

LA GESTIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL: EVOLUCIÓN Y FACTORES CONDICIONANTES PARA SU DETERMINACIÓN.

Alicia Encarnación Carrizosa
Universidad de Sevilla

La medida de la calidad en los sistemas sanitarios no es algo nuevo. Sin embargo, el enorme avance que ha tenido, sobre todo en las dos últimas décadas, requiere realizar una reflexión sobre la evolución de la gestión de la calidad. Pero no es suficiente con conocer como ha evolucionado, también debemos profundizar en los distintos elementos considerados para la medida de la calidad en la asistencia sanitaria. Por otra parte, tampoco podemos ignorar que para la medida de la calidad debemos tener presente que existen claras diferencias entre la atención primaria y la hospitalaria.

The measure of the quality in the sanitary systems is not something new. However, the enormous advance that it has had, mainly in the last two decades, it requires to carry out a reflection on the evolution of the quality management. But it is not enough with knowing like it has evolved, we should also deepen in the different elements considered for the measure of the quality in the sanitary attendance. On the other hand, neither we can ignore that for the measure of the quality we should have present that evident differences exist between the primary attention and the hospital one.

PALABRAS CLAVES: calidad, medida de la calidad asistencial, evolución de la calidad asistencial
KEYWORDS: quality, measure of the assistance quality, evolution of the assistance quality

1. INTRODUCCIÓN

Los fuertes cambios y transformaciones que se están produciendo en la asistencia sanitaria conducen a los hospitales y a los centros de salud a un punto en el que no es de extrañar que en los próximos años podamos hablar de competencia entre los diferentes centros públicos. Esta situación exigirá el desarrollo de mejora en la prestación del servicio sanitario. Mejoras que, con toda seguridad, pasan por una mejor aproximación a las exigencias de los cliente (paciente), y cuya articulación se plamará en diferentes programas de calidad. Y es por esta causa por la que es de suma utilidad conocer el estado actual de dichos programas antes de determinar cuales son las posible líneas de mejora para el futuro.

2. ORIGEN Y EVOLUCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

No cabe duda que es sumamente difícil establecer el momento específico en el que la mejora de calidad se incorpora a la práctica de la medicina. Y ello, porque desde sus orígenes podemos encontrar múltiples ejemplos de evaluación y mejora de la calidad. A pesar de ello, muchos profesionales del área de la medicina coinciden en señalar los trabajos de Florence Nightingale en el Barrack Hospital durante la guerra de Crimea (1854) como uno los puntos de partida en la mejora de la calidad sanitaria (Nutting y Dock, 1907). La Sra. Nightingale empleó la estadística de mortalidad para cada tipo de patología con el objetivo de demostrar que las mejoras en la higiene, cuidados y condiciones sanitarias en las que se atendía a los pacientes mejoraban los resultados obtenidos y justificaban la moderna atención d enfermería que ella propugnaba.

Años más tarde, a principio del presente siglo, destaca por sus aportaciones Ernest Codman, medico del Massachussets General Hospital, en Boston. Sumamente preocupado por el control del output, es decir, de los resultados obtenidos en el paciente tras la atención del médico. Este eminente cirujano desarrolló un sistema de evaluación de los resultados de los medicos obtenidos con los pacientes que se intentó implantar en los centros hospitalarios con ecaso éxito. La American College of Surgeons , de la que Codman era cofundador, se encargó de realizar los primeros sistemas de evaluación aplicados a los hospitales. Los resultados a los que llegaron fueron realmente sorprendetes:

sólo 82 de los 692 hospitales evaluados superó los estándares establecidos. Este hecho obligó al grupo promotor de la evaluación, formado por profesionales voluntarios del American College of Surgeons, a no publicar los resultados y quemar las actas de evaluación por miedo al escándalo. Debido a ello, el programa de estandarización de hospitales en esta época se centró exclusivamente en cambios de la estructura organizativa tales como:

- Organización del staff
- Cualificación necesaria para ser miembro del staff
- Sistema de trabajo de los profesionales
- Documentación clínica
- Equipamiento para diagnóstico y terapéutica.

