Nacional de Normalización en el año 2012.⁽¹²⁾ La acreditación, considerada como un componente técnico de la infraestructura nacional de la calidad, desarrolla sus actividades con el alcance y el soporte normativo correspondiente.

Durante la segunda y tercera década de 2000, se efectúa la aprobación de documentos que sustentan el desarrollo de la calidad. Se determinan los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución,^(56, 57, 58, 59) la política para el perfeccionamiento del Sistema de Normalización, Metrología, Calidad y Acreditación (NMC-A)⁽⁶⁰⁾ y el marco legal actualizado, dado por el Decreto Ley 8/2020 De la Normalización, Metrología, Calidad y Acreditación y su Reglamento

16/2020,^(61, 62) además, se desarrollan proyectos del Programa de Perfeccionamiento del Sistema NMC-A, que tributan al macroprograma infraestructura. Estas actividades de NMC-A tienen alcance en todos los Organismos de la Administración Central del Estado, empresas y en el sector no estatal.

En el ámbito sanitario existen algunos hechos aislados sobre el control de la calidad de la atención médica en Cuba antes de 1959, con la inclusión de los comités médicos en 1943, en el reglamento de organización del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico General Calixto García.⁽⁴⁹⁾ En 1961, el Ministerio de Salud emite el Reglamento General de Hospitales y el Comité de Evaluación de las Actividades Científicas en 1962, lo cual contribuye a la mejora en la calidad de los servicios.⁽⁴⁹⁾ En la década de los años 70, se consolida el Sistema de Salud, se aplica el modelo de la medicina orientada hacia la comunidad, con desarrollo de la Higiene y la Epidemiología. Posteriormente, los años 80 se caracterizan por la aprobación de la Ley 41 De la Salud Pública⁽⁶³⁾ y la implementación del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, mientras que, en los años 90, se desarrollan las investigaciones a ciclo cerrado y los centros de alta tecnología.

En este periodo (década de los años 90), en el contexto de la educación superior, que incluye las Universidades de Ciencias Médicas, se establece el Sistema Universitario de Programas de Acreditación (SUPRA), mediante la Resolución No. 150/99 del Ministerio de Educación Superior, cuyo objetivo es “contribuir a la mejora de la calidad de la educación superior en Cuba mediante la certificación al nivel nacional e internacional de programas e instituciones que cumplan requisitos de calidad establecidos”; para su desarrollo e implementación se crea la Junta de Acreditación Nacional de Cuba (JAN), presidida por el Ministro de Educación Superior de la República de Cuba.⁽⁶⁴⁾

Lo anterior, permite un salto en el acceso y calidad de los servicios de salud y constituye un antecedente nacional para el desarrollo de la acreditación en salud que se inicia en 1991, después de un entrenamiento de dos profesionales en Argentina, con la implementación de un Manual de Acreditación Nacional de Hospitales Polivalentes (1993), que toma como base la experiencia de ese país, así como el Manual de

Accreditación para América Latina y el Caribe, confeccionado por la OPS, y otros manuales establecidos en Norteamérica, Europa y Asia.^(49,65)

Como parte del proceso se crea la Comisión Nacional de Acreditación Hospitalaria y las comisiones provinciales de acreditación, así como la capacitación en cascada acerca del tema, lo cual permitió que, en el periodo de 1995 al 2000 y, bajo el principio de la voluntariedad, se ejecutaran las evaluaciones de los hospitales, lo que demuestra que la acreditación es una herramienta para mejorar la calidad en la atención en salud, al irradiar entusiasmo y cohesión en los trabajadores, facilitar la organización de la institución, impulsar la actualización de normas, procedimientos, protocolos de actuación y reglamentos, armonizar los procesos, propiciar la optimización de los recursos, de alianzas, así como la implantación de otros programas de calidad. En tal sentido, con posterioridad, se implementa la Resolución 45/2007 Programa de Perfeccionamiento Continuo de los Servicios Hospitalarios, que establece la organización y funcionamiento de la Unidad Organizativa de Calidad y se conforman los comités hospitalarios.⁽⁶⁶⁾

En el año 2011, en el marco de las transformaciones Necessarias del Sistema Nacional de Salud,⁽⁶⁷⁾ el Ministerio de Salud Pública aprueba la Estrategia de Gestión de la Calidad en el sector salud, que concibe los procesos de evaluación de la calidad, la certificación y la acreditación entre sus objetivos.

La participación de Cuba en el proceso de acreditación del Hospital Cubano de Dukhan, en Qatar, por la Joint Commission International (JCI), en el 2014, y en el premio Press Ganey, en noviembre del 2015, sobre base nacional de datos de indicadores de calidad de enfermería, galardón que reconoce la excelencia de la atención, constituyen experiencias que son aprovechadas por el Ministerio de Salud Pública.⁽⁶⁵⁾ Posteriormente, en el 2016, se rediseña el Manual de acreditación de hospitales con estándares actualizados, en correspondencia con el contexto y con enfoque de proceso.

En este periodo (2019) se actualiza la Constitución de la República, que establece la calidad de los servicios como un derecho cuando expresa en su artículo 72: "La salud pública es un derecho de todas las personas y es responsabilidad del Estado garantizar el acceso, la gratuidad y la calidad de los servicios de atención, protección y recuperación.

El Estado, para hacer efectivo este derecho, instituye un sistema de salud a todos los niveles, accesible a la población, y desarrolla programas de prevención y educación, en los que contribuyen la sociedad y las familias...”⁽⁶⁸⁾

En el año 2023, se aprueba por la Asamblea Nacional del Poder Popular el anteproyecto de Ley de Salud Pública, que aborda de forma explícita dentro de un Título, la acreditación en salud,⁽⁶⁹⁾ así como se perfeccionan el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia,⁽⁷⁰⁾ el Programa de Atención Materno Infantil,⁽⁷¹⁾ reglamentos institucionales, se diseñan metodologías y se elaboran otros documentos normativos.^(72, 73, 74, 75)

Por lo anterior, surge la necesidad de perfeccionar los procedimientos establecidos para la acreditación institucional y ampliar su alcance. En tal sentido, se diseña el Sistema cubano de acreditación de instituciones de salud.

