



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



140.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 25-29 de junio de 2007

Punto 4.13 del orden del día provisional

CE140/18 (Esp.)
15 mayo 2007
ORIGINAL: ESPAÑOL

POLÍTICA Y ESTRATEGIA REGIONALES PARA LA GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA, INCLUYENDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Introducción

1. La calidad*, incluyendo la seguridad del paciente, es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud. Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos de los Estados Miembros, aún persisten importantes desafíos en materia de calidad tanto en los países más desarrollados como en los países en vías de desarrollo (1-4). Este documento propone cinco líneas estratégicas de acción para el mejoramiento de la calidad de la atención sanitaria y la seguridad del paciente, con énfasis en los grupos poblacionales más vulnerables. Igualmente, propone la creación de un observatorio regional de calidad que acompañe a la formulación consensuada de una estrategia regional en materia de calidad.

Antecedentes

2. La atención sanitaria de calidad deficitaria impone una carga negativa muy significativa a la sociedad y a los sistemas sanitarios. En el anexo se presentan algunos indicadores seleccionados sobre la situación de la calidad de la asistencia sanitaria y la seguridad del paciente en la Región de las Américas. La falta de calidad se manifiesta de múltiples formas incluyendo:

* El Instituto de Medicina de los EUA (IOM) define la calidad como el grado en que los servicios de atención en salud: 1) incrementan la probabilidad de alcanzar un resultado deseado en salud; y 2) son consistentes con conocimientos profesionales actualizados. A esta definición se le debe agregar el componente subjetivo de la calidad que corresponde a la calidad percibida por parte de los usuarios.

- a) Servicios de salud inefectivos, es decir, que no alcanzan el resultado esperado en salud. Este problema se expresa en términos de injustificada variabilidad de la práctica clínica, aplicación de cuidados inoportunos o innecesarios, y un alto porcentaje de cuidados no consistentes con el conocimiento profesional actual. En el caso más extremo, la falta de calidad hace al servicio de salud inseguro ocasionando daño material o humano, situación que ha motivado un aumento de las demandas legales contra profesionales y servicios de salud. A nivel regional, son ejemplos de lo anterior el excesivo número de casos de mortalidad materna y neonatal, de infección nosocomial, de uso irracional de medicamentos, y de fallos quirúrgicos.
 - b) Servicios de salud ineficientes, es decir, con costes superiores a los necesarios para obtener el mismo resultado. Este fenómeno contribuye a un aumento excesivo del gasto en salud sin el correspondiente mejoramiento del desempeño de los servicios de salud. Ello supone un costo de oportunidad para el servicio sanitario, retrayendo recursos que podrían invertirse, por ejemplo, en incrementar la cobertura de los servicios a las poblaciones más desprotegidas. La baja capacidad resolutive del primer nivel de atención es un paradigma de ineficiencia por su repercusión en la presión sobre urgencias hospitalarias o en consultas en niveles de atención de mayor complejidad.
 - c) La mala calidad se expresa también en limitada accesibilidad, con barreras administrativas, geográficas, económicas, culturales o sociales, e indiferencia respecto a la perspectiva de género en la provisión de servicios de salud. Esta situación se manifiesta en largas listas de espera, horarios de atención incompatibles con las posibilidades de consulta del usuario, distancias excesivas al centro de atención sanitaria, falta de medicamentos en los centros de atención, y oferta de servicios no adecuada al contexto/preferencias culturales y sociales del ciudadano.
 - d) Finalmente, otra expresión de la falta de calidad corresponde a la insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de salud con los servicios de salud. Los ciudadanos se quejan por ejemplo de maltrato, falta de comunicación e inadecuación de instalaciones de salud. Por otra parte, los profesionales y trabajadores de salud sufren de desmotivación, sobrecarga de trabajo, y en los casos más extremos el síndrome de “burn out”, lo que contribuye aún más al deterioro de la calidad del servicio prestado.
3. Las causas de la falta de calidad son múltiples e involucran fallos tanto a nivel sistémico como a nivel de la prestación de servicios de salud individual.