Uno de los hitos más importantes de la década de los 30 fue, sin duda, la publicación del informe de Lee y Jones sobre el coste de la atención médica. Este informe ha sido durante años uno de los puntos de referencia del desarrollo de los esfuerzos en la calidad de la medicina. Incluía una lista de criterios en base a los cuales evaluar la calidad de la atención dispensada por los profesionales y los centros. Estos criterios son los siguientes:

- 1º) La buena atención médica se limita a la práctica de la medicina racional basada en la ciencia médica.
- 2º) La buena atención médica enfatiza la prevención.
- 3º) La buena atención médica requiere la cooperación inteligente entre el público y los profesionales que practican una atención científica.
- 4º) La buena atención médica trata al individuo como un todo.
- 5º) La buena atención médica mantiene una relación estrecha y continuada entre el médico y el paciente.
- 6º) La buena atención médica se coordina con el trabajo social.
- 7º) La buena atención médica coordina todo tipo de servicios médicos.
- 8º) La buena atención médica implica la aplicación de todos los servicios necesarios de la medicina moderna y científica a las necesidades de las personas.

En estos criterios se pueden apreciar dos elementos que hoy día tienen un elevado protagonismo: la adaptación a las necesidades de los pacientes y el mantenimiento de una estrecha relación médico-paciente. Ambos conceptos están directamente relacionados con el marketing relacional.

En 1952 se produce uno de los acontecimientos de mayor trascendencia: la creación de la Joint Commission on Accreditation of Hospital, que posteriormente pasaría a conocer como Joint Commission on Accreditation of Health Organizations (Comisión para la acreditación de organizaciones del cuidado sanitario, JCAHO). Esta comisión surgió por la unión del American College of Physicians, American Medical Association, Canadian Medical Association y la American Hospital Association. Años más tarde (1958), la Canadian Medical Association se retiró para formar la Canadian Council of Hospital Accreditation.

Los estudios de calidad en la década de los sesenta se caracterizan por la mejora de los procesos en la atención al paciente y la autoevaluación del profesional.

En 1965 y 1966 se crean en E.E.U.U. los programas federales de atención a ancianos y personas sin recursos (MEDICARE Y MEDICAID) y se establece que los hospitales que hayan pasado la acreditación de la JCAHO serán reconocidos para la atención de este tipo de pacientes. De esta forma, la acreditación pasa a ser un elemento esencial para el desarrollo y supervivencia económica de los centros sanitarios.

Una de las figuras que más destacan por su aportación metodológica es Avedis Donabedian. Gracias a la influencia de Rosenfeld y Goldman en la escuela de salud pública, Donabedian (1966) recibió el encargo de realizar un artículo sobre calidad. Su artículo, una de las aportaciones más relevantes al campo de la evaluación de la calidad de los cuidados médicos, asentó las bases para el futuro desarrollo metodológico y de investigación de los siguientes años.

La década de los setenta se caracteriza por la proliferación de estudios sobre los resultados obtenidos por el médico en su atención al paciente. Así, en el desarrollo de métodos de evaluación de los resultados, destacan los trabajos de Williamson (1971) que introdujo el concepto de ABNA (achievable benefit not achieved, beneficio posible no alcanzado). Con este concepto se mide la diferencia entre los estándares considerados como deseables para el diagnóstico y tratamiento, y la práctica real evaluada mediante revisión de las historias clínicas y del estado actual de los pacientes mediante el envío de un cuestionario para conocer su estado de salud. Williamson desplegó gran parte de su labor investigadora en el ámbito de la atención primaria, estableciendo los "resultados deseables" y poniendo especial énfasis en la mejora de la calidad obtenida tras los estudios.

La aparición de estudios sobre los resultados origina una fuerte polémica entre los partidarios de desarrollar programas de calidad centrados en el proceso, y los partidarios de programas basados en los resultados. En 1978, Donabedian publica un artículo zanjando parcialmente esta polémica de la siguiente manera: "En mi opinión, esta controversia parte de una concepción errónea.(...) Es cierto que los elementos del proceso asistencial sólo pueden utilizarse como indicadores de Calidad si tienen una relación válida con los resultados deseados y es igualmente cierto que algunos resultados pueden utilizarse como indicadores de Calidad, sólo en la medida que exista alguna relación entre ellos y algunos aspectos del proceso asistencial. Así pues, la validez de una determinada medida reside no en que sea de proceso o de resultado, sino en lo que se sabe sobre su relación. Si existe relación se puede usar cualquier medida de proceso o resultado dependiendo de cuál es más fácil de obtener. Si no existe relación, ninguna es válida".