CAPÍTULO II

Componentes del sistema cubano de acreditación de instituciones de salud

Yoerquis Mejías Sánchez, Ileana Morales Suárez, Lázaro Luis Hernández Vergel, Reinol Delfín García Moreiro, Gonzálo catalino Estévez Torres, Mariela Forrellat Barrios, Carlos Agustín León Román, Luis León Soteras, Amauri de Jesús Miranda Guerra, Sandra Álvarez Guerra, Elena Povea Alfonso. Jorge Félix Rodríguez Hernández, Yamiris Deus Montes

El sistema cubano de acreditación de instituciones de salud, en lo adelante Sistema de acreditación, consiste en una herramienta para la gestión y mejora de la calidad de la atención en instituciones de salud, a partir de un proceso voluntario y sistemático de evaluación mediante estándares previamente diseñados, óptimos y factibles de alcanzar. Está constituido por componentes, así como actividades que funcionan como un ciclo, que incluye la autoevaluación, la evaluación externa y la vigilancia.

Misión. Contribuir al mejoramiento de la calidad de los servicios que se ofrecen en las instituciones de salud, con el desarrollo y aplicación de un proceso de evaluación mediante estándares establecidos.

Alcance. Alcanza los procesos de atención en hospitales, así como instituciones que brindan atención ambulatoria y estomatológica, entre otras. Incluye la evaluación de los procesos en los escenarios docentes, así como el desarrollo de la ciencia y la innovación. No alcanza los programas y planes de estudio de formación del pregrado ni del posgrado.

Objetivo. Impulsar la mejora de los procesos que se brindan en las instituciones de salud, mediante la evaluación de estándares establecidos.

Componentes. El sistema de acreditación está compuesto por:

- Órgano acreditador.
- Premisas de acreditación.
- Procedimientos de acreditación.
- Manuales de acreditación (estándares).

Órgano acreditador. Junta nacional de acreditación de instituciones de salud de Cuba (Junas): Es un órgano especializado, adscripto al Ministerio de Salud Pública, que funciona con carácter externo, cuya función es gestionar el proceso de acreditación de las instituciones, a partir de los manuales aprobados para este fin. La Junas está compuesta por un presidente, un vicepresidente y una secretaría ejecutiva. Esta última, constituida por el secretario ejecutivo, auditores, expertos, asesores y observadores.

Premisas de acreditación. Las premisas son las siguientes:

- Certificado de habilitación o resolución de creación de la institución.
- Expediente completo con los resultados de la autoevaluación.
- Actuación de las partes con transparencia, ética y profesionalidad.
- No reporte de hechos extraordinarios en el periodo de un año. Se toma como referencia la fecha de evaluación externa de manera retrospectiva.
- No reporte de auditoría económica con resultados desfavorables.

Procedimientos. Se establecen dos procedimientos o métodos a través de los cuales se ejecuta cada etapa del proceso:

- Procedimiento de la Junas.
- Procedimiento del proceso de acreditación institucional en salud.

Procedimiento de la Junas

Los auditores líderes y el equipo de evaluadores son expertos, certificados como auditores y con experiencia en tres perfiles:

- Atención y seguridad del paciente.
- Gestión y seguridad de instituciones de salud.
- Docencia e investigación.

Funciones de la Junas:

- Proponer al Consejo de Dirección del Ministerio de Salud Pública, para su aprobación, los instrumentos y manuales a aplicar en las instituciones, con vista a su evaluación y acreditación.
- Dictaminar los resultados del proceso de acreditación propuestos por el equipo auditor.
- Presentar al Consejo de Dirección del Ministerio de Salud Pública los resultados del proceso de acreditación.

- Aprobar los equipos de auditores, el cronograma de evaluación externa, entre otros procesos inherentes al funcionamiento de la Junas.

Presidente. La presidencia de la Junas tiene las siguientes funciones:

- Presidir las reuniones.
- Evaluar la propuesta de la vicepresidencia del cronograma de evaluación y los resultados del proceso de evaluación externa de la institución.
- Evaluar las propuestas presentadas con respecto al funcionamiento de la Junas.
- Presidir la entrega del certificado de acreditación.

Vicepresidente. Tiene las siguientes funciones:

- Controlar el cumplimiento de las funciones de la Secretaría ejecutiva.
- Coordinar con el director de la institución donde se efectuará el proceso de evaluación externa, su ejecución y aseguramiento.
- Presidir el inicio del proceso de evaluación externa en la institución.
- Presidir la discusión en la Secretaría ejecutiva de la propuesta de informe final.
- Revisar el informe final propuesto por la Secretaría ejecutiva.
- Presentar al presidente de la Junas el cronograma y los resultados del proceso de evaluación externa propuestos por la Secretaría ejecutiva.
- Evaluar las propuestas de actividades dirigidas a la preparación de los miembros de la Junas.

Secretaría ejecutiva. El secretario ejecutivo tiene las siguientes funciones:

- Controlar el cumplimiento de las funciones de los auditores.
- Presentar a la vicepresidencia de la Junas las propuestas dirigidas al adecuado funcionamiento de la Secretaría ejecutiva.
- Coordinar las actividades concernientes a la Junas.
- Participar en las actividades concernientes a la Junas.
- Proponer el equipo auditor, el auditor líder, los expertos y observadores que participarán en la evaluación externa.

- Coordinar la revisión del expediente de la institución que solicita el proceso de evaluación externa.
- Entregar al auditor líder el expediente de la institución que solicita la acreditación.
- Coordinar la revisión del dictamen final propuesto por el equipo auditor.
- Elaborar el informe final de la evaluación externa, a partir del dictamen del auditor líder.
- Coordinar la discusión con la Secretaría ejecutiva de la propuesta de informe final.
- Presentar al vicepresidente de la Junas el cronograma, los resultados propuestos por el equipo auditor y el informe final del proceso de evaluación externa.
- Participar en la coordinación, con el director de la institución donde se efectuará el proceso de evaluación externa, su ejecución y aseguramiento.
- Participar en el inicio del proceso de evaluación externa en la institución y en sesiones de trabajo de análisis y comunicación de las áreas de mejora.
- Coordinar la preparación de los auditores.
- Revisar la evaluación de los auditores.
- Participar en las actividades de preparación de los miembros de la Junas.

Auditor Líder. Es propuesto por el secretario ejecutivo para la aprobación por el vicepresidente. Debe estar avalado por el director de la institución donde labora, con experiencia en auditorías de calidad y antecedentes de participación en auditorías de la Junas, así como evidencias de cursos que ratifican su preparación en el tema, liderazgo, prestigio y ética profesional. Sus funciones son:

- Garantizar el cumplimiento del procedimiento aprobado para la evaluación.
- Controlar el cumplimiento de las funciones de los auditores y del proceso de evaluación externa.