- a) A nivel sistémico, contribuyen a la mala calidad: 1) la falta de posicionamiento de la calidad en las prioridades, y agenda de reforma del sector salud; 2) la deficiencia de los marcos reguladores de la calidad tales como las normas y estándares técnicos, los sistemas de acreditación, certificación, y habilitación, y las cartas de deberes y derechos de los pacientes; 3) la insuficiencia o falta de recursos materiales, humanos y financieros; 4) la falta de sistemas de información para la gestión adecuada de los recursos; 5) las transferencias financieras o mecanismos de pago a prestadores no vinculados a nivel de desempeño y resultados en salud, y 6) la formación de pregrado y posgrado con bajos estándares técnicos, éticos y humanos.
- b) A nivel de la prestación de servicios de salud individual, son causas de mala calidad: 1) la desmotivación de los trabajadores de la salud; 2) la debilidad en materia de competencias y destrezas técnicas; 3) la ausencia de trabajo en equipo y de relaciones de confianza adecuadas; 4) la atención bajo un modelo paternalista que no involucra al usuario en la toma de decisiones; 5) las condiciones de trabajo inadecuadas, y 6) la inexistencia de carrera profesional y programas de actualización profesional.

Informe de progreso

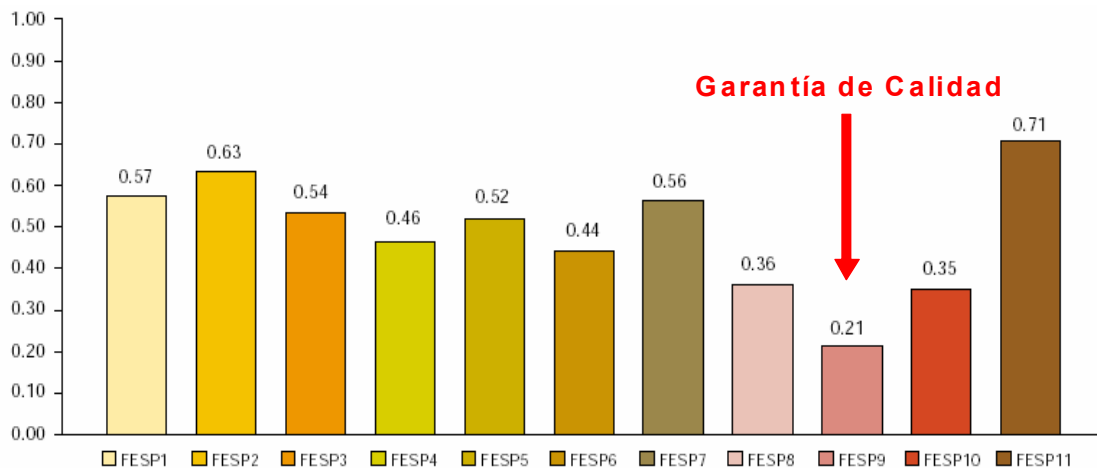
4. En las últimas décadas varios de los países de la Región han desarrollado importantes iniciativas en materia de calidad y seguridad de los pacientes. A modo de ejemplo:

- En febrero de 2001, México inició su “Cruzada Nacional por la Calidad” con el objetivo de elevar la calidad de los servicios y llevarla a niveles aceptables en todo el país.
- Perú ha introducido un sistema nacional de acreditación de centros sanitarios con una nueva propuesta en implementación durante 2007.
- Argentina cuenta con numerosas entidades dedicadas a la mejora de la calidad y un programa nacional de “habilitación categorizante”.
- Costa Rica ha liderado el compromiso con las actividades en seguridad del paciente.
- Brasil ha desarrollado importantes ejercicios de evaluación de la calidad y promovido estrategias de mejora desde la acreditación a la promoción de la seguridad del paciente.
- Colombia dispone de un sistema de reporte de efectos adversos de la atención sanitaria.

