



MODELOS DE CALIDAD
ASISTENCIAL
EN ATENCIÓN PRIMARIA

Modelos de gestión de la calidad aplicados a la Atención Primaria*. Opina la Universidad

D. Pedro J. Saturno
UNIVERSIDAD DE MURCIA

* Este documento está parcialmente basado en la Ponencia presentada en las IV Jornadas de Calidad en Atención Primaria de Castilla y León (junio 2005), y en el material del Master a distancia sobre Gestión de la Calidad en Atención Primaria de la Universidad de Murcia.

Hay, sin duda, un interés creciente por la calidad, que finalmente se está asentando como un componente imprescindible del funcionamiento de los servicios de salud a todos los niveles. Todos —administración, gestores, sociedades científicas, foros profesionales— hablan de y se interesan por la gestión de la calidad. Sin embargo, este interés creciente se ha venido acompañando de una confusión también creciente de términos y conceptos.

Dos de las confusiones más frecuentes, y preocupantes, se relacionan con la definición de responsabilidades para la mejora continua de la calidad en los diversos niveles del sistema, y la proliferación de «modelos» que se ofrecen como panacea para la implantación efectiva de sistemas de gestión de la calidad. Ambas cuestiones están, en cierto modo, relacionadas entre sí, pero vamos a centrarnos sobre todo en aclarar lo relativo a los «modelos». Para ello partiremos de los conceptos-base que han de servir de marco de referencia (calidad, gestión de la calidad, modelo), para después analizar lo que representan los tres principales «modelos» que se han venido aplicando en el sector salud (ISO, EFQM y JCAHO), con una referencia explícita a la experiencia existente en el ámbito de la Atención Primaria. Finalmente, haremos referencia a otras experiencias que tienen como objetivo el fomento de la autoevaluación y el ejercicio de la responsabilidad y compromiso con la calidad en los profesionales de base.

1. Los conceptos-base: qué es calidad, qué es un sistema de gestión de la calidad y qué es un «modelo»

1.1. Concepto de calidad

Para evitar confusión y asegurarse de que todos hablamos de lo mismo, pueden distinguirse tres niveles en la conceptualización de la calidad, representados en la figura 1.

El nivel más global (nivel 1 de la figura 1) es el concepto general de calidad, que puede ser aplicado a todo tipo de productos y servicios y que puede resumirse como «la satisfacción de las necesidades y expectativas de aquéllos a quienes van dirigidos los productos y servicios». Este concepto

Figura 1. **Los tres niveles del concepto de calidad**

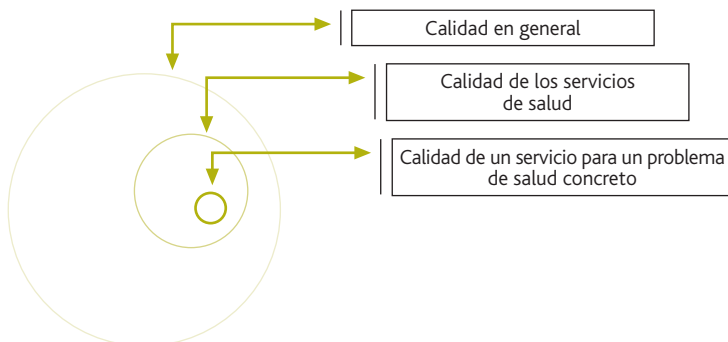
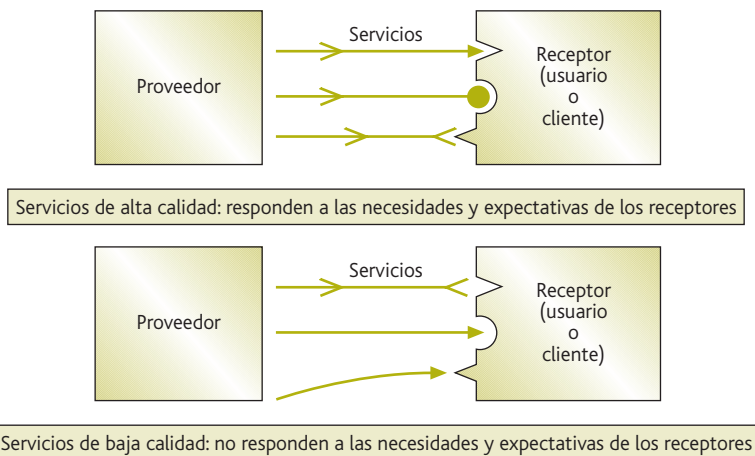