- Participar en la coordinación, con el director de la institución donde se efectuará el proceso de evaluación, su inicio, ejecución y aseguramiento.
- Liderar las actividades concernientes al proceso de evaluación externa de la institución.
- Coordinar tareas dirigidas al adecuado desarrollo del proceso de evaluación externa de la institución.
- Revisar el expediente de la institución que solicita la evaluación externa.
- Participar en todo el proceso de evaluación externa de la acreditación en la institución.
- Controlar el proceso de evaluación externa de la institución.
- Comunicar al director de la institución las áreas de mejora propuestas por el equipo auditor.
- Elaborar el dictamen final propuesto por el equipo auditor.
- Evaluar a los auditores.
- Participar en las actividades de preparación de los auditores.
- Solicitar expertos al secretario ejecutivo, cuando se requiera.
- Cumplir las tareas, que le sean asignadas por la Secretaría ejecutiva, de carácter metodológico y de asesoría.

Auditores. Son seleccionados por el secretario ejecutivo y los aprueba el vicepresidente. Deben tener cursos que los avalen como auditores, prestigio y ética profesional. Tienen las siguientes funciones:

- Cumplir con el procedimiento establecido para el proceso de evaluación externa.
- Participar en las actividades concernientes al proceso de evaluación externa, que le sean asignadas por el auditor líder.
- Participar en la revisión del expediente de la institución que solicita el proceso de evaluación externa.
- Participar en todo el proceso de evaluación externa de la institución.
- Cumplir con las medidas tomadas para garantizar el proceso de evaluación externa.
- Participar en la elaboración del dictamen final de la evaluación externa.
- Participar en las actividades de preparación de los auditores.

Expertos. Grupo constituido por los jefes de grupos nacionales de las especialidades y las juntas de gobierno de las sociedades científicas cubanas. Sus funciones son:

- Cumplir el procedimiento establecido para el proceso de evaluación externa.
- Brindar al equipo auditor los criterios solicitados relativos a las especialidades, disciplinas o actividades requeridas.
- Participar en el inicio del proceso de evaluación externa en la institución.
- Cumplir con las medidas tomadas para garantizar el proceso de evaluación externa.
- Participar en la elaboración del dictamen final de la evaluación externa.
- Participar en las actividades de preparación de los auditores.
- Participar en el proceso de evaluación externa en aquellas actividades relacionadas con su experticia.
- Cumplir con las medidas tomadas para garantizar el proceso de evaluación externa.
- Participar en la elaboración del dictamen final de evaluación.

Asesores. Son seleccionados por el presidente y vicepresidente; son profesionales de notable prestigio en el Sistema Nacional de Salud con grados científicos, directivos superiores o con reconocida experiencia en dirección. Sus funciones son:

- Brindar a la Junas los criterios solicitados relativos a las especialidades, disciplinas, procedimientos o actividades requeridas.
- Participar en las actividades que le sean solicitadas por la Junas.

Observadores. Son seleccionados por las instituciones que se preparan para la evaluación externa y aprobados por el secretario ejecutivo. Constituyen canteras para la preparación como auditores de la Junas. Sus funciones son:

- Participar en el proceso de evaluación externa de la institución para tomar experiencias.
- Cumplir con las medidas tomadas para garantizar el proceso de evaluación externa.
- Participar en las actividades de preparación de los auditores.

Procedimiento del proceso de la acreditación institucional en salud

Autoevaluación. Es realizada por las instituciones, acompañadas por las direcciones generales de salud y el Ministerio de Salud Pública. Las instituciones pueden estar asesoradas por expertos de la Junas, quienes no pueden participar, posteriormente, en la evaluación externa. Se puede declarar obligatoria, según consideraciones del organismo. Deben cumplirse las siguientes condiciones:

- Disponer de los referentes teóricos y normativos necesarios para el desarrollo del proceso de autoevaluación.
- Conformar el equipo encargado de la coordinación del trabajo.
- Crear las condiciones y compromisos del equipo de dirección y de todos los trabajadores con el movimiento de acreditación.
- Estudiar el Manual de acreditación vigente.
- Ejecutar actividades de capacitación y superación profesional en cada, dirigidas a la implementación de los manuales de acreditación.
- Identificar los problemas relevantes sobre la calidad de la institución, con la participación de los directivos y el equipo coordinador de la acreditación, los círculos y los comités de calidad.
- Establecer las prioridades, de acuerdo a la problemática encontrada.
- Aplicar la guía de evaluación de los manuales de acreditación que correspondan.
- Establecer planes de mejora de acuerdo a las no conformidades, así como su control y la reevaluación.

Evaluación externa. Es realizada por la Junas. Es voluntaria y se requiere:

- Solicitar el proceso de evaluación externa a la Secretaría Ejecutiva, mediante carta emitida por el director de la institución, con el visto bueno de la Dirección Provincial de Salud o de la Dirección de Atención Médica del Ministerio de Salud Pública, de acuerdo con su nivel de subordinación.
- Entregar, por parte del director de la institución, el expediente de autoevaluación al secretario ejecutivo.
- Seleccionar por la Junas el auditor líder, el equipo de auditores, expertos y observadores.

- Efectuar reunión de la Secretaría ejecutiva con estudio del expediente de autoevaluación.
- Efectuar reunión inicial con los trabajadores de la institución, presidida por la vicepresidenta de la Junas.
- Ejecutar la evaluación externa mediante la guía del Manual de acreditación correspondiente.
- Elaborar el dictamen del proceso de evaluación externa, de acuerdo con el procedimiento.
- Comunicar al Consejo de Dirección las áreas de mejora, por el auditor líder con la participación del secretario ejecutivo, vicepresidente de la Junas o designado.

Otorgamiento y mantenimiento. Para el otorgamiento se consideran los siguientes pasos:

- Revisar el expediente por el Secretario Ejecutivo.
- Elaborar el informe final a partir del dictamen realizado por el auditor líder.
- Efectuar reunión del vicepresidente con el secretario ejecutivo de la Junas para la revisión y discusión del expediente y la propuesta final.

Criterios para el otorgamiento de la acreditación. Para el análisis de este aspecto se tienen en cuenta los siguientes elementos:

- Un estándar acredita, cuando el 90 % de sus elementos a evaluar son conformes.
- Un estándar acredita, cuando los elementos a evaluar, que resultan no conformes, no son invalidantes.
- Se consideran invalidantes los elementos a evaluar que la Junas, durante el análisis, declare que comprometen la seguridad del paciente o la seguridad institucional.
- Cuando en una institución, a partir de sus características, se realice en paralelo el proceso de evaluación por dos manuales (Manual de acreditación de hospitales y Manual de acreditación de servicios estomatológicos o Manual de acreditación de policlínicos y Manual de acreditación de servicios estomatológicos) se sumarán los estándares que correspondan al total para realizar los cálculos correspondientes.