- Chile cuenta con un sólido recorrido en iniciativas para el control de la infección asociada a la atención sanitaria.

5. Con relación a los desarrollos en calidad de OPS/OMS se puede destacar la publicación en 1992 del Manual de Acreditación para Hospitales de Latinoamérica y el Caribe (5), el cual tuvo gran aceptación y uso en los países de la Región. En el año 2000 la iniciativa sobre las funciones esenciales de salud pública (FESP) estableció como novena función la “garantía de calidad de los servicios de salud individuales y colectivos”. La importancia de esta definición radica en dos planos. En primer lugar, responsabiliza al Estado de velar por la calidad de la atención tanto en el sector público como privado. En segundo lugar, señala los componentes específicos para el ejercicio de esta función, los que incluyen el monitoreo continuo de la calidad, la evaluación de las tecnologías sanitarias, la producción de normas, y la aplicación de metodología científica en la evaluación de las intervenciones de salud. En la evaluación de las FESP realizada en 2002, la novena función recibió la peor evaluación (6) (ver gráfico siguiente).

Gráfica 1: Desempeño de las FESP en la Región de las Américas (6)



6. En mayo de 2002 la 55.^a Asamblea Mundial de la Salud (AMS) adoptó la resolución WHA55.18 “Calidad de la atención: Seguridad del paciente” por la que se urge a los Estados Miembros “a prestar la mayor atención al problema de la seguridad del paciente” y a “establecer y fortalecer los sistemas científicos necesarios para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención”. En respuesta a la anterior resolución, en 2004 la 57.^a Asamblea Mundial de la Salud propuso formar la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (AMSP), cuyo lanzamiento por parte del Director General de la OMS tuvo lugar en el mes de octubre del mismo año en la sede de OPS/OMS en Washington DC (4).

7. En respuesta a esta iniciativa global, la OPS/OMS ha alineado su estrategia de la mejora de la calidad con los objetivos de la AMSP. En mayo de 2006, tuvo lugar el Primer Taller Regional de Pacientes en pro de la Seguridad del Paciente en San Francisco (EE.UU), donde profesionales y pacientes de la Región establecieron una primera red de líderes regionales. En marzo de 2007, se celebró el primer taller regional del primer Reto Mundial de la AMSP, “Una atención limpia es una atención más segura”, en San José, Costa Rica. Además, en marzo de 2007 se celebró en Buenos Aires, Argentina, la primera reunión de trabajo del proyecto de investigación en seguridad del paciente, “IBEAS”, cuyo objetivo es conocer la frecuencia de efectos adversos en una muestra de más de 20 hospitales de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. El estudio IBEAS es un proyecto de colaboración entre AMSP, OPS/OMS y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España.

8. Otras iniciativas de carácter regional incluyen los Centros Cochrane Iberoamericanos de medicina basada en la evidencia, la Red iberoamericana de guías para la calidad, la Red mesoamericana EPQI de mejoramiento continuo de la calidad basado en evidencias, y el Grupo de expertos de enfermería en seguridad del paciente.

9. A pesar de los progresos señalados anteriormente, la mejora de la calidad constituye todavía un reto muy significativo para la Región, no solo por la persistencia de los problemas asociados a la falta de calidad, sino también por la multiplicidad de conceptos y enfoques para mejorarla (1-7). Esta heterogeneidad, unida a la falta de información disponible, dificulta el establecimiento de un marco conceptual compartido y el establecimiento de prioridades de intervención. Igualmente, la escasa evidencia del costo-efectividad de las estrategias de mejora de la calidad genera un dilema para los tomadores de decisión sobre qué política y cuales estrategias tendrán un mayor impacto en los resultados de la atención sanitaria (1).