Por otra parte, el interés por los resultados de la atención primaria dirigió la vista hacia el paciente, de forma que se comenzó a tener en cuenta la opinión del paciente sobre el servicio recibido.

Otra de las transformaciones en los años setenta procedió de la aplicación de sistemas de evaluación de gran número de casos, que motivaron la aparición de los criterios screening de casos. Estos criterios pretendían ahorrar a los facultativos la revisión de un gran número de historias clínicas mediante el desarrollo de criterios muy detallados, en general para patologías específicas, que permitían que una primera revisión fuera hecha por enfermeras o expertos en documentación, para pasar posteriormente los casos a los Comités médicos. Esto configuró lo que serían los Departamentos de Calidad hasta finales de los ochenta (áreas de revisión preliminar de casos formados básicamente por enfermeras progresivamente especializadas).

En Europa, las primeras iniciativas de calidad se producen en 1979, con la creación de la CBO holandesa (organización para el desarrollo de la calidad). En 1983 los estados miembros de la OMS en su sección europea, organizaron un grupo de trabajo cuya responsabilidad fue el diseño de una estrategia para la introducción de la garantía de la calidad en los sistemas sanitario. Los diferentes estados miembros llegaron al compromiso para la puesta en marcha de mecanismos que en 1990 aseguraron la calidad de la atención primaria. A partir de ahí, numerosos países iniciaron diferentes proyectos que han permitido generalizar los programas de calidad. En España, destaca la creación de la Sociedad Española de Calidad en 1984, y a nivel de la Atención Primaria el desarrollo del Programa Ibérico, conjuntamente con Portugal. Este programa contiene estrategias de formación, incentivación y seguimiento.

A mediados de los ochenta existían en los hospitales diferentes unidades organizativas que se ocupaban de los proyectos de mejora de la calidad:

- De la disminución de la estancia media y el uso de prueba diagnósticas, se ocupaban las unidades encargadas de la gestión de los recursos del centro hospitalario.

- La revisión de casos es una tarea asignada al staff .

- La evaluación periódica del trabajo de enfermería lo lleva la división del mismo nombre. Asimismo, esta división juega un papel esencial en los estudios relacionados con la gestión de los recursos.

- En un principio los hospitales se ocuparon de desarrollar un sistema para evitar demandas judiciales, aunque posteriormente esta unidad pasó a encargarse de los problemas de prevención de enfermedades.

- El departamento de relaciones públicas se encargó de realizar estudios de opinión del paciente, la recogida de sugerencias, reclamaciones, encuestas etc..

Una característica de los años 80 en E.E.U.U. es el requerimiento, por parte de la JCAHO, en todos los centros de planes de Calidad.

A finales de los años 80 y principios de los 90 comienza la extrapolación de técnicas de gestión de la calidad del sector industrial al sanitario. Este traslado tiene como objetivo la reducción de los costes. Las diferentes experiencias obtenidas permiten determinar que la Mejora Continua de la Calidad ha de ser un esfuerzo integrado que se dirige esencialmente a los clientes y no como hasta ahora que había estado centrado a las actuaciones de los profesionales. La mejora Continua de la calidad se basa en cuatro componentes esenciales:

1º) Se basa en la mejora continua estando orientada hacia los clientes, en la que los empleados han de dar lo mejor de sí mismos a sus clientes.

2º) Tomar decisiones basadas en el empleo de datos y herramientas analíticas.

3º) Hay que fomentar el estilo de gestión participativa para conseguir una mayor implicación de todos los miembros de la organización. Esta implicación fomenta la generación de ideas y facilita la realización de cambios.

4º) Una estructura organizativa adecuada.

La aplicación de los principios de calidad a las organizaciones sanitarias no han estado exenta de dificultades. Entre las más destacadas podemos reseñar esencialmente dos:

a) Los profesionales (medicos) veían en la Mejora Continua de la Calidad un lenguaje que les era totalmente ajeno.

b) Los profesionales que tradicionalmente aplicaban la mejora de la calidad, veían en los líderes de los programas de Mejora Continua de Calidad una pérdida de poder y protagonismo al sentirse marginados.

En la asistencia primaria se produce una importante línea de trabajo basada en los métodos de evaluación de los niveles de salud. En estos años, la medida a nivel de complicaciones y del impacto en la autonomía y funcionamiento diario de los pacientes representa una aportación fundamental en los últimos años.