Tipos de acreditación. Se consideran cuatro, de acuerdo con criterios cuantitativos:

- Acreditación de bronce. Cuando se cumplen del 85 al 89 % de los estándares. Esta acreditación es válida por un año. Antes del término, la institución debe solicitar un proceso de evaluación externa para alcanzar un nivel de acreditación superior, de lo contrario, pierde la condición.
- Acreditación de plata. Cuando se cumplen del 90 al 94 % de los estándares. Esta acreditación es válida por dos años. Antes del término, la institución debe solicitar un proceso de evaluación externa para alcanzar un nivel de acreditación superior, de lo contrario, pierde la condición.
- Acreditación de oro. Cuando se cumple el 95 % o más de los estándares. Esta acreditación es válida por tres años. Antes del término, la institución debe solicitar un proceso de evaluación externa para mantener la condición o aspirar a institución de excelencia, de lo contrario, pierde la condición.
- Acreditación de excelencia. Se otorga cuando una institución es acreditada de oro por dos períodos consecutivos. Esta acreditación es válida por cinco años. Antes del término, la institución debe solicitar un proceso de auditoría externa para reacreditarse, de lo contrario, pierde la condición.

Para el otorgamiento de la acreditación se considera como criterios cualitativos el cumplimiento de estándares claves para el funcionamiento de la institución. Este aspecto puede condicionar el tipo de acreditación, independientemente del criterio cuantitativo.

Certificado y registro. Las características de su entrega son:

- El certificado tiene un diseño propio y posee el logo aprobado, de acuerdo con el Manual de identidad del Sistema cubano de acreditación de instituciones de salud.
- El presidente firma el certificado o carta, según corresponda y de acuerdo con el nivel de acreditación.
- Se otorga Certificado de Institución Acreditada con nivel Oro o Institución de Excelencia, en acto público con los trabajadores. Su validez se corresponde con el procedimiento.

- El certificado debe ser ubicado en lugar visible.
- El presidente o vicepresidente de la Junas emite carta dirigida a las direcciones provinciales de salud o direcciones del Ministerio de Salud Pública, designadas para el caso de las unidades de subordinación nacional, con los resultados de la acreditación cuando esta resulte de bronce, plata o no acredite.
- La carta a la que se hace referencia en el acápite anterior debe leerse por los miembros de la Junas designados, acompañados por las direcciones provinciales de salud o por las direcciones del Ministerio de Salud Pública, designadas para el caso de las unidades de subordinación nacional, en reunión con los trabajadores, así como debe conservarse como parte del expediente de la institución por el tiempo que esté vigente.
- La secretaría de la Junas habilitará un registro donde se signifiquen las instituciones acreditadas en cualquiera de sus niveles, con fecha de otorgamiento y observaciones resultantes de la vigilancia.

Reclamaciones. En estos casos:

- Se dirigirá al Presidente de la Junas en el término de siete días hábiles después de notificado el resultado a la institución.
- El presidente de la Junas creará una comisión para el análisis de la reclamación e informará a quien reclama de los resultados, en un término de 30 días hábiles, a partir de la fecha en que se recibe.

Vigilancia. Es aplicada por la Junas, por las instituciones, las direcciones generales de salud y el Ministerio de Salud Pública. Es obligatoria para el monitoreo de las instituciones acreditadas basado en las siguientes condiciones:

- La vigilancia posterior a la acreditación exige que la institución acreditada no se desvincule del órgano acreditador mediante el reporte de “eventos adversos”, previamente definidos, el resultado del análisis de las causas y condiciones que lo propiciaron y las medidas adoptadas. El órgano acreditador se reserva el derecho de profundizar en el análisis de estos hechos, cuando lo considere necesario.

- El órgano acreditador mantendrá comunicación periódica con la institución acreditada y avisará sobre la fecha en que corresponde el siguiente proceso de evaluación externa, con vista a su coordinación.
- Las direcciones generales de salud y el Ministerio de Salud Pública realizarán inspecciones e informarán a la Junas en caso de existir criterios para la pérdida de la acreditación.

La vigilancia incluye, además, el proceso de retirar la acreditación, según los siguientes criterios:

- Pérdida de los términos de tiempo, de acuerdo al tipo de acreditación enunciado en el acápite anterior.
- El Ministerio de Salud Pública o las direcciones generales de salud pueden solicitar a la Junas el análisis de la pérdida de la acreditación de la institución ante las siguientes situaciones:
 - Hecho extraordinario.
 - Inspección ministerial con resultados considerados deficientes por el equipo de inspección.
 - Insatisfacción reiterada de la población con los servicios que se ofrecen.

Ante la solicitud del Ministerio de Salud Pública o de las direcciones generales de salud para analizar el retiro de la condición de institución acreditada, en cualquiera de sus niveles, se procede de la siguiente forma:

- La Vicepresidencia de la Junas realiza el análisis que considere con la Secretaría ejecutiva, y los resultados se le presentan al presidente.
- El presidente de la Junas le informa el resultado del análisis a las estructuras de subordinación del Ministerio de Salud Pública (direcciones provinciales de salud o direcciones del ministerio designadas para el caso de unidades de subordinación nacional), así como al director de la institución, quienes deben proceder de inmediato al retiro del certificado, en el caso que corresponda.
- El secretario ejecutivo de la Junas registra la pérdida de la acreditación en el registro habilitado para estos fines.

Estándares. Los estándares óptimos y alcanzables, en correspondencia con lo establecido por los organismos internacionales de

calidad y de acreditación, se distribuyen en tres grupos fundamentales: atención y seguridad del paciente, gestión y seguridad institucional y docencia e investigación. En los estándares están implícitos la humanización de la atención, la gestión de riesgo y tecnológica, la seguridad y la atención centrada en la persona, la familia y la comunidad. Los estándares están contenidos en los Manuales de acreditación, cuya revisión se establece de forma sistemática y se concibe su validez por un periodo no mayor a cinco años.

La siguiente figura muestra el desarrollo del proceso de acreditación de las instituciones de salud.



Proceso de acreditación institucional.

CAPÍTULO III

Generalidades de los manuales de acreditación

Yoerquis Mejías Sánchez, Ileana Morales Suárez, Lázaro Luis Hernández Vergel, Gonzalo Catalino Estévez Torres, Carlos Agustín León Román, Mariela Forrellat Barrios, Mariela García Jordán, Amauri de Jesús Miranda Guerra, Luis León Soteras

El sistema cubano de acreditación de instituciones de salud tiene actualmente tres manuales de acreditación:

- Manual de acreditación de hospitales.
- Manual de acreditación de policlínicos.
- Manual de acreditación de servicios estomatológicos.

