7

ACREDITACION DE HOSPITALES Y UTILIZACION DE MEDICAMENTOS

Lluís Bohigas

DEFINICION DE ACREDITACION

La acreditación de centros sanitarios es un proceso de evaluación de una institución sanitaria que consiste en compararla con unos estándares previamente establecidos que definen la institución excelente.[1] Si la institución evaluada cumple con los estándares recibe un certificado de acreditación.[2]

Una institución sanitaria tiene interés en mostrar su nivel de calidad. Esta información puede interesar a los pacientes o potenciales pacientes del hospital, a los financiadores del hospital sean compañías de seguros o instituciones públicas, y también interesa a la administración sanitaria que debe velar por la seguridad de las instituciones sanitarias. Mediante la acreditación, la institución sanitaria les transmite una información correcta y contrastada sobre su nivel de calidad que no esté viciada por anécdotas o errores accidentales.[3]

La Acreditación es un método de evaluación basado en la comparación con estándares previamente determinados que están publicados y son de dominio público. En la elaboración de los estándares se han tenido en cuenta opiniones profesionales basadas en juicios expertos.[4] El hospital o la institución sanitaria que participa en la acreditación lo hace de forma voluntaria y en su propio interés.

La evaluación se realiza sobre el conjunto de la institución sanitaria y el objeto de evaluación es la organización de esta institución, no la práctica clínica de sus profesionales. La evaluación de la práctica clínica profesional se denomina certificación y recertificación de los profesionales.

La evaluación la realiza una institución externa a la entidad evaluada con el objetivo que esta sea independiente e imparcial. Estas dos características son las que garantizan a los usuarios de la evaluación que esta ha sido realizada de forma correcta y por lo tanto pueden dar valor a los resultados.

La evaluación se realiza sobre el terreno es decir dentro de la institución evaluada, mediante unos profesionales sanitarios que han sido formados específicamente para realizar esta evaluación. Estos profesionales son o han sido directivos en instituciones sanitarias del mismo tipo que las evaluadas.[5]

La acreditación finaliza con la entrega a la institución evaluada de un certificado en el que la institución evaluadora certifica que ha realizado la revisión pertinente y que la institución evaluada cumplía un número suficiente de están-

dares. La institución evaluadora garantiza mediante su firma ante terceros la fiabilidad de la evaluación realizada. El certificado tiene una duración temporal, generalmente de tres años.

La Acreditación es diferente a una auditoría contable, aunque las dos son evaluaciones externas. El objetivo de la evaluación es diferente, mientras en la auditoría se evalúa la fiabilidad de la contabilidad en cambio en la acreditación se evalúa la calidad de la institución sanitaria. La Acreditación evalúa toda la institución sanitaria y no un solo sistema o proceso como es el caso de la evaluación por las normas ISO.

Estas normas sirven de base para certificar el sistema de calidad y no el conjunto de los procesos y funciones de una institución. Las normas ISO son las mismas para cualquier empresa, mientras que los estándares de acreditación son específicos para un tipo de institución sanitaria: hospital, centro de larga estancia, etc.[6]

La Acreditación es diferente de la Autorización Administrativa que otorga la Administración Sanitaria. La Autorización Administrativa es un permiso necesario y obligatorio para toda institución sanitaria que empieza a trabajar y la Administración Sanitaria puede impedir el funcionamiento legal de la institución que no disponga del mismo.

La Autorización Administrativa requiere un nivel mínimo de exigencia, basado generalmente en normas de la construcción y del equipo de un centro sanitario y generalmente tiene validez para toda la vida de la institución.

HISTORIA DE LA ACREDITACION DE CENTROS SANITARIOS

En el año 1917, el American College of Surgeons (ACS) creó un programa de estandarización de hospitales.[7] El resultado de la primera evaluación fue que sólo 89 hospitales superaron los estándares revisados. El ACS continuó ofreciendo el programa de evaluación a los hospitales americanos hasta llegar a acreditar en el año 1950 a 3.290 centros. El programa era demasiado grande para el Colegio que se asoció a otras instituciones profesionales para formar la Joint Commission of Accreditation of Hospitals. Esta institución acreditó los hospitales canadienses hasta 1959, año en que se formó el Canadian Council of Accreditation of Hospitals para acreditar en el Canadá.