Figura 2. **Concepto general de calidad**



general, necesario y filosófico, pero demasiado genérico para la medición, está representado en la figura 2.

La principal implicación es que, para que un producto o servicio sea de calidad, es preciso que quien lo provea:

- conozca cuáles son las necesidades y expectativas de sus «clientes» potenciales;
- sea capaz de diseñar ese producto y servicio de acuerdo con esas necesidades y expectativas.

En el siguiente nivel (nivel 2 de la figura 1) se sitúan los conceptos genéricos de calidad que aplican a sectores, industrias o actividades concretas (como los servicios de salud). Este nivel se define generalmente por medio de «dimensiones» (accesibilidad, calidad científico-técnica, satisfacción, etc.), de las que existen y se discuten diversos esquemas. Estos esquemas representan la interpretación que se hace de lo que significa «satisfacer las necesidades y expectativas» de la población que recibe los servicios de salud, y sirve de marco para el siguiente nivel de conceptualización.

En este nivel (nivel 3 de la figura 1), calidad de procesos de atención o servicios concretos, relacionados con problemas de salud o situaciones específicas, la calidad se define por medio de requisitos que se hacen medibles a través de criterios o indicadores.

En relación al tema que nos ocupa destacamos que:

- Cada proceso o servicio concreto tiene su propia definición de calidad en términos operativos y medibles.
- Estos términos operativos y medibles (criterios, indicadores, estándares, etc.) deben ser consistentes con las definiciones genéricas de calidad que se hayan adoptado. Si no se explicitan definiciones genéricas, no tenemos elementos de juicio para saber si vamos a medir la calidad en todos sus aspectos; ni qué aspecto es el que vamos a medir con los indicadores o criterios a utilizar. Muchos «modelos», sobre todo si provienen del ámbito de la industria, no prestan atención al nivel de conceptualización intermedio (dimensiones).
- En actividades, como los servicios de salud, que proveen una gama tan amplia de servicios específicos diferentes, va a ser muy difícil que exista ningún conjunto de indicadores que mida de forma específica y completa la calidad. Cualquier «modelo» basado en un set concreto de criterios, estándares o indicadores va a ser necesariamente parcial.

Por otra parte, el concepto de «calidad total», que a veces se presenta como equivalente a «calidad de todos los servicios» o «de todas las dimensiones de la calidad», a lo que hace referencia en realidad es a la

aplicación de la gestión de la calidad a todos los ámbitos de la organización; no sólo a los productos o servicios que ofrezca, sino también a los diversos componentes de la organización en sí misma (gerencia, clima organizacional, satisfacción del personal, etc.), y a sus relaciones con exterior (proveedores y sociedad).

1.2. Programa o sistema de gestión de la calidad

Aplicando el concepto general de «sistema» al caso de la gestión de la calidad, podemos definir un sistema (llamado «programa» en la tradición de los servicios de salud) de gestión de la calidad como «un conjunto de elementos estructurales y de actividades que tienen como fin específico la mejora continua de la calidad». Las características particulares de un sistema de gestión de la calidad concreto se pueden describir en función de:

- cuál es su marco filosófico (concepto de calidad, lugar que ésta ocupa en la cultura y valores de la organización, etc.);
- cuál es la estructura y organización que se pone al servicio de la gestión de la calidad en esa organización; y
- cuáles son las actividades que se realizan para conseguir la mejora continua.