Propuesta

10. El contexto y la situación regional actual requieren de la definición de una estrategia regional en pro de la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Esta estrategia debe incluir la continuación de la atención sanitaria a los pacientes, familias y comunidades, y enfocarse a los grupos poblacionales más vulnerables y a los temas de salud prioritarios definidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Su desarrollo requerirá de un análisis de situación exhaustivo y un ejercicio consultivo regional. Para ello se definen a continuación las siguientes líneas estratégicas de acción:

a) *Posicionar la calidad de la atención sanitaria y la seguridad del paciente como prioridad sectorial*

- Diálogo de políticas con autoridades nacionales con el objeto de incorporar la calidad y seguridad del paciente en las políticas sectoriales y procesos de reforma del sector;
- Participación y abogacía activa en diversos foros globales y regionales;
- Firma de compromisos políticos para la acción. (Se espera que en diciembre de 2008 al menos 20 países de Latinoamérica y el Caribe hayan suscrito el compromiso con el Primer Reto Mundial por la Seguridad del Paciente: “Una atención limpia es una atención más segura”.);
- Identificación y orientación de líderes – “embajadores” – en pro de la calidad y seguridad de la atención sanitaria;
- Abogacía por la incorporación de la calidad y seguridad del paciente en el currículo de formación de los trabajadores de la salud.

b) *Promover la participación ciudadana en temas de calidad*

- Propicia de la definición de los deberes y derechos de los ciudadanos y profesionales sanitarios en cuanto a la calidad de la atención sanitaria y seguridad del paciente, incluyendo aspectos tales como el manejo de la intimidad, confidencialidad y la seguridad emocional;
- Incorporación de herramientas para la evaluación de la satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios;
- Promoción de la creación y fortalecimiento de iniciativas de ciudadanos en mejora de la calidad y seguridad del paciente, así como su vinculación con tomadores de decisión, gestores y sociedades profesionales. (Se estima que para diciembre de 2007 habrá iniciativas de participación de este tipo en al menos cinco países).

c) *Generar información y evidencia en materia de calidad*

- Producción y pilotaje de una herramienta de medición de la situación de la calidad y seguridad del paciente en centros sanitarios. (Se prevé informe final en diciembre de 2008.);
- Compilación y disponibilidad de información sobre calidad y seguridad del paciente haciendo uso de medios virtuales;
- Desarrollo y estímulo de líneas de investigación prioritarias:

- Situación de iniciativas de calidad en Latinoamérica y el Caribe a través de la revisión de la literatura y una encuesta a informantes clave. (Se prevé la publicación de resultados en octubre de 2007.);
 - Seguridad del paciente (estudio IBEAS). (Se prevé la publicación del informe final en marzo de 2008.);
 - Efectividad de soluciones en materia de higiene de manos (Se prevé informe final en junio de 2008). Estrategia PICK para la prevención del Kernicterus, y prevención de la retinopatía del prematuro (se prevé informe final en diciembre de 2008).
- d) *Desarrollar, adaptar y apoyar la implantación de soluciones en calidad*
- Compilación y difusión de material, modelos y herramientas existentes para la mejora de la calidad incluyendo modelos de mejora continua y garantía de la calidad, además de la edición de un manual de metodologías en calidad y seguridad de la atención sanitaria y manuales específicos en el área de infección nosocomial;
 - Capacitación en modelos y herramientas de calidad mediante cursos online como los de la Red Iberoamericana de Guías para la Calidad, actividades formativas presenciales en colaboración con la AMSP, cursos de calidad de la Agencia Española de Cooperación Internacional, formación de la Red Mesoamericana EPQI promovida por la Universidad de Tohoku, Japón, etc;
 - Prestación de asesoría técnica en la formulación, mejoramiento e implementación de los programas nacionales de calidad y seguridad del paciente de los Estados Miembros;
 - Promoción del intercambio de experiencias entre los Estados Miembros.
- e) *Desarrollar una estrategia regional para el fortalecimiento de la calidad de la atención sanitaria y seguridad del paciente con un horizonte de 10 años.* La metodología para su desarrollo se fundamentará en un proceso consultivo regional que involucrará autoridades de salud, líderes en calidad, expertos y otros actores relevantes. El plan incluirá el establecimiento de un marco conceptual de consenso en calidad y seguridad del paciente y un plan operativo regional en cuatro niveles: país, grupos de países, corporativo y multiagencial. La fecha prevista para la finalización de la estrategia es diciembre de 2008.
11. Las líneas estratégicas anteriores priorizarán a los grupos poblacionales más vulnerables, especialmente a aquellos contenidos en los ODM. Los temas seleccionados para el grupo materno-infantil incluyen mortalidad maternal, infecciones neonatales, prevención de la retinopatía del prematuro y prevención del Kernícterus. Además se