Merece especial mención el desarrollo de los que se conoce como "guías de práctica clínica" fomentada por el Institute of Medicine. Estas guías establecen las pautas de comportamiento más adecuado en caso del diagnóstico y terapéutica de cada patología a raíz de un metaanálisis de las evidencias científicas disponibles.

En Europa, la década de los 90 ha sido la de la generalización de los programas de calidad. De hecho, no existe prácticamente ningún país que en la actualidad no disponga de sistemas de evaluación y mejora de la calidad en fase de rápido desarrollo. En España, destaca especialmente en esta década las iniciativas desplegadas en cada Comunidad Autónoma y el INSALUD para implantar sistemas de calidad.

A pesar de cuanto acabamos de decir, el desarrollo realmente importante en esta última década proviene del cambio en el papel que juegan los pacientes en el sistema sanitario. Esto ha dado lugar al desarrollo de diferentes formas de medir la satisfacción y percepción del servicio recibido. Al mismo tiempo, han surgido metodologías que permiten conocer con mayor profundidad las expectativas y deseos de los pacientes.

3. DIMENSIONES PARA LA MEDIDA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Para medir la calidad de la asistencia sanitaria debemos conocer cuales son los elementos que la conforman. Los esfuerzos realizados en este sentido han sido múltiples y variados. Así, en la tabla 1 hemos recogido los diferentes componentes empleados para medir la calidad de la asistencia sanitaria.

TABLA 1: DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA

PALMER (1983)	PROGRAMA IBÉRICO (1990)	VUORI (componentes) (1987)	NUTTING et al. (atributos) (1990)	JOINT COMM. (componentes) (1990)	JOINT COMM. (factores) (1990)	JOINT COMM. (características)
Competencia profesional	Calidad científico técnica	Calidad científico técnica	Competencia profesional			
Accesibilidad	Accesibilidad		Distribución de la asistencia/Integralidad	Accesibilidad/Disponibilidad	Accesibilidad	Accesibilidad
Aceptabilidad/Satisfacción	Satisfacción			Aceptabilidad	Participación	Aceptabilidad
Efectividad		Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad
Eficiencia		Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia
		Adecuación		Adecuación	Adecuación	Adecuación
			Continuidad/Coordinación	Continuidad	Continuidad	Continuidad
					Eficacia	Eficacia
					Oportunidad/temporal	
					Privacidad	
					Confidencialidad	
					Seguridad	
					Apoyo estructural	

Fuente: Saturno PJ. (1993).

Los componentes, factores o características, según se les quiera llamar, de la tabla 1 han sido empleados por diferentes autores, programas y organizaciones. A pesar de ello, las diferentes propuestas tienen elementos en común. Así por ejemplo, la propuesta de Palmer se encuentra contenida en su mayor parte en los "componentes" establecidos por la JCAHO de 1990. Por esta razón consideramos interesante comentar brevemente algunas de las más relevantes.

Efectividad: Medida en la que una determinada práctica o atención sanitaria mejora el estado de salud de la población concreta que la recibe. La OTA (Office of Technology Assessment) estadounidense, para evitar confusiones con el concepto de eficacia ha definido los dos conceptos de la siguiente manera:

- Eficacia:** Probabilidad de beneficio de una determinada tecnología en condiciones ideales de uso.
- Efectividad:** La probabilidad de beneficio de una determinada tecnología en condiciones de uso normales.

Accesibilidad: facilidad con que la atención sanitaria puede obtenerse. Teniendo en cuenta que existe un conjunto de barreras a esa accesibilidad de tipo organizacionales, económicas, culturales y emocionales.

Uno de los indicadores de medida de la accesibilidad más empleados es el de cobertura del servicio sanitario. En el concepto de accesibilidad existe un matiz que conviene no olvidar; estamos hablando de la accesibilidad interna (tiempos de espera etc...).

Adecuación: Medida en que la atención médica se corresponde con las necesidades del paciente, es decir, adecuado en el sentido de necesario para la patología concreta que es atendida.

Continuidad: Esta es una de las dimensiones más difíciles de medir y sobre la que más se ha escrito. Por ello, en la tabla siguiente presentamos los diferentes puntos de vista.