Todo ello, pero básicamente el entramado y orientación de las actividades que se realicen, puede configurar también un determinado «modelo» para la gestión o mejora continua de la calidad. Un tipo de «modelo» diferente de lo que serían modelos basados en conjuntos de criterios, indicadores o estándares para la medición. Pero, ¿qué entendemos por «modelo»?

1.3. El concepto de «modelo»

Hay al menos dos acepciones para «modelo». Una se refiere a un sinónimo de algo ejemplar, de conducta a imitar por lo perfecta («modélica»). La segunda, que es la utilizada en el ámbito científico, es la de «modelo» como sinónimo de maqueta, una representación más o menos fiel o idea-



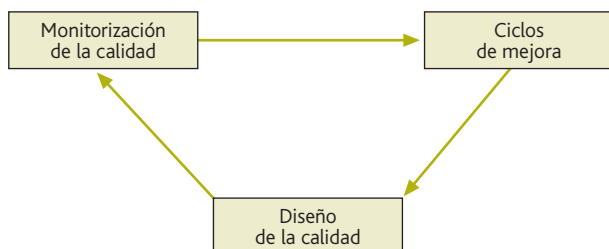
Tabla 1. **Grupo de actividades para la mejora continua de la calidad**

Grupo de actividades	Punto de partida	Objetivo inmediato
Ciclos de mejora.	<ul style="list-style-type: none"> — Identificación de un problema de calidad u oportunidad de mejora en algún aspecto de los servicios que se ofrecen. 	<ul style="list-style-type: none"> — Solucionar el problema. — Aprovechar la oportunidad de mejora descubierta.
Monitorización.	<ul style="list-style-type: none"> — Identificación de aspectos relevantes de los servicios que se ofrecen y construcción de indicadores sobre su calidad. — Selección de indicadores sobre problemas que hemos sometido a ciclos de mejora, o servicios rediseñados. 	<ul style="list-style-type: none"> — Identificación de problemas de calidad u oportunidades de mejora.
Diseño.	<ul style="list-style-type: none"> — Programación de un nuevo servicio a ofrecer. — Identificación de nuevas necesidades y expectativas de los usuarios. — Identificación de parámetros y resultados a conseguir. 	<ul style="list-style-type: none"> — Diseñar los procesos de atención para conseguir los resultados deseados predeterminados.

lizada de la realidad que se quiere «modelar», realidad que generalmente se entiende mejor utilizando el modelo que la quiere representar. En este sentido, el «modelo» será tanto mejor cuanto mejor representada esté la realidad que pretende modelar. Si hay componentes de la realidad que no encajan o no tienen cabida en el «modelo», estamos ante un «modelo» malo o incompleto.

La tabla 1 y la figura 3 contienen un ejemplo de modelo de las actividades a realizar para la mejora continua de la calidad, fruto de una adapta-

Figura 3. **Los grupos de actividades de los programas de gestión de la calidad**



ción propia para los servicios de salud de propuestas similares de Juran, Feigenbaum, Crosby y otros, en el ámbito industrial. El modelo de ciclos de mejora-diseño-monitorización es un modelo sólido e integrador que he venido utilizando desde hace más de una década, y en cuyos conceptos encajan, hasta ahora, todas las iniciativas y «modelos» parciales que han ido surgiendo.

Este modelo se complementa con la caracterización del enfoque, externo o interno, con que se acometan las actividades. El enfoque externo implica que las decisiones sobre qué y cómo medir se toman desde fuera del centro o institución evaluada, mientras que en el interno todo ello se decide dentro del centro o institución a evaluar; traduce así el compromiso con la calidad del propio personal que ofrece los servicios que se evalúan.