La Joint Commission creó en 1965 un programa de acreditación para centros de larga estancia y en 1970 uno para centros psiquiátricos. La ampliación de la Joint Commission hacia otros tipos de centros sanitarios ha continuado hasta la actualidad. Este hecho motivó el cambio de nombre que se produjo en 1987: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) (Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias).

Las actividades de la Joint Commission sirvieron de base a programas de acreditación en otros paises. La acreditación se inició en Australia en 1974 con la creación del Australian Council on Healthcare Standards (Consejo Australiano de Estándares Sanitarios). En el Reino Unido el King's Fund inició en 1989 el Organisational Audit Program

que a partir de 1995 empezó a acreditar hospitales. En 1998 este programa ha cambiado su nombre por Health Quality Service (HQS). Otra institución británica, el Hospital Accreditation Programme (HAP) creada en 1990, acredita hospitales comunitarios (hospitales de menos de 50 camas dirigidos por médicos de cabecera y sin especialistas).

La Generalitat de Catalunya recibió en 1981 las transferencias de servicios sanitarios públicos y el mismo año reguló la acreditación de hospitales, que es necesaria para los hospitales que quieren concertar con el Servicio Catalán de la Salud.[8-11] En 1987 el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Educación iniciaron un programa de acreditación de hospitales vinculado al Programa MIR. Los hospitales que forman a especialistas deben estar previamente acreditados. El propósito de este programa es la acreditación de hospitales para ejercer funciones docentes.

A principios de los años 90 la Organización Panamericana de la Salud publicó un manual de acreditación de hospitales para los paises de América Latina. A partir de esta base se ha creado un programa de acreditación de hospitales en Argentina por el Instituto Técnico de Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES), y una experiencia similar en una provincia de Brasil. En Colombia se ha editado un manual de estándares. En Taiwan existe un programa de acreditación vinculado a la administración sanitaria y en el Japón existe una iniciativa de acreditación privada. En Nueva Zelanda en 1994 se crea un New Zeland Council of Accreditation con un programa similar al del consejo australiano. En Sudáfrica se crea el Council for Health Care Accreditation of South Africa (COHA-SA) a principios de los años 90 para acreditar los hospitales de aquel país.

En volumen de instituciones acreditadas, la Joint Commission supera las 15.000 mientras que el Canadian Council que le sigue a continuación no supera el millar, los demás acreditadores evalúan cifras menores.

La Joint Commission es una institución independiente sin finalidad lucrativa cuyo propósito fundamental es la acreditación. Su liderazgo en el campo de la acreditación y la calidad es reconocido mundialmente. El Consejo de Dirección de la Joint Commission está formado por representantes de diferentes instituciones (tabla 1).

La Misión de la Joint Commission es: "Mejorar la calidad de la asistencia que recibe el público a través de la acreditación sanitaria y otros servicios que apoyan la mejora de la calidad en las instituciones sanitarias."

La Joint Commission acredita gran número de instituciones y está en crecimiento (tabla 2).

Tabla 1. Consejo de Dirección de la Joint Commission.

Institución	Representantes
American Medical Association	7
American Hospital Association	7
American College of Surgeons	3
American College of Physicians	3
American Dental Association	1
Nursing	1
Members of public	6

Tabla 2. Número de instituciones acreditadas.

Institución	Número
Hospitales	5 200
Centros ambulatorios	450
Centros de salud mental	1 100
Serv. de atención domiciliaria	4.500
Centros de larga estancia	1 200
Laboratorios clínicos	2 600
Networks	5

EL VALOR DE LA ACREDITACION

El valor de la acreditación para el hospital es doble, por una parte tiene un valor en el interior de la institución y por otro tiene un valor en cuanto a la imagen de la institución hacia el exterior.

Dentro del hospital la acreditación sirve para traducir en una actividad concreta el deseo que la mayoría de hospitales tienen de mejorar la calidad. El término calidad se utiliza ampliamente en la actualidad pero resulta a veces demasiado general o vago, en cambio la acreditación es una evaluación específica del nivel de calidad de la institución. La Acreditación se basa en unos estándares que están redactados tras un proceso de consenso profesional y que representan la excelencia en la organización y funcionamiento del hospital. Estos estándares son una guía para la gestión del hospital y constituyen unos objetivos concretos para la dirección del hospital. La evaluación externa de la acreditación permitirá observar el cumplimiento de estos estándares. Algunos hospitales han iniciado programas de calidad y en general disponen de comisiones clínicas, unidades de atención al usuario, programas de enfermería. En general se trata de intenciones muy loables pero que no están coordinadas entre ellas, y no ofrecen un enfoque global y coherente de la mejora de la calidad al hospital. Los estándares de acreditación permiten organizar una aproximación institucional a la mejora de la calidad que atañe a todos los diferentes departamentos del hospital.