priorizarán diversos temas de salud tales como la infección nosocomial (objetivo del Primer Reto Mundial de la AMSP 2005-2006); la cirugía segura (objetivo del Segundo Reto Mundial de la AMSP 2007-2008); y las tecnologías y medicamentos seguros (sobre la base del trabajo que ya viene realizando la OPS/OMS en estas áreas).

12. La presente propuesta contempla también la creación de un observatorio regional de calidad en la atención sanitaria y seguridad del paciente constituido por los responsables nacionales en calidad, académicos, representantes de ciudadanos, agencias de cooperación internacional y otras ONG. Este observatorio, cuya fecha de inicio de actividades se prevé para diciembre de 2007, tendrá las siguientes funciones:

- Generar, analizar y diseminar información y soluciones en materia de calidad;
- Contribuir a posicionar la calidad como componente fundamental para la efectividad y sostenibilidad de los sistemas de salud;
- Promover el intercambio de experiencias y soluciones entre los Estados Miembros de la Región y otras regiones del mundo;
- Movilizar recursos en apoyo a las iniciativas de calidad;
- Apoyar el desarrollo de la estrategia regional de calidad y seguridad del paciente.

13. Esta propuesta se enmarca en el proyecto AMPES THS.0051 “Mejora de la Calidad de los Servicios” del Presupuesto Bial 2006-2007 de la OPS/OMS, cuyo objetivo es concentrar esfuerzos en el apoyo a los Estados Miembros para la mejora del estado de salud de sus poblaciones e individuos y sobrepasar las barreras en la accesibilidad a bienes y servicios de calidad, particularmente en poblaciones vulnerables. A su vez la propuesta se encuadra en el Proyecto de Plan Estratégico 2008-2012 en el Objetivo Estratégico 10 (SO10), de “Mejora de la Organización, Gestión y Prestación de los Servicios de Salud”, definiéndose como primer Resultado Esperado Regional (RER) el apoyo a los Estados Miembros en la provisión de un acceso equitativo a servicios de salud de calidad, con especial énfasis en poblaciones vulnerables, y servicios de salud que utilicen estándares reconocidos y las mejores prácticas y evidencia disponible.

14. Los recursos confirmados para el desarrollo de la estrategia en el periodo de junio de 2006 a 2008 alcanzan un total neto aproximado de US \$ 839.000. El 98% de los fondos procede de financiamiento extrapresupuestario, siendo las fuentes 52% de la AMSP/OMS, 42% de la cooperación española (como componente del Programa de Salud en Iberoamérica 2005-2007) y 4% de otras entidades (Joint Commission-Joint Commission International, Parents of Infants and Children with Kernicterus-PICK). Además, la cooperación española está financiando la contratación de un experto asociado en calidad a tiempo completo. Por último, se están haciendo esfuerzos para movilizar recursos

financieros adicionales con la propia cooperación española, la AMSP/OMS, la USAID del gobierno de los EUA, el gobierno de Japón (JICA), y la Fundación Mérioux.