TABLA 2: PUNTOS DE VISTA DE LA CONTINUIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA

VERSIONES DE LA CONTINUIDAD	DEFENSORES
La medida en que la atención necesaria se provee de una forma ininterrumpida y coordinada (relacionado con la accesibilidad interna)	Shortell
La continuidad de la atención depende de la continuidad del proveedor del servicio en el tiempo (el mismo médico en sucesivas visitas)	Morrell
Continuidad entendida como el tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado	Vuori

Fuente: E. propia

Por su parte, Donabedian (1984) no considera que la continuidad sea un indicador directo e independiente de la Calidad de la atención. En su opinión, la continuidad se puede relacionar con la calidad científico-técnica, porque supone decidir qué tipo de cuidados se necesitan, en que orden y por parte de que proveedores e instituciones. A su vez, apunta que es posible que la continuidad favorezca la falta de atención a problemas nuevos, la persistencia de errores pasados y la perpetuación de una relación medico-paciente que puede ser inadecuada; es decir, una continuidad impecable puede ocultar equivocaciones iniciales que llevan a decisiones posteriores equivocada.

Competencia profesional (calidad científico-técnica): Esta es la dimensión que mejor se entiende y la que se mide con más frecuencia como representante de la Calidad de los servicios de salud. En la mayoría de las definiciones, esta dimensión incluye tanto los aspectos científico técnicos, como los de trato interpersonal.

Satisfacción: Puede definirse como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumple con las expectativas del usuario. Pero conviene decir que en la satisfacción del servicio recibido influyen otra serie de factores. La determinación de estos factores puede permitir medir la calidad percibida por el cliente. Una de las situaciones que afectan a esta dimensión es lo que ha venido a denominarse *aceptabilidad*. Con este factor se indica el grado de aceptación por parte del paciente del tratamiento que le ha indicado el médico. La forma de medir esta aceptación consiste en determinar en que medida el paciente cumple el plan de tratamiento y cuidados prescritos. Por otro lado, está probado que un mejor trato personal se asocia a una mayor satisfacción.

No hace falta decir que los pacientes pueden estar muy satisfechos aunque la atención que reciban no sea del todo adecuada desde el punto de vista científico. Además, los pacientes pueden quedar descontentos aun haciendo lo que es científicamente correcto, porque en ocasiones el paciente quiere o espera algo que puede incluso ser perjudicial o como mínimo irrelevante o innecesario. En cual de las dos situaciones hay más calidad: ¿Satisfacción con errores científicos o insatisfacción con una impecable calidad científico-técnica?. La respuesta a esta pregunta pasa antes por percatarse de que existe un error de planteamiento. En efecto, los conceptos de calidad científico-técnica y satisfacción no han de verse como excluyentes. De esta forma, la Calidad significa calidad científico técnica y satisfacción. Si falla alguna de las dos, la calidad es mejorable; si para aumentar una de ellas provocamos una disminución de la otra, la estrategia empleada no es la mejor.

A cuanto acabamos de decir, cabe añadir una matización relacionada con el grado de satisfacción del paciente y el trato personal. Existen autores que establecen que la diferencia entre las expectativas del usuario y lo que es científicamente correcto puede minimizarse en la medida en que los proveedores son capaces de establecer una buena comunicación con los usuarios de los servicios.

4. ATENCIÓN PRIMARIA FRENTE A LA HOSPITALARIA

Como se ha podido observar más arriba, los programas de calidad se han asociado tradicionalmente con las prácticas hospitalarias. La atención primaria se incorporó a la inquietud por conseguir la calidad asistencial con posterioridad. El diseño, puesta en marcha y análisis de los programas de gestión de calidad presentan problemas diferentes si hablamos de atención primaria, o si pensamos en la hospitalaria. Debido a estas disimilitudes es imprescindible conocer las peculiaridades de ambos sistemas de atención, que hemos condensado en la tabla 3.