Estos manuales tienen alcance en los hospitales, policlínicos y servicios estomatológicos de Cuba, respectivamente. Su objetivo, es establecer los estándares del proceso de acreditación de instituciones de salud y constan de introducción, estándares y guías de evaluación.

El diseño y validación de los manuales de acreditación son el resultado de la aplicación del método científico con la participación de especialistas y colaboradores. Para ello se utilizaron métodos teóricos y empíricos, así como técnicas grupales, de revisión bibliográfica, así como de la estadística descriptiva e inferencial. La validación se realizó mediante procesos sistemáticos teóricos y prácticos en las siguientes instituciones:

- Clínica Central Cira García.
- Hospital Pediátrico Universitario William Soler.
- Hospital General Camilo Cienfuegos de Santi Spíritus.
- Policlínicos universitarios: Cosme Ordoñes y Mario Escalona.
- Clínicas estomatológicas: Dr. Rene Otazo Casimajou y Orlando Seguí León.

Además, la implementación del sistema de acreditación ha constituido una oportunidad para la validación de sus componentes en general y de los estándares en lo particular, como un proceso sistemático, flexible y sistemático.

Manual de acreditación de hospitales

El Manual de acreditación de hospitales tiene 42 estándares y 801 elementos a evaluar, los que se encuentran organizados en tres grupos y distribuidos de la siguiente manera:

- Grupo I. Estándares centrados en la atención y seguridad del paciente (ASP). Con 28 estándares y 519 elementos a evaluar.
- Grupo II. Estándares de gestión y seguridad hospitalaria (GSI). Con 11 estándares y 212 elementos a evaluar.
- Grupo III. Estándares de docencia e investigación (DI). Con 3 estándares y 70 elementos a evaluar.

Estándares del grupo I. Centrados en la atención y seguridad del paciente (ASP):

- ASP 01. Identificación inequívoca de los pacientes.
- ASP 02. Admisión y registro de pacientes en el hospital.
- ASP 03. Continuidad de la atención.
- ASP 04. Derechos del paciente y satisfacción.
- ASP 05. Prestación de la atención sanitaria.
- ASP 06. Atención a pacientes de alto riesgo.
- ASP 07. Cambios en el estado del paciente.
- ASP 08. Comunicación efectiva.
- ASP 09. Cirugía y procedimientos invasivos seguros.
- ASP 10. Riesgo de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.
- ASP 11. Daño del paciente causado por caídas.
- ASP 12. Atención anestésica.
- ASP 13. Atención quirúrgica.
- ASP 14. Seguridad en los medicamentos de alto riesgo de equipos y dispositivos médicos.
- ASP 15. Elaboración, dispensación y uso de medicamentos.
- ASP 16. Alimentación y apoyo nutricional.
- ASP 17. Atención integral al paciente con dolor.
- ASP 18. Cuidados del paciente al final de su vida.
- ASP 19. Medicina transfusional.
- ASP 20. Donación y trasplante de órganos y tejidos.
- ASP 21. Medicina natural y tradicional.
- ASP 22. Laboratorios clínicos.
- ASP 23. Imagenología.
- ASP 24. Radioterapia.

- ASP 25. Consentimiento informado.
- ASP 26. Educación para la salud a pacientes y familiares.
- ASP 27. Prevención y control de úlceras por presión.
- ASP 28. Esterilización.

Estándares del grupo II. Sobre la gestión y seguridad hospitalaria (GSH):

- GSH 01. Gobierno hospitalario.
- GSH 02. Gestión de la calidad y seguridad del paciente.
- GSH 03. Gestión de la seguridad y protección.
- GSH 04. Gestión de capital humano.
- GSH 05. Gestión de la farmacia hospitalaria.
- GSH 06. Selección, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos.
- GSH 07. Gestión de la información.
- GSH 08. Historia clínica del paciente.
- GSH 09. Higiene y epidemiología hospitalaria.
- GSH 10. Cuadros.
- GSH 11. Gestión de la eficiencia económica.

Estándares del grupo III. Sobre docencia e investigación (DI):

- DI 01. Desarrollo de los procesos formativos y superación de técnicos y profesionales de la salud.
- DI 02. Ciencia e innovación.
- DI 03. Ensayos clínicos.

Manual de acreditación de policlínicos

El Manual de acreditación de policlínicos tiene 39 estándares y 739 elementos a evaluar, los que se encuentran organizados en tres grupos y distribuidos de la siguiente manera:

- Grupo I. Estándares centrados en la atención y seguridad de las personas, las familias, la comunidad y el medio ambiente (ASPFC). Con 28 estándares y 499 elementos a evaluar.
- Grupo II. Estándares de gestión y seguridad institucional (GSI). Con 8 estándares y 165 elementos a evaluar.
- Grupo III. Estándares de docencia e investigación (DI). Con 3 estándares y 75 elementos a evaluar.

Estándares del grupo I. Centrados en la atención y seguridad de las personas, las familias, la comunidad y el medio ambiente (ASPFC):

- ASPFC 01. Identificación inequívoca de las personas y las familias.
- ASPFC 02. Admisión y registro de pacientes.
- ASPFC 03. Historia clínica individual e historia de salud familiar.
- ASPFC 04. Continuidad de la atención.
- ASPFC 05. Dispensarización.
- ASPFC 06. Análisis de la Situación de Salud (ASIS).
- ASPFC 07. Derechos de las personas y satisfacción.
- ASPFC 08. Prestación de la atención integral a la salud.
- ASPFC 09. Cambios en la condición de salud de las personas y las familias.
- ASPFC 10. Atención médica a personas de alto riesgo.
- ASPFC 11. Comunicación efectiva.
- ASPFC 12. Cirugía y procedimientos invasivos seguros.
- ASPFC 13. Riesgo de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.
- ASPFC 14. Higiene, epidemiología y control ambiental.
- ASPFC 15. Daños al paciente causado por caídas.
- ASPFC 16. Seguridad en los medicamentos de alto riesgo de equipos y dispositivos médicos.
- ASPFC 17. Elaboración, dispensación y uso de medicamentos.
- ASPFC 18. Seguridad de la inmunización.
- ASPFC 19. Atención integral al paciente con dolor.
- ASPFC 20. Cuidados de las personas con discapacidad o al final de la vida.
- ASPFC 21. Ingreso en el hogar.
- ASPFC 22. Medicina natural y tradicional.
- ASPFC 23. Laboratorios.
- ASPFC 24. Imagenología.
- ASPFC 25. Consentimiento informado.
- ASPFC 26. Educación para la salud a pacientes y familiares.
- ASPFC 27. Prevención y control de lesiones por presión (LPP).
- ASPFC 28. Esterilización.