15. Esta propuesta se sustenta también en la colaboración con distintos centros nacionales e internacionales. Algunas de las colaboraciones más destacadas son:

- a) Joint Commission-Joint Commission International, centro colaborador oficial de la AMSP/OMS para el diseño de soluciones en seguridad del paciente.
- b) Además otros centros con quienes existen actividades en desarrollo y/o relación activa, como:
 - Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo de España, y sus entidades colaboradoras (la Universidad Española y servicios de salud regionales);
 - International Society for Quality (ISQua);
 - Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH);
 - Sociedad Argentina de Calidad Asistencial (SACAS);
 - Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES) de Argentina;
 - Iniciativa EPQI de la Universidad de Tohoku, Japón;
 - Quality Assurance Project QAP, University Research Co., LLC.

Intervención del Comité Ejecutivo

16. Se solicita al Comité Ejecutivo que considere estas líneas estratégicas de acción y apoye la creación de un observatorio regional de calidad, así como recomendar medidas que podrían tomarse para fortalecer la calidad de la atención, incluyendo la seguridad del paciente.

Referencias

1. Management of quality of care: Quality assurance. World Health Organization (WHO) [sede Web]. Ginebra: World Health Organization (WHO); [acceso 30 de abril de 2007]. Disponible en: <http://www.who.int/management/quality/assurance/en/print.html>.
2. Healthcare & Quality. Institute of Medicine of the National Academies (IOM). [sede Web]. Washington D.C.: National Academy of Sciences (NAS); [acceso 30 de abril de 2007]. Disponible en: <http://www.iom.edu/CMS/3718.aspx>.
3. Health Research Institute. PricewaterhouseCoopers [sede Web]. New York: Pricewaterhouse Coopers International Limited; [acceso 30 de abril de 2007]. Disponible en: <http://www.pwc.com/us/eng/about/ind/healthcare/hri.html>.
4. World Alliance for Patient Safety. World Health Organization (WHO) [sede Web]. Ginebra: World Health Organization (WHO); [acceso 30 de abril de 2007]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/en/>.
5. Panamerican Health Organization, Latin American Federation of Hospitals. Quality Assurance; Hospital Accreditation for Latin America and the Caribbean. Washington D.C.: PAHO; HSD/SILOS-13; 1992.
6. Panamerican Health Organization/ World Health Organization (PAHO/WHO). Public Health in the Americas: New Concepts, Analysis of Performance, and Basis for Action. Washington D.C.: PAHO/WHO; Scientific and Technical Publication No. 589; 2002.
7. World Health Organization (WHO). Quality and accreditation in health care services. A global review. Geneva: WHO; WHO/EIP/PSD/2003.1; 2003.

Anexo

Algunos indicadores seleccionados sobre la situación de la calidad de la asistencia sanitaria y la seguridad del paciente en la Región de las Américas