2. Los «modelos» ISO, JCAHO y EFQM: qué son, qué implican y para qué sirven

Un análisis de las propuestas y documentos de estos tres modelos, probablemente los de mayor predicamento como tales «modelos» en los servicios de salud, revela que no son diferentes en relación al marco filosófico sobre la calidad, o el enfoque estructural y organizativo que propugnan. Las diferencias residen en:

- los esquemas de requisitos, estándares, criterios o indicadores que proponen para evaluar;
- la finalidad y consecuencias de la evaluación; y
- la metodología con la que se realizan las evaluaciones, básicamente en relación al balance de los enfoques externo e interno.

Dentro del modelo general de actividades descrito en la tabla 1 y representado en la figura 3, los tres «modelos» son esquemas de monitorización, con una amplitud y alcance diversos, pero los tres utilizables como mecanismo de detección de problemas circunscritos al conjunto concreto de criterios, estándares o indicadores que proponen evaluar; problemas que después habría que someter a ciclos de mejora para que los «modelos» fuesen realmente útiles en la dinámica de la mejora de la calidad. Lo que sigue es una reseña resumida de las características distintivas de cada uno de los tres «modelos».



2.1. El modelo ISO

ISO son las siglas que corresponden a *International Organization for Standardization*, un organismo internacional (federación de organizaciones nacionales) de normalización, creado en 1947 por 25 países con el objeto de «facilitar la coordinación y unificación internacional de las normas», favoreciendo así el intercambio comercial. Las normas a que hace referencia el llamado «modelo ISO» para la gestión de la calidad son las ISO 9000, adoptadas por el Comité Europeo de Normalización y revisadas generalmente cada cinco años (la última revisión fue realizada en el año 2000). En el lenguaje ISO, una «norma» es un documento técnico que contiene las especificaciones del producto, maquinaria, material, técnica, etc., que se normaliza. La conformidad con los requisitos contenidos en la norma, lleva a la *certificación* del producto, técnica, etc., a que se refiere la norma. En el caso de la gestión de calidad, la norma aplicable para la certificación es la ISO 9001:2000 («Requisitos de los sistemas de gestión de calidad»), que se refiere a los aspectos formales y documentales del sistema, pero *no* a la calidad del servicio o producto de la organización cuyo sistema de gestión de la calidad se certifica. Así pues, la equivalencia entre certificación ISO, según la norma 9001:2000, y la provisión de un servicio de calidad no puede ni debe ser establecida.

Normas complementarias a la aplicación de la 9001, aunque no contienen requisitos para la certificación, son la ISO 9000:2000 («Fundamento y vocabulario de los sistemas de gestión de la calidad»), y la 9004:2000 («Recomendaciones y directrices para la mejora del desempeño»). Los principios filosóficos de la gestión de la calidad declarados en las normas ISO 9000 son los que figuran en la tabla 2.

Tabla 2. **El modelo ISO de sistema de calidad**

Ocho principios de la gestión de la calidad
1. Organización enfocada al cliente.
2. Liderazgo.
3. Participación del personal.
4. Enfoque al proceso.
5. Enfoque del sistema hacia la gestión.
6. Mejora continua.
7. Toma de decisiones por datos.
8. Relación beneficiosa con los suministradores.

La certificación, definida como «acción llevada a cabo por una entidad reconocida como independiente de las partes interesadas mediante la que se manifiesta la conformidad, solicitada con carácter voluntario, de una determinada empresa, producto, proceso o servicio, con los requisitos definidos en las normas o especificaciones técnicas», es una actividad de enfoque esencialmente externo y hay que renovarla periódicamente. La «entidad» certificadora en España suele ser AENOR, aunque hay otras, fundamentalmente de ámbito europeo, que también podrían certificar.

Ha habido, y sigue habiendo, intentos de adaptación, al menos en el lenguaje, a los servicios de salud, pero hasta el momento las normas ISO para el sistema de gestión de la calidad no son específicas para servicios de salud, y su aplicación es tanto más adaptable cuanto más tangible, automatizable y rutinario sea el servicio o unidad organizativa a la que se apliquen.