Se recomienda que antes de la evaluación externa sea el propio hospital el que realice una autoevaluación de sí mismo. Se trata de un ejercicio de diagnóstico donde puede detectar los estándares que no cumple y podrá corregirlos antes del examen externo. Este tipo de autoanálisis y la corrección de fallos es un importante ejercicio de automejora que en muchos hospitales se ha convertido en la base de la gestión por objetivos. Incluso se podría afirmar que este ejercicio de preparación por si solo ya es válido para el hospital aunque después no pretenda lograr la acreditación.

Una de las ventajas que se ha descrito en más ocasiones respecto a la acreditación es que sirve de catalizador de cambios. En muchas ocasiones, la propia institución conoce sus fallos pero no logra conseguir el tiempo o el empuje para realizar los cambios necesarios o bien las resistencias son demasiado importantes. El impulso que se logra al movilizar al personal de la institución para lograr la acreditación consigue superar las barreras que existían y facilita que sucedan cambios en el hospital.

La acreditación por funciones que patrocina la Joint Commission obliga a los diferentes departamentos del hospital a trabajar en común para lograr cum-

plir con los estándares. Las funciones atraviesan de forma horizontal las estructuras del hospital lo que obliga a coordinarse y comunicarse entre sí dentro de la institución.

La utilidad externa de la acreditación varia según los diversos sistemas sanitarios. En los sistemas en los que existe la posibilidad de elección de hospital por parte del paciente, la acreditación le ofrece una información que puede ser clave para decidir la elección. El hecho que un hospital esté acreditado le indica al paciente, que el hospital ha sido examinado por una entidad externa, que lo ha valorado positivamente. El simple hecho que el hospital haya sido capaz de exponerse a una evaluación externa indica que no debe tener muchos problemas de funcionamiento y a la vez demuestra que es transparente en su gestión. Finalmente el paciente, en el caso de la evaluación de la Joint Commission, puede saber que uno de los estándares que el hospital ha superado es el de los derechos del paciente, y por lo tanto la acreditación le garantiza que estos derechos son respetados en el hospital acreditado.

En algunos paises como es el caso de los Estados Unidos o en Catalunya, la acreditación es necesaria para concertar los servicios con la seguridad social.[12] En el caso de Estados Unidos el hospital puede escoger, bien la acreditación de la Joint Commission bien una certificación otorgada por los diferentes Estados. La mayoría de los hospitales prefiere la acreditación, aunque esta debe pagarse, mientras que la certificación estatal es gratuita, porque la acreditación tiene una credibilidad dentro del sector.

LOS ESTANDARES

Los estándares son la pieza básica de la la acreditación. Los estándares son declaraciones normativas sobre lo que debe ser o hacer un centro sanitario, que se elaboran teniendo en cuenta las opiniones profesionales sobre la excelencia en el hospital. Los estándares se actualizan periódicamente para incorporar las innovaciones en el funcionamiento de las instituciones sanitarias.

Un buen estándar se refiere siempre a los aspectos esenciales del funcionamiento del centro sanitario. Los estándares son indicativos y no prescriptivos, pues indican lo que debe lograr el hospital pero no la forma de lograrlo ya que esta forma puede ser diferente según los hospitales. El estándar debe indicar el camino a seguir y no debe ser una receta de como deben hacerse las cosas. Los estándares de acreditación desarrollan criterios para evaluar el entorno asistencial y no la práctica clínica que debe evaluarse mediante otros instrumentos y otra metodología. Los estándares de acreditación deben ser evaluables.

El nivel de los estándares de acreditación debe suponer un esfuerzo de mejora para los hospitales. Un nivel mínimo no es el objetivo de la acreditación. Una institución que estuviera por debajo de un nivel mínimo no debiera poder realizar actividad sanitaria porque constituiría un peligro para la salud de sus pacientes. Por lo tanto el nivel mínimo debería fijarlo una ley y la aplicación debería ser coercitiva. El nivel máximo de calidad no es tampoco el objetivo de la acreditación, los hospitales con mayor nivel de calidad son merecedo-

res de un premio que indique al resto quienes son los líderes en este terreno. La acreditación debe fijarse en un nivel óptimo alcanzable, que suponga un esfuerzo de mejora de la calidad.