Estándares del grupo II. Sobre gestión y seguridad institucional (GSI):

- GSH 01. Gobierno institucional.

- GSH 02. Gestión de la calidad y seguridad del paciente.
- GSH 03. Gestión de la seguridad y protección.
- GSH 04. Gestión de capital humano.
- GSH 05. Selección, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos.
- GSH 06. Gestión de la información.
- GSH 07. Cuadros.
- GSH 08. Gestión de la eficiencia económica.

Estándares del grupo III. Sobre docencia e investigación (DI):

- DI 01. Desarrollo de los procesos formativos y superación de técnicos y profesionales de la salud.
- DI 02. Ciencia e innovación.
- DI 03. Ensayos clínicos.

Manual de acreditación de los servicios estomatológicos

El Manual de acreditación de los servicios estomatológicos tiene 36 estándares y 555 elementos a evaluar, los que se encuentran organizados en tres grupos y distribuidos de la siguiente manera:

- Grupo I. Estándares centrados en la atención y seguridad del paciente (ASP). Con 23 estándares y 343 elementos a evaluar.
- Grupo II. Estándares de gestión y seguridad institucional en los servicios estomatológicos (GSIE). Con 10 estándares y 142 elementos a evaluar.
- Grupo III. Estándares de docencia e investigación (DI). Con 3 estándares y 70 elementos a evaluar.

Estándares del grupo I. Centrados en la atención y seguridad del paciente (ASP):

- ASP 01. Identificación inequívoca de los pacientes.
- ASP 02. Admisión y registro de pacientes en la institución.
- ASP 03. Comunicación efectiva.
- ASP 04. Derechos del paciente y satisfacción.
- ASP 05. Consentimiento informado.

- ASP 06. Dispensarización.
- ASP 07. Análisis de la Situación de Salud.
- ASP 08. Prestación de la atención sanitaria.
- ASP 09. Continuidad de la atención.
- ASP 10. Proceso de atención a grupos priorizados.
- ASP 11. Atención a la urgencia.
- ASP 12. Atención integral al paciente con dolor.
- ASP 13. Atención anestésica.
- ASP 14. Atención quirúrgica y procedimientos invasivos seguros.
- ASP 15. Mortalidad dentaria.
- ASP 16. Rehabilitación segura.
- ASP 17. Seguridad y gestión en los medicamentos, instrumentales, materiales dentales, equipos y dispositivos médicos.
- ASP 18. Medicina natural y tradicional.
- ASP 19. Daños del paciente causado por caídas.
- ASP 20. Imagenología.
- ASP 21. Riesgo de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.
- ASP 22. Educación para la salud y prevención de enfermedades en la población.
- ASP 23. Esterilización.

Estándares del grupo II. Sobre gestión y seguridad institucional en los servicios estomatológicos (GSIE):

- GSIE 01. Gobierno de la institución.
- GSIE 02. Gestión de la calidad y seguridad del paciente.
- GSIE 03. Gestión de la seguridad y protección.
- GSIE 04. Gestión de capital humano.
- GSIE 05. Selección, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos, materiales dentales y otros recursos.
- GSIE 06. Gestión de la información.
- GSIE 07. Historia clínica.
- GSIE 08. Higiene, epidemiología y control ambiental.
- GSIE 09. Cuadros.
- GSIE 10. Gestión de la eficiencia económica.

Estándares del grupo III. Sobre docencia e investigación (DI):

- DI 01. Desarrollo de los procesos formativos y superación de técnicos y profesionales de la salud.
- DI 02. Ciencia e innovación tecnológica.
- DI 03. Ensayos clínicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International. Cuarta edición. EE. UU. 2010.
2. Modelos de Acreditación en Salud - ISOTools: Software de Gestión ISO para Empresas. España. Disponible en: <https://isotools.org/soluciones/gobierno-corporativo/modelos-de-acreditacion-en-salud/>
3. Que es la Acreditación en Salud. Colombia. 2021. Disponible en: <https://acreditacionensalud.org.co/que-es-la-acreditacion-en-salud/>
4. Vargas Pérez LM, Báez Agudelo JA. Acreditación en el sector salud- Sociedad internacional para la calidad en el cuidado de la salud. Universidad de Santo Tomas. Colombia. 2018. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/server/api/core/bitstreams/c31a9447-6f50-491c-87d1-895f822c0d62/content>
5. Ejes de la acreditación en salud. 1 de febrero del 2024. Disponible en: <https://www.darumasoftware.com/centro-de-recursos/blog/ejes-de-la-acreditacion-en-salud>
6. Diplomado en acreditación en salud. INCONTEC. Colombia. 2024. Disponible en: [Diplomado INCONTEC en acreditación en salud | INCONTEC](#).
7. Proceso para la acreditación en salud. Ciclo ruta crítica. INCONTEC. Colombia. Disponible en: <https://acreditacionensalud.org.co/wp-content/uploads/2022/04/Proceso-Acreditacion-Ciclo-Ruta-critica.pdf>
8. Historia de la Acreditación en el Mundo. INCONTEC. Colombia. 2021. Disponible en: <https://acreditacionensalud.org.co/historia-de-la-acreditacion-en-el-mundo/>
9. Vicedo Tomey A. Abraham Flexner, pionero de la Educación Médica. Educ Med Super. 2002;16(2):156-163. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v16n2/ems10202.pdf>
10. Spinelli H. Flexner: Trayectoria de vida de un educador. Salud colectiva. 2022;18. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2022.4053>
11. López Cabello C. El impacto de Flexner en la Medicina Tradicional. Ciencia. 2023. Disponible en: <https://endemico.org/el-impacto-del-informe-flexner-en-la-medicina-tradicional/>