2.2. El modelo JCAHO

JCAHO son las siglas de *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, creada como JCAH (*Joint Commission on Accreditation of Hospitals*) en 1951, en base a un acuerdo entre asociaciones de profesionales sanitarios (ACS, ACP, AMA) y la Asociación Americana de Hospitales (AHA). Su esquema inicial y filosofía general fueron semejantes a ISO: determinación de estándares de origen profesional para la autorregulación voluntaria. Sólo que en vez de ser en el ámbito industrial fue en el ámbito específicamente hospitalario, en vez de hablar de «normas» hablan de «estándares», y en vez de «certificar» hablan de «acreditar». También se plantea, como en caso de la ISO, un programa de enfoque eminentemente externo, con un resultado (la acreditación) que hay que renovar periódicamente.

A lo largo del tiempo, el tipo de organizaciones que se acreditan se ha ido ampliando hasta llevar a cambiar el nombre de JCAH a JCAHO, incluyendo en la actualidad esquemas de acreditación para todo tipo de organizaciones sanitarias, desde residencias asistidas a redes completas de atención, y, desde luego, centros de Atención Primaria. También ha sido evidente



la extensión del modelo de acreditación específicamente sanitaria a multitud de países, impulsado no sólo por la JCAHO sino también por diversos tipos de organizaciones como la OPS y la Sociedad Internacional de Calidad en Servicios de Salud.

Otros cambios se han producido en los propios estándares, que se intenta enriquecer, pasando de ser puramente estructurales, a incluir también indicadores de proceso y resultado, a la vez que el proceso de acreditación se intenta convertir en una ayuda para la mejora continua, y no sólo un proceso de reconocimiento externo. En los años sesenta perdió *de facto* el carácter voluntario que tenía en el país donde se creó, al hacerse obligatoria la acreditación para las instituciones que atendiesen pacientes de Medicaid y Medicare, los dos grandes seguros de enfermedad públicos que hay en Estados Unidos.

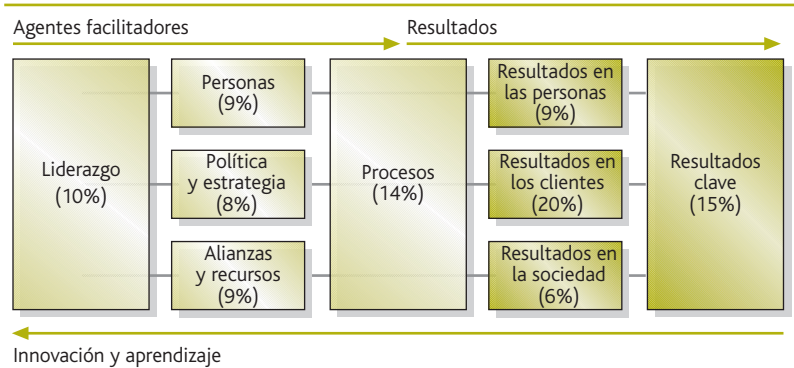
Curiosamente, los estándares no detallan los requisitos del sistema o programa de gestión de la calidad, pudiéndose así complementar con la norma ISO 9001. Tampoco tienen carácter universal, y la propia JCAHO internacional propugna una adaptación local de los mismos, aunque sigan siendo un conjunto relativamente amplio y detallado.

En España la acreditación JCAHO la realiza la Fundación Avedis Donabedian de Barcelona.

2.3. El modelo EFQM

EFQM son las siglas de *European Foundation for Quality Management*, una entidad fundada en 1988 por 14 grandes empresas europeas, con el apoyo de la UE e inspirada en los modelos de los premios Deming (Japón) y Malcom Baldrige (Estados Unidos). Comparte, pues, con ISO un origen empresarial, aunque lo que se define no es un modelo para la certificación externa, sino el llamado modelo EFQM de Excelencia Empresarial, lanzado en 1991 como esquema de referencia para la autoevaluación del nivel de excelencia empresarial. Un diagnóstico organizacional que se define como «examen global, sistemático y regular de las actividades y resultados de una organización comparados con un modelo de excelencia». En 1994 se crea

Figura 4. Modelo EFQM de excelencia



Fuente: www.efqm.org

el grupo de trabajo del Sector Público (Salud, Educación, Administración Pública), y en 1998 el grupo específico del sector salud, aunque hay también adaptaciones locales, como en el caso de España.