Los estándares han sufrido en estos últimos años una profunda transformación. Los estándares clásicos tenían una serie de características que han sido superadas por los estándares modernos. Los estándares clásicos de la acreditación eran departamentales siguiendo la lógica de la organización del hospital. Sin embargo los problemas más importantes de calidad que sufren los pacientes ocurren en la relación entre departamentos, la calidad de cada departamento por si misma puede ser buena pero la coordinación falla y la asistencia que recibe el paciente no es de calidad. Los estándares modernos se refieren al conjunto del hospital, que es la entidad responsable ante el paciente por la calidad de la asistencia recibida. Los estándares clásicos eran estructurales por cuanto se preocupaban de los espacios, equipos y personal que atendían al paciente. Los estándares actuales se refieren a las funciones del hospital y una de las funciones del hospital debe ser verificar que dispone de los elementos estructurales necesarios. Los estándares clásicos pedían al hospital que tuviera normas y reglamentos para dirigir su funcionamiento. Los estándares actuales también piden al hospital que mantenga estos reglamentos, pero a la vez le exigen que estas normativas se cumplan. Los estándares clásicos eran muy prescriptivos frente a los actuales que indican objetivos a conseguir. Clásicamente la acreditación evaluaba la capacidad de un hospital para prestar una atención de calidad, la acreditación moderna trata de evaluar que esta realmente se presta. Finalmente el modelo de calidad de la acreditación clásica se basaba en el manual de calidad mientras que en la actualidad se prefiere la mejora continua.

Los estándares de acreditación de la Joint Commission están organizados en tres secciones, la primera agrupa los capítulos que se refieren a las funciones centradas en el paciente, la segunda en las funciones de la organización y la tercera en las estructuras directivas.

Funciones centradas en el paciente
- Derechos del paciente y ética de la organización
- Evaluación de los pacientes
- Asistencia a los pacientes
- Educación del paciente y la familia
- Continuidad de la asistencia

Funciones de la organización
- Mejorar el desempeño de la organización
- Liderazgo
- Gestión del entorno de la asistencia
- Gestión de los recursos humanos
- Gestión de la información
- Vigilancia, prevención y control de la infección

Estructuras directivas
- Organo de gobierno
- Dirección
- Cuadro médico
- Enfermería

Cada capítulo está organizado en estándares referidos a los diferentes procesos que participan en el desarrollo de cada función.

LA UTILIZACION DE MEDICAMENTOS

El capítulo de Asistencia a los pacientes está organizado en seis categorías de asistencia al paciente:

- Anestesia
- Uso de la medicación
- Atención nutricional
- Procedimientos quirúrgicos y otros
- Rehabilitación
- Procedimientos especiales

Los estándares sobre el Uso de la medicación se refieren a todos los procesos que se efectúan desde la compra del medicamento hasta el seguimiento de los efectos secundarios del paciente.

Los procesos que en conjunto forman la función de Uso de la medicación son:

- Selección, abastecimiento y almacenamiento del medicamento
- Prescripción
- Preparación y elaboración
- Administración
- Seguimiento de los efectos en los pacientes

Los estándares requieren que haya una política farmacéutica única para todo el hospital. Un elemento fundamental de esta política es la existencia de una Guía Farmacoterapéutica para el centro y también unos criterios de actuación en el caso de prescripción de un medicamento no incluido en la guía.

El hospital debe disponer de una serie de normativas y procedimientos que regulen la prescripción segura del medicamento, la Joint Commission indica que debe estar reglamentado al menos lo siguiente:

- Distribución y administración de medicamentos controlados
- Almacenamiento, distribución y control de medicamentos en fase de investigación y de ensayo clínico
- Situaciones en las que debe suspenderse la medicación, de forma temporal o permanente, y los mecanismos para reinstaurarla
- Control de muestras
- Entrega de medicamentos al alta del paciente
- Abastecimiento, almacenaje, control, distribución y administración de medicamentos radioactivos

La preparación y administración de los medicamentos es un proceso muy importante al que los estándares aportan tres indicaciones, por una parte los farmacéuticos deben revisar todas las prescripciones y contactar con el médico cuando surge algún problema; en segundo lugar que todos los medicamentos deben estar etiquetados de manera segura y adecuada y finalmente que la distribución debe ser mediante una dosificación fácil de administrar para evitar posibilidades de error.