Funciones y manifestaciones en calidad	Algunos indicadores seleccionados
Función reguladora de la garantía de la calidad por parte del Estado. ^a	<ul style="list-style-type: none"> - Solamente el 49% de los países refieren contar con políticas nacionales de calidad; sólo el 30% disponen de un organismo gestor de tecnologías sanitarias, y sólo el 22% cuentan con organismos autónomos de acreditación.^a - Solamente el 43% de países aplican estándares de calidad.^a - Únicamente el 27% de países ha medido avances en materia de calidad.^a
Manifestaciones de ineffectividad	<ul style="list-style-type: none"> - En Brasil, para el año 2004 la proporción de partos vía cesárea fue de 41.8%.^b - En un análisis sobre la productividad de algunos hospitales de las Américas se encontró que el número de exámenes de laboratorio por egreso variaba en un rango entre 22.8 y 2.1 exámenes de laboratorio por egreso.^c
Manifestaciones de ineficiencia	<ul style="list-style-type: none"> - Un 51% de las hospitalizaciones corresponden a problemas de salud susceptibles de manejo ambulatorio y/o del 1er nivel de atención.^d - El coste en un hospital de Guatemala de la neumonía nosocomial asociada a la ventilación mecánica ascendió a US \$ 1.758 por caso, es decir, 2.5 veces más del costo del cuidado de un paciente que no adquiere esta infección.^e - En Brasil, Passarelli et al^f reportan que la hospitalización se alargó diez días en los casos de reacción adversa a los medicamentos.
Manifestaciones de inseguridad	<ul style="list-style-type: none"> - En Brasil, en un hospital universitario, el 61% de los adultos mayores ingresados presentaron al menos una reacción adversa a medicamentos. De éstas, en aproximadamente ¼ de los casos se habían administrado medicamentos inapropiados para mayores.^f - En México, en un hospital terciario de patología respiratoria el 9,1% de los hospitalizados presentó efectos adversos asociados al cuidado, de los cuales el 17% sufrió discapacidad transitoria, el 52% prolongación de la estancia, y en el 26% fueron causa contribuyente de la muerte. El 74% de estos efectos adversos fueron valorados como potencialmente prevenibles.^g - En el Hospital Escuela de Honduras la prevalencia de Infección Intra-hospitalaria en servicios sujetos a vigilancia puntual fue del 10%.^h - En Perú, los hospitales de Ministerio de Salud presentan una incidencia de infección de herida operatoria de 2,1, y de endometritis puerperal de 1,19 por cada 100 partos por cesárea.ⁱ
Manifestaciones de falta de accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> - En el istmo centroamericano sólo el 59,1% de los partos son atendidos por profesionales entrenados.^j - En municipios del noreste de Brasil, al menos el 10% de mujeres que utilizaron los servicios de salud en los tres meses previos a la evaluación refirieron insatisfacción con la accesibilidad.^k

^a PAHO/WHO; Public Health in the Americas: New Concepts, Analysis of Performance, and Basis for Action. Scientific and Technical Publication No. 589; 2002. ^bPAHO/WHO. Documento borrador de la ECP de Brasil. OPS/OMS; 2007. ^cOPS/OMS.ACODESS. Ministère des Affaires Étrangères. République Française. La Transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington D.C.: OPS/OMS; 2001. ^dPAHO/WHO, Estudio Regional sobre e Assistência Hospitalar e Ambulatorial Especializada na América Latina e Caribe. Documento THS/OS/04/2; 2004. ^eSalvatierra-González,

R.M. Costo de la infección nosocomial en nueve países de América Latina.; Washington D.C.: OPS; DPC/CD/271/03; 2003. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/ee-amr-costo-infec-nosocomial.htm>.^fPassarelli MC, Jacob-Filho W, Figueras A.; Adverse drug reactions in an elderly hospitalised population: inappropriate prescription is a leading cause. *Drugs Aging*. 2005;22(9):767-77.^gHerrera-Kiengelher L, Chi-Lem G, Baez-Saldana R et al. Frequency and correlates of adverse events in a respiratory diseases hospital in Mexico city; *Chest*. 2005 Dec;128(6):3900-5. ^hKafati R. Informe de actividades de vigilancia de infecciones intrahospitalarias 2006. En: I Taller Regional de Atención Limpia es Atención Segura. San José de Costa Rica, Costa Rica. 2007. ⁱCárdenas F. Infecciones intrahospitalarias en el Perú. En: I Taller Regional de Atención Limpia es Atención Segura. San José de Costa Rica, Costa Rica. 2007. ^jPAHO/WHO, Health situation in the Americas. Basic indicators. PAHO/HDM/HA/06.1; 2006. ^kAtkinson, S. and D. Haran, Individual and district scale determinants of users' satisfaction with primary health care in developing countries. *Soc Sci Med*, 2005. 60(3): p. 501-13.

- - -