

Conferencia iberoamericana sobre docencia para la calidad en los servicios de salud

Panel Iberoamericano de Docencia y Calidad en Servicios de Salud¹

La cultura de calidad en cualquier institución o empresa responde habitualmente a una historia de experiencias positivas. Sin embargo, su origen remoto hay que buscarlo en los sectores industrial y de servicios (1). Los resultados obtenidos, en forma de incrementos de la efectividad y eficiencia, constituyen su carta de presentación y la estrategia para conseguir su implantación pasa ineludiblemente por la formación en los métodos de evaluación y mejoramiento de los servicios y productos que se ofrecen (2). En el entorno sanitario, una necesidad prioritaria es impartir programas docentes de la máxima calidad y actualización, para lograr introducir de forma efectiva las actividades de evaluación y mejora de la calidad.

En los últimos años se han conocido experiencias diversas en los países del área iberoamericana (3-5) en los que hay gran interés por encontrar la manera de introducir de forma efectiva las actividades de evaluación y mejora de la calidad (EMC) en los servicios de salud. En ese contexto, la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales y la Universidad de Murcia, España, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud y del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Agencia Española de Cooperación Internacional, organizaron el primer encuentro formal sobre formación para la introducción de actividades de EMC en los servicios de salud de los países del área iberoamericana.

En la conferencia, celebrada en la ciudad española de Murcia del 21 al 24 de marzo de 1995, se intercambiaron experiencias buscando puntos y recomendaciones de utilidad general. Un total de 22 profesionales participaron en la discusión representando las experiencias de España, Portugal, Brasil, México, Chile, Argentina, Ecuador, Costa Rica, Nicaragua, Colombia y Estados Unidos.

La discusión se centró en tres temas generales:

- estrategias para la implantación de actividades de mejora de la calidad en los servicios de salud. Función e importancia del componente docente;
- métodos docentes para la calidad;
- programa, contenidos y materiales de apoyo docente.

En cada uno de estos tres temas se intentó dar respuesta a cuestiones concretas que sirvieron de guía para la discusión. Se presentan a continuación las conclusiones y recomendaciones surgidas de la discusión, siguiendo el esquema de los tres temas generales tratados.

¹ Los participantes en el panel se mencionan al final del texto, que se preparó a partir de un original elaborado por Pedro J. Saturno Hernández, integrante del panel al que debe dirigirse cualquier correspondencia referente a esta conferencia iberoamericana. Su dirección postal es la siguiente: U.D. Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia, 30100 Espinardo, Murcia, España. Internet: psaturno@fcu.um.es.

TEMA I: Estrategias para la implantación de actividades de mejoramiento de la calidad en los servicios de salud

1.1 ¿Quién tiene la responsabilidad de iniciar los programas de mejora de la calidad?

Aunque la responsabilidad máxima, no siempre asumida, es de la alta gerencia, la iniciación de programas de EMC es también responsabilidad de todo aquel que tenga capacidad de liderarlos, sin importar en cuál nivel se ubica y de acuerdo con el nivel particular de decisión de cada uno. No se debe esperar —aunque sería lo ideal— una iniciativa superior para comenzar las actividades de EMC.

El nivel político no puede obviar su responsabilidad de apoyo, o por lo menos, de no interferencia.

1.2 ¿Qué requisitos o condiciones previas hacen falta para la implantación de actividades de EMC?