El modelo fue revisado en 1999, aunque no se introdujeron grandes cambios, y sigue el esquema que contiene la figura 4.

En este esquema no se habla de normas ni de estándares, sino de «criterios» para la evaluación, que son en realidad grandes áreas a evaluar (cada «criterio» incluye en realidad varios «subcriterios» y diversos niveles de cumplimiento), agrupadas en criterios «agentes» (que recuerdan en cierto modo cuestiones de estructura y proceso del esquema clásico de Donabedian), y de «resultados»; dando lugar, según el grado de cumplimiento, a unas puntuaciones dentro de un máximo establecido para cada criterio que suman un total de 1.000 puntos.

El marco filosófico del modelo son los llamados «ocho fundamentos de la excelencia», contenidos en tabla 3. Como puede apreciarse, tienen mucha semejanza con los «ocho principios de la gestión de la calidad» del modelo ISO (tabla 2), aunque quizás los principios del EFQM hacen un énfasis explícito en algunas cuestiones, como la responsabilidad social, que no son tan visibles en el ideario ISO. El modelo EFQM está también más obviamente en la línea de la calidad total, al explicitar y dar relevancia a criterios en relación a la propia calidad de la organización, satisfacción de los trabajadores, etc.

TABLA 3. **El modelo EFQM. Los ocho fundamentos de la excelencia**

- | |
|--|
| 1. Orientación a los resultados. |
| 2. Orientación al cliente. |
| 3. Liderazgo y coherencia en los objetivos. |
| 4. Gestión por procesos y hechos. |
| 5. Desarrollo e implicación de las personas. |
| 6. Aprendizaje, innovación y mejora continuos. |
| 7. Desarrollo de alianzas. |
| 8. Responsabilidad social. |

Tanto el modelo como la autoevaluación en sí se presentan como una herramienta de utilidad para el nivel gestor, que no conlleva certificación ni acreditación sino una identificación de aspectos a mejorar en la gestión de la organización que se autoevalúa. Aunque para optar a reconocimiento (lo cual se logra a partir de la consecución de una determinada puntuación global), es precisa una auditoría externa.

En España hay una experiencia ya bastante extensa en la aplicación del modelo EFQM, habiéndose convertido en el esquema «oficial» en varias Comunidades Autónomas, como la del País Vasco como pionera. Sin embargo, sigue sin superarse uno de sus principales defectos que es el amplio grado de subjetividad en la mayoría de los criterios (y en la selección de los indicadores que sirven para medirlos), además de estar siendo utilizado de manera comparativa, como si fuese un programa externo, y no siempre dirigido al nivel gestor. Circunstancias ambas ciertamente desviadas de la intención del modelo original, que en esencia es un esquema amplio de monitorización para identificar internamente problemas en la gestión de las organizaciones, y no en la calidad de los servicios concretos que se ofrecen.

2.4. Los tres «modelos»

Como resumen comparativo, podemos decir lo siguiente:

- Hay pocas diferencias filosóficas entre los tres modelos. Todos tienen al cliente como centro de la organización y de la calidad, aunque en el modelo EFQM es más obvio el enfoque en el concepto de calidad total.