El farmacéutico debe recibir información sobre las pautas de medicación de cada paciente con el fin de facilitar la continuidad del tratamiento; crear un registro detallado de la medicación, supervisar los efectos adversos de la medicación y contribuir a una administración segura de la medicación.

Se deben disponer de servicios farmacéuticos cuando el departamento de farmacia esté cerrado y las áreas de atención al paciente deben disponer de medicación de urgencia de forma controlada y segura.

Las prescripciones deben verificarse y el paciente se debe identificar antes de administrar la medicación. Los estándares permiten que el paciente traiga al hospital sus medicamentos habituales y continuar con esta medicación siempre que los controle el médico.

El último proceso al que la Joint Commission dedica un estándar es la monitorización de los efectos de la medicación en el paciente e indica que se debe hacer de forma cooperativa entre las diferentes especialidades que participan en la atención.

EL PROCESO DE ACREDITACION

La Acreditación sigue un proceso temporal que empieza con la publicación de los estándares que permite a los centros sanitarios saber los criterios por los que van a ser evaluados. La acreditación es voluntaria, por lo tanto es el centro sanitario el que solicita ser acreditado. Este mismo centro realiza una autoevaluación y en función de los estándares que no cumple elabora un plan de trabajo para solucionar los no cumplimientos. La institución acreditadora envía a unos evaluadores para realizar la evaluación en la institución. La acreditación no es una evaluación por sorpresa, sino que persigue mejorar el nivel de calidad del hospital, por lo tanto la visita al hospital se planifica con tiempo suficiente, y el hospital conoce el plan de evaluación. Los evaluadores elaboran un informe sobre sus hallazgos, que es examinado por el Comité de Acreditación que toma la decisión de acreditar o no acreditar al centro sanitario. Si la decisión es de no acreditación, el centro tiene la capacidad de recurrir y su caso debe ser vuelto a examinar.

LA PREPARACION DEL HOSPITAL

La filosofía de la acreditación como método de ayuda al hospital para mejorar su calidad, se concreta en el proceso de preparación del mismo para alcanzar la acreditación. La preparación es el período cuando el hospital resuelve sus fallos y mejora su calidad. El primer paso de la preparación del hospital es el conocimiento de los estándares. Estos estándares deber ser conocidos y comprendidos por la mayor parte del personal de la organización, por lo que se recomiendan actividades formativas. La fase siguiente consiste en un diagnóstico del cumplimiento de los estándares. Este diagnóstico lo puede hacer la misma institución o puede buscar ayuda exterior, con lo cual acostumbra a ser más objetiva. Este diagnóstico pone de manifiesto los fallos del hospital, que para resolverlos debe poner en marcha una serie de proyectos de mejora. Cuando el hospital ha puesto en marcha los proyectos de mejora y se siente preparado solicita la evaluación. Este proceso puede durar entre uno o dos años.

Para una buena preparación, el hospital debe contar con el apoyo y la determinación de la dirección del centro. Es útil contar con la figura de un coordinador de la acreditación. Esta persona cubre diversas funciones de facilitador por parte del centro y de vínculo con el organismo acreditador. Un sistema de preparación probado en algunos hospi-

tales consiste en crear grupos de trabajo multidisciplinarios para cada una de las funciones de la acreditación. De esta manera se crea una forma de trabajo pluridisciplinar lo cual facilitará la implantación de las acciones correctoras.

Es útil a la institución establecer un plan de acreditación temporalizado y con responsables para cada una de las acciones de mejora. En este plan deben contemplarse la acciones de formación y diagnóstico. El hospital debe considerar si quiere hacerlo todo el mismo o si quiere solicitar ayuda exterior en todas o en algunas fases del proceso. La acreditación la logra el propio centro sanitario, la ayuda exterior no sustituye el esfuerzo propio.