TABLA 3: DIFERENCIAS ENTRE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LA HOSPITALARIA

CARACTERÍSTICAS	ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN HOSPITALARIA
TIPO DE ATENCIÓN	· Individual, familiar y comunitaria	· Individual
LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	· Centro de salud, consultorio o domicilio del paciente.	Hospital (las de la atención primaria son infrecuentes).
OBJETIVOS	· Atención integral: Promoción de la salud, prevención, curación, rehabilitación, cuidado.	Actividades curativas o paliativas
TEMPORALIDAD DEL SERVICIO	· Continuidad · El paciente presenta vario motivo de consulta. · Una media de 6 a 8 minutos por paciente · Frecuencia de 35 pacientes día	· Puntual · El paciente presenta un solo motivo de consulta. · Tiempo de atención al paciente indeterminado. · Número de pacientes día indeterminado..
CARACTERÍSTICAS DEL CLIENTE	· Ancianos con pluripatologías · Pacientes sanos, con factores de riesgo, enfermedades agudas, enfermedades crónicas, pacientes con secuelas.	· Diversas edades · Patología aguda · Patología crónica
ENFERMEDADES TRATADAS	· Conjunto indeterminado de enfermedades y problemas. Atención a los que se dan con mayor frecuencia o de manera ocasional	· Enfermedades muy específicas
ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA	· Se considera aceptable un paciente que salga de la consulta sin diagnóstico etiopatogénico (síntomas o síndromes)	· La falta de diagnóstico se considera un fracaso.
HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS	· Biológicas · Psicológicas · Sociales	· Biológicas
AUTONOMÍA DEL PACIENTE	· Muy elevada: La participación del paciente es muy alta, es más independiente en sus decisiones y más activo.	· Muy baja: casi no participa.
MEDIOS Y RECURSOS	· Tecnología limitada, aunque adecuada. · Técnicas simples: entrevista clínica, buena relación medico-paciente, exploración física, etc.	· Tecnología sofisticada.

Fuente: Elaboración propia.

Las características que existen entre ambos tipos de asistencia ofrecen una base para analizar las causas de la diferente percepción que los clientes (pacientes) pueden tener del servicio recibido en una u otra forma de asistencia. A simple vista, mirando la tabla 3, se puede llegar a argumentar más razones para una peor percepción de la asistencia hospitalaria que de la primaria. Las características que más inciden en esta diferente percepción provienen de la temporalidad del servicio, las hipótesis diagnósticas, la autonomía del paciente y los medios y recursos empleados.

5. CONCLUSIÓN

El desarrollo de los programas de calidad en nuestro país ha sido considerable. De esta forma, en la asistencia primaria podemos resaltar el Programa Ibérico. Las variables para medir la calidad de

la asistencia primaria son diversas y su utilidad está en función del tipo de asistencia sanitaria que desea evaluar (hospitalaria o primaria).

BIBLIOGRAFÍA

- Donabedian A. (1966): "Evaluating the Quality of Medical Care". *Midland Med FQ*, nº 2, pp. 166-206.
- Donabedian, A. (1978): "The Quality of Medical Care". *Science*, nº 200, pp.856-864.
- Donabedian, A. (1984). *La calidad de la atención medica*. La prensa médica mexicana, México.
- Lee R. y L.W. Jones (1993). *The fundamentals of good medical care*. University of Chicago Press, Chicago.
- Morrell, D. (1991). *The Art of General Practice*. Oxford, Oxford University Press.
- Nutting, M.A. y L.L. Dock (1907). *A history of Nursing*. New York, G.P. Putman's Sons.
- Palmer, R.H. (1983). *Ambulatory health care evaluation: principles and practice*. American Hospital Publishing. Edición encastellano: *Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica*. Dirección General de Planificación Sanitaria. Ministerios de Sanidad y consumo, 1989.
- Saturno PJ. (1993): *La definición de la calidad de la Atención*. En: Marquet Palomer R., *Garantía de calidad en Atención Primaria*, Doyma, Barcelona, pp. 7-17.
- Saturno, P.J. (1995): *Towards evaluation of the quality of care in health centres*. *World Health Forum*, pp. 145-150.
- Shortell, S.M. (1990): *Continuity of Medical Care: Conceptualization and Measurement*. *Med Care*, nº 14, pp.377-391.
- Suñol, R. (1992): *Entrevista al Profesor Avedis Donabedian*. *Congreso sobre control de calidad asistencial*, pp. 26-27.
- Vuori, H.V. (1988): *El control de calidad de los servicios sanitarios. Conceptos y metodología*. SG-Masson, Barcelona, pp. 37-102.
- Williamson, J. W. (1971): *Evaluating Quality of Patient Care. A Strategy Relating Outcomes and Process Assessment*. *JAMA*, nº 218, pp. 564-569.