- Los tres modelos presentan para su aplicación práctica un esquema de monitorización. Hay que comparar la realidad con normas (ISO), estándares (JCAHO) o criterios (EFQM) preestablecidos, para identificar en qué hay que mejorar, dentro de los aspectos que se evalúan en los respectivos «modelos».
- Aunque el modelo JCAHO es el único originariamente específico para servicios de salud, los otros dos, de origen genérico e industrial, han intentado, y posiblemente seguirán intentando, producir adaptaciones específicas para servicios de salud.
- De momento, ISO y JCAHO están pensados como programas externos que llevan a un reconocimiento (certificación o acreditación), mientras que el modelo EFQM se ofrece para la autoevaluación, aunque se precisa una auditoría externa si se quiere recibir reconocimiento.

A la vista de las experiencias conocidas, podemos afirmar también que todos, los tres «modelos», pueden ser dinamizadores del compromiso con la calidad. Aunque *ninguno de los tres* garantiza la inexistencia de problemas de calidad una vez aplicados, probablemente, entre otras cosas, por el alcance necesariamente parcial de todos ellos. Hay que hacer algo más. El ejemplo paradigmático en este sentido nos lo brinda el programa de acreditación en Estados Unidos, donde más del 90% de las camas hospitalarias están acreditadas, sin que ello se asocie a una ausencia comparable de problemas de calidad en la asistencia hospitalaria de aquel país.

3. ISO, EFQM y JCAHO en la Atención Primaria en España

Los tres modelos han sido aplicados en Atención Primaria en nuestro país, si bien con una distribución y alcance muy irregulares. La revista de la Sociedad Española de Calidad Asistencial incluye en sus números un cuadernillo del RECAS (Registro Español de Certificación y Acreditación Sanitaria), probablemente no exhaustivo en cuanto a experiencias habidas, pero sí representativo del tipo de institución en el que se ha aplicado cada «modelo».



Así, la certificación ISO es generalmente parcial (procesos o partes específicas de las organizaciones) y, en lo que respecta a atención no hospitalaria, más frecuente en servicios de urgencias (Empresa pública de emergencias sanitarias de Andalucía, Servicio Especial de Urgencias 061 de Madrid), o, dentro de la escasez de experiencias no hospitalarias recogidas en este registro, instituciones privadas como la red asistencial de Sanitas.

La acreditación JCAHO está poco extendida, pero aún así figura en el registro (marzo de 2005) un centro de salud (Centro de Atención Primaria de Salou) y un Área Básica de Salud (Vandellós-L'Hospitalet).

El modelo EFQM es, sin duda, el más experimentado, dada su adopción como política de calidad oficial en varias Comunidades Autónomas, unas veces ofreciéndolo para su aplicación de forma voluntaria, y otras, como en el caso más reciente de la Región de Murcia, haciendo la autoevaluación obligatoria para todas las gerencias tanto de hospitales como de Atención Primaria, bajo un mandato de la propia Consejería de Sanidad. Hay algunos centros de salud aislados que han hecho también su autoevaluación con el modelo EFQM, aunque no es una situación ni mucho menos generalizada. Una situación que no tiene por qué ser considerada como negativa, puesto que en buena lógica esta autoevaluación debería ser efectuada en primer lugar, o al menos simultáneamente, por las gerencias que son las que más pueden sacar partido e intervenir en los problemas (que no olvidemos están fundamentalmente relacionados con la gestión de las organizaciones) que el modelo puede detectar.

El RECAS sólo recoge experiencias con EFQM avaladas por una agencia evaluadora externa, generalmente ligadas a la aspiración a obtener algún tipo de reconocimiento, y, de momento, no incluye ninguna experiencia de Atención Primaria.

4. Calidad evaluada y mejorada por sus propios protagonistas

Junto a la confusión de los «modelos» y sus terminologías particulares, existe la escasa o nula delimitación en la práctica de las responsa-

bilidades para la mejora continua de la calidad que corresponden a cada uno de los niveles jerárquicos del sistema de salud. Así, por ejemplo, observamos que la evaluación con el modelo EFQM, pensada para los niveles gerenciales, se intenta aplicar a los niveles clínicos, operativos; mientras que las mediciones sobre indicadores clínicos específicos, de cuyo nivel de calidad son responsables los clínicos, se pretenden utilizar a niveles en los que la capacidad de actuación sobre los mismos es muy escasa, o directamente nula. La idea de un sistema de gestión de la calidad integrado en toda la organización, en el que cada nivel cumpla con su parte de responsabilidad evaluando y mejorando aquello que es de su competencia, en sinergia con el resto de niveles, está todavía muy lejos de haber sido implementada.