LA ACREDITACION JOINT COMMISSION EN ESPAÑA

La Fundación Avedis Donabedian (FAD) suscribió un acuerdo con la Joint Commission en 1996 para establecer su programa de acreditación en España. El Objetivo del acuerdo era facilitar a los hospitales españoles ser acreditados de acuerdo con los estándares y los procedimientos utilizados para evaluar a los centros sanitarios americanos.[13]

Este acuerdo permitía a los hospitales españoles alcanzar un nivel de acreditación basado en la calidad y no en estándares mínimos, representa por tanto un reto de mejora de la calidad. Los hospitales españoles habían sido acreditados hasta este momento con estándares estructurales cuyo objetivo era verificar si los hospitales tenían las infraestructuras necesarias para poder funcionar, mientras que la Joint Commission aporta unos nuevos estándares funcionales cuyo objetivo es evaluar si el hospital realiza adecuadamente las funciones que debe hacer.

Los hospitales españoles han sido evaluados solamente por estándares nacionales o regionales, lo cual está lejos de la tendencia actual de evaluación de la calidad en la industria que aplica estándares internacionales (ISO, Premio Europeo). La Joint Commission tendrá un papel fundamental en determinar cuáles van a ser los estándares internacionales, se trata por lo tanto de una asociación provechosa para los hospitales españoles que van a empezar a acreditarse con los estándares que tienen muchas probabilidades de convertirse en la base de los estándares internacionales.

La Joint Commission acredita más de 5.000 hospitales lo cual le ha llevado a construir un proceso de acreditación muy desarrollado y muy estandarizado. Este proceso garantiza a los hospitales que van a ser revisados una evaluación externa objetiva y consistente.

La puesta en marcha del Programa FAD-Joint Commission se ha desarrollado durante tres años, en el año 1996 se hizo un prueba de la aplicabilidad del programa en España y se buscaron opiniones entre los directivos de los hospitales, los profesionales y las autoridades sanitarias. En conjunto las opiniones fueron muy favorables para seguir adelante con el proyecto. El año 1997 se construyó la infraestructura del Programa en España, para ello se hizo

una traducción del Manual de Acreditación de Hospitales al español. Se han formado a 15 "surveyors" españoles de acuerdo con la metodología de formación que se utiliza en los EE.UU. Se ha constituido un Comité de Acreditación en España con participación de asociaciones profesionales, científicas y de profesionales de la gestión sanitaria. También se han elaborado las normas y reglamentos que dirigen toda la actividad en España. Fruto de este trabajo la Joint Commission ha certificado que la FAD está capacitada para realizar la acreditación en España.

El objetivo global del acuerdo se encuentra en la misión básica de las dos instituciones, tanto la FAD como la Joint Commission tienen como misión, mejorar la calidad de la asistencia que reciben los pacientes. El Certificado de Acreditación que reciben los hospitales españoles que sean acreditados será firmado por las dos instituciones.

BIBLIOGRAFIA

1. Bohigas L. ¿Qué es la acreditación? Revista de Calidad Asistencial 1995; 1: 5-6.
2. Bohigas L. Acreditació hospitalaria. Salut Catalunya 1991; 5: 139-141.
3. Bohigas L et al. La calidad de los hospitales catalanes: análisis de los datos de acreditación. Revista Calidad Asistencial 1996; 11: 224-232.
4. Bohigas L. Notas sobre acreditación hospitalaria. Anales 1983; 8: 47-50.
5. Bohigas L et al. A comparative analysis of surveyors from six hospital accreditation programmes. International Journal for Quality in Healthcare 1998; 10: 7-13.
6. Bohigas L. El premio europeo de la calidad, las normas ISO y la acreditación. Revista de Calidad Asistencial 1998; 13: 4-5.
7. Bohigas L et al. Accreditation programs for hospitals. Funding and operation. International Journal for Quality in Healthcare 1996; 8: 583-589.
8. Bohigas L. Acreditació de centres sanitaris: l'experiència catalana. AMIEV 1983: 43-47.
9. Bohigas L. Hospital accreditation: the catalan experience. World Hospitals. 1984; 20: 20-22.
10. Bohigas L. Accreditation in Spain: experiences in Catalonia: a 5 year balance. European Newsletter on Quality Assurance. 1996.
11. Bohigas L and Asenjo MA. Hospital Accreditation in Catalunya: an assessment of the performance in quality of hospitals. International Journal of Health Planning and management 1995; 10: 201-208.
12. Bohigas L. La acreditación de hospitales: un paso hacia la liberalización del mercado hospitalario español. En: "La regulación de los servicios sanitarios públicos en España". Civitas. Madrid 1997.
13. Bohigas L. Accreditation accross borders: the introduction of the Joint Commission accreditation in Spain. The Joint Commission Journal 1998; 24: 226-231.