12. Mejías Sánchez Y. Consideraciones para una definición de calidad desde un enfoque salubrista. Infodir. 2019;29(3):e624. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifd-2019/ifd1930g.pdf>
13. Osorio S. Guido, Sayes V. Nilda, Fernández M. Lasutaro, Arayac Ester, Poblete M. Denis. Auditoría médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. Rev Med Chile. 2002;130(2):226-229.
14. Fernández Sacasas JA. Educación médica superior: realidades y perspectivas a las puertas del nuevo siglo. Material bibliográfico de la maestría en educación médica. La Habana: Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico; 1999.
15. Poblano Verástegui O, Sauceda Valenzuela AL, Galván García A, Vértiz Ramírez JJ, Anaya Núñez R, Santos Preciado JI, et al. Análisis comparativo de la acreditación de unidades médicas en Canadá, Chile, la Comunidad Autónoma de Andalucía, Dinamarca y México. Rev Panam Salud Publica. 2023;47:e75. DOI: <https://doi.org/10.26633/rpfp.2023.75>
16. Evolución histórica y conceptual de la calidad de atención en salud. 2025.
17. Wikipedia, la enciclopedia libre. [s.l.]: Wikicommons; c2001-2020. Joint Commission; [aprox.12 pantallas]. Disponible en: https://web.archive.org/web/20180729171528/https://www.successfactors.com/en_us/lp/articles/joint-commission-compliance.html
18. Augusto Herrera PO. Modelo de acreditación Canadá. 2015.
19. Instituto de efectividad clínica y sanitaria (IECS). Buenos Aires, Argentina: IECS;c2020. Calidad, Seguridad del Paciente y Gestión Clínica;[aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <https://iecs.org.ar/calidad-de-atencion-medica-y-seguridad-del-paciente/>
20. Salas Herrera P. Programa de acreditación canadiense Qmentum. 2012. Disponible en: <https://slideplayer.es/slide/13743129/>
21. Ficha informativa de la Comisión Conjunta Internacional. La Comisión conjunta. Disponible en: <https://shre.ink/MI94>
22. Instituciones y vínculos internacionales-Superintendencia de salud, Gobierno de Chile.
23. Agencia de Noticias Públicas del Ecuador (Andes). Ecuador; América Economía 1986 – 2020; Ecuador: acreditación internacional de hospitales públicos es el más ambicioso del continente.

24. Aranaz JM, Vitaller J, Aranaz Amndres JM, Aibar Remon C, Vitaller Burillo J, Mira Solves JJ (editores), et al. Aseguramiento de la calidad y acreditación sanitaria. Generalitat Valenciana: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (No 4); 2003. Disponible en: https://dogv.gva.es/datos/2003/06/24/pdf/2003_7266.pdf
25. Top Hospitals in the World Certified for Excellence in Person-Centered Care. Planetree. 2018.
26. Cevallos Rojas D. Planetree, una organización para la atención centrada en el paciente. Instituto Experiencia paciente-IEXP. Liderando la experiencia de paciente en España.
27. Sánchez E, Darpón J, Garay JI, Letona J, González R, Pérez MJ. Política de calidad en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Rev Calidad Asistencial. 2004;19(3):189-99. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(04\)77693-9](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(04)77693-9)
28. Japón y la gestión de calidad. 2008. Disponible en: <https://www.quecursar.com/noticias/japon-y-la-gestion-de-calidad-553.html>
29. Nicholas D. El uso de la acreditación para mejorar la calidad. Noticias. 1999;8(2):[aprox. 10p.]. Disponible en: <http://www.qaproject.org/pubs/PDFs/SPNV8N2.PDF>
30. Aranaz JM, Vitaller J, Aranaz Amndres JM, Aibar Remon C, Vitaller Burillo J, Mira Solves JJ (editores), et al. Aseguramiento de la calidad y acreditación sanitaria. Generalitat Valenciana: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (No 4); 2003.
31. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: MSC; 2006.
32. Clínica Mayo. Tucuman, Argentina; c2020. ¿Qué es el ITAES?;[aprox. 3p.]. Disponible en: <https://clinicamayo.com.ar/itaes/>
33. Morales Novaes H, Paganini JM. Estándares e indicadores para la Acreditación de Hospitales en América Latina y el Caribe. Washington DC.: OPS, c1994.
34. OES. Colombia; Organización para la Excelencia de la Salud – OES 2019. Quiénes somos?;[aprox. 9p.]. Disponible en:
35. Ministerio de Seguridad Social. Decreto Ley 1011.Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: MSS; 2006. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/decreto%201011%20de%202006.pdf

36. Maguiña Vargas C, Osores Plengue F, Soriano Álvarez C, González Mendoza J, Morales Paitán C, Galán Rodas E. Acreditación en salud. Cuadernos de Debate en salud. Ed: Fondo editorial comunicacional del Colegio médico de Peru. 2013.
37. ITAES-Cursos. Argentina; c ITAES. Cursos; [aprox. 4p.]
38. Cosavalente Vidarte O, Carbalal Nicho R. Santos Flores AM. Consultoría para la actualización de la norma de acreditación de hospitales, 2006.
39. Diplomado en Auditoría Médica para la Garantía de la Calidad en Salud. 2016.
40. Lolato. G. La acreditación como una herramienta para promover la calidad de los procesos. 10^{ma} Jornada abierta del Foro Latinoamericano Colaborativo en Calidad y Seguridad en Salud.
41. Córdova Villalobos JA. Programa de acción específico 2007-2012. Sistema Integral de Calidad en Salud. México DF: SICalidad; 2007.
42. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Programa Nacional: Currículo de Calidad y Seguridad del paciente en las Ciencias de la Salud. México DF: SICalidad; 2010. Disponible en: https://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/padben/beneficiarios_ag_2010.pdf
43. Araujo Alonso M. Metodología: Elaboración de planes de mejora continua para la Gestión de la Calidad. Santiago de Chile: Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA); 2009.
44. Isqua. [s.l.]: International Society For Quality In Health Care 2018. Who we are? [aprox. 10pantallas.]
45. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del paciente. 2020. Disponible en: https://www.seguridadpaciente.es/wp-content/uploads/2020/09/1.ps_research_brochure_es.pdf
46. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. 11 de septiembre de 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
47. Gobierno de México. Secretaría de salud de México. Conoce las acciones esenciales para la seguridad del paciente. 2018. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-las-acciones-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente?idiom=esDe>
48. OPS/OMS. Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55860>

49. Tápanes Galvan W, Errasti García MY, Arana Graciaá RM, Rodríguez García I, Román Carriera JC, Santana Santana I. Control de la Calidad en la Salud Pública. Reseña Histórica. Rev Méd Electrón. 2019;41(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000300809
50. Prestación de servicios de salud de calidad: imperativo global para la cobertura sanitaria universal [Delivering quality health services: a global imperative for universal Health coverage]. Ginebra:Organización Mundial de la Salud, OCDE y Banco Mundial; 2020. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340027/9789240016033-spa.pdf>
51. Astier Peña MP, Martínez Bianchi V, Torijano Casalengua ML, Ares Blanco S, Bueno Ortiz JM, Fernández García M. Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: identificando acciones para una atención primaria más segura. Aten primaria. 2021. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-plan-accion-mundial-seguridad-S0212656721002584>
52. Ministerio de Justicia. Gaceta Oficial No.9. Edición Especial. Decreto Ley 62 Del Sistema Internacional de Unidades. 30 de diciembre 1982.
53. Mejías Sánchez Y, Morales Suárez I, Perera Vandrel S. Bases legales y proyecciones de desarrollo de la metrología en el Sistema Nacional de Salud. Rev Cubana Salud Pública. 2015;41(1):172-177. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v41n1/spu17115.pdf
54. Mejías Sánchez Y, Cabrera Cruz N, Rodríguez Acosta MM, Toledo Fernández AM, Norabuena Canal MV. Bases legales de la calidad en los servicios de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2013;39(4):796-803. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v39n4/spu16413.pdf>
55. Oficina Nacional de Normalización. Cuba: ONN;2017. Decreto-Ley 182/1998. De la Normalización y Calidad. Disponible en:

56. Oficina Nacional de Normalización. Cuba: ONN; 2017. Decreto-Ley 183/1998. De la Metrología.
57. Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución. 11 de abril de 2011.
58. Actualización de los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución para el período 2016-2021. En: 7mo Congreso del Partido en abril de 2016 y por la Asamblea Nacional del Poder Popular en Julio del 2016. Bohemia. 2016. Disponible en: <https://www.tsp.gob.cu/documentos/lineamientos-de-la-politica-economica-y-social-del-partido-y-la-revolucion-para-el>
59. Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución para el período 2021-2025. Disponible en: <https://acortar.link/Lb3AhG>
60. Puig Meneses Y. Consejo de Ministros aprueba políticas para la informatización de la sociedad y para otros importantes sectores. 2017.
61. Consejo de Estado. Decreto Ley 8/2020. De la Normalización, Metrología, Calidad y Acreditación. Disponible en: <http://juriscuba.com/legislacion-2-decretos-leyes-decreto-ley-no-08-2020/>
62. Consejo de Ministros. Decreto 16/2020. Reglamento de Normalización, Metrología, Calidad y Acreditación. Disponible en: <http://juriscuba.com/legislacion-2-decretos-2-decreto-no-16-2020/>
63. Ministerio de justicia. Gaceta Oficial de la República de Cuba, No. 61 del 15 de agosto de 1983. Ley No 41 Capítulo IV. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/ley_41_de_la_salud_publica.pdf
64. Saborido Loidi JR. La Universidad y la agenda 2030 de desarrollo sostenible en el centenario de la Reforma Universitaria de Córdoba. Visión desde Cuba. Universidad 2018. En: 11no Congreso Internacional de Educación Superior. Palacio de las Convenciones. 12 de febrero de 2018.
65. Mejías Sánchez Y, Morales Suárez I, Fernández Vidal A. Calidad. Una mirada desde los Sistemas de Salud. INFODIR. 2017;25:110-116. Disponible en: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/info-dir/article/view/418>

66. Ministerio de Salud Pública. Resolución 145/2007 Anexo1 del Reglamento General de Hospitales. 2007.
67. Ministerio de Salud Pública. Transformaciones necesarias en el Sistema Nacional de Salud Pública. La Habana: MINSAP; 2010.
68. Constitución de la República de Cuba. La Habana: Editora Politécnica; 2019.
69. Asamblea Nacional del Poder Popular. Anteproyecto de Ley de Salud Pública. 2023.
70. Ministerio de Salud Pública (CUB). Departamento de Atención Primaria de Salud. Programa del médico y la enfermera de la familia 2da. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023. Disponible en: <http://www.ecimed.sld.cu/2023/07/24/programa-del-medico-y-la-enfermera-de-la-familia/>
71. Ministerio de Salud Pública. Departamento Materno Infantil. Programa de Atención Materno Infantil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2024. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-nacional-de-atencion-materno-infantil/>
72. Ministerio de Salud Pública. Resolución 223/2016 aprueba el Consejo Técnico Asesor del Ministerio de Salud Pública. 2016.
73. Ministerio de Salud Pública. Resolución 224/2016 aprueba la conformación y Reglamento del Consejo Técnico Asesor del Ministerio de Salud Pública. 2016.
74. Ministerio de Salud Pública. Resolución 351/2016. Requisitos para la Atención Médica Internacional. 2016.
75. Sánchez Mejías Y, Morales Suárez I, Arteaga García A, Fernández Vidal A. Una propuesta metodológica para el diseño de protocolos de actuación en la Atención Médica. INFODIR. 2024;(43). Disponible en: <https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/1612>

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Akhavein D, Sheel M, Abimbola S. Seguridad sanitaria: ¿Por qué la salud pública no es suficiente? *Glob healthpolicy*. 2025; 10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s41256-024-00394-7>
- Hernández Vergel LL. Sistema de indicadores para evaluar la eficacia del proceso de enfermería en el contexto hospitalario. [Tesis Doctor Ciencias de la Enfermería]. La Habana. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. 2022.
- González Fajardo I. Sistema de evaluación externa de la calidad para química clínica en laboratorios de Pinar del Río. [Tesis]. Pinar del Río. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2022.
- Mejías Sánchez Y. Estrategia de superación profesional en Calidad en salud para directivos de ciencia e innovación tecnológica. [Tesis]. La Habana. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. 2021.
- Portal Miranda JA, Corratgé Delgado H, Vidal Ledo MJ. Objetivos, retos y prioridades del MINSAP, 2019. *INFODIR*. 2019;29:138-142. Disponible en: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/590>
- Morales Ojeda R. Salud universal para el desarrollo sostenible en Cuba. En: III Convención Internacional Cuba Salud 2018;23 de abril 2018. Palacio de las Convenciones de La Habana, Cuba.
- Castel Florit Serrate P, Lozano Lefrán A. Un estilo de liderazgo oportuno en salud pública. La Habana: CEDIH; 2018.
- Ramos Domínguez BN. Control de la calidad de la atención a la salud. La Habana: ECIMED; 2011.

El proceso de acreditación en salud se ha convertido en una práctica dinamizadora de la calidad de los servicios. Las diferentes organizaciones desarrollan programas de acreditación con alcance internacional, así como los sistemas de salud de los países asumen sus propios modelos, basados en la evaluación mediante estándares óptimos y alcanzables. La obra es una herramienta metodológica que ofrece referentes teóricos del tema, sus componentes y las generalidades de los manuales de acreditación de hospitales, policlínicos y servicios estomatológicos que se le anexan. Se recomienda para uso sistemático con el fin de contribuir a la mejora de la calidad de los servicios de salud.

Los autores, profesionales con experiencia en los procesos de atención, docencia, investigación y gestión, junto a destacados investigadores y expertos, han diseñado, validado y generalizado la propuesta de Sistema cubano de acreditación de instituciones de salud, que responde a las políticas aprobadas y al marco legal vigente relacionado con la calidad de los servicios.