Sin embargo, hay ejemplos que demuestran que dando a los profesionales de primera línea las herramientas que necesitan para ejercer su responsabilidad en la evaluación y mejora de la atención, una considerable mayoría la ejercen, aun en un ambiente no precisamente favorable. Uno de estos ejemplos fue el Programa Ibérico, en el que, a partir de una iniciativa de los Ministerios de Salud español y portugués a finales de los ochenta, se iniciaron en la evaluación y mejora de la calidad más de doscientos centros de salud y se llevaron a cabo decenas de ciclos de mejora a lo largo de los menos de dos años que duró la experiencia. Iniciativas de este tipo se han replicado después en otros países. Uno de los últimos ejemplos en este sentido es la iniciativa del *Institute for Health Improvement*, que dirige Donald Berwick, que preconiza ciclos de mejora a través de grupos de trabajo formados básicamente por profesionales de base, a los que se les presta ayuda metodológica.

En definitiva, igual que no se van a producir mejoras en la calidad de la gestión del sistema sin el compromiso de los gestores, va a ser muy difícil que se produzcan mejoras en la atención clínica sin el compromiso de los clínicos. Adicionalmente, un sistema de gestión de calidad con base exclusiva o fundamentalmente en programas externos, no va a poder conseguir mejoras sustantivas y sostenidas. Como apunta Heather Palmer: «Desde fuera se puede medir; desde dentro se puede medir y mejorar».



Bibliografía

1. Saturno PJ. Marco conceptual para la gestión de la calidad. Manual del Master a distancia sobre gestión de la calidad en servicios de salud. Módulo I. Universidad de Murcia; 2003.
2. AENOR: Normalización y Certificación. Conceptos básicos. AENOR, Madrid; 1993, 2.ª ed.
3. Norma UNE-EN ISO 9000-2000: Sistemas gestión de la calidad Fundamentos y vocabulario. AENOR, Madrid; 2000.
4. Norma UNE-EN ISO 9001:2000. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos. AENOR. Madrid; 2000.
5. Norma UNE-EN ISO 9004:2000: Sistemas de gestión de la calidad. Directrices para la mejora del desempeño. AENOR. Madrid; 2000.
6. 2005-2006 Comprehensive Accreditation Manual for Ambulatory Care. JCAHO. Oakbrook Terrace, 2005.
7. Joint Commission International Accreditation Standards for Ambulatory Care. JCAHO. Oakbrook Terrace, 2005.
8. Autoevaluación. Directrices para el Sector Público: salud. EFQM. Versión en castellano de Club Gestión de la Calidad, Madrid; 1995.
9. Guía para la autoevaluación de organizaciones sanitarias utilizando como referencia el Modelo de Excelencia 2000 de la EFQM. Versión simplificada. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud; 1999.
10. Lorenzo S, et al.: Autoevaluación de centros sanitarios utilizando como referencia el Modelo de Excelencia de la EFQM. MSD ed. Madrid; 2001.
11. Guía de Autoevaluación en Atención Primaria. Cuestionario adaptado para la aplicación del Modelo Europeo de Excelencia. Gerencia Regional de Salud, SACYL, Junta de Castilla y León; 2003.
12. Saturno PJ, Imperatori E, Corbella A. Evaluación de la Calidad Asistencial en Atención Primaria. Experiencias en el Marco de la Cooperación Ibérica: Diseños de proyectos. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid; 1990.
13. <<http://www.jcaho.org>>.
14. <<http://www.aenor.es>>.
15. <<http://www.efqm.org>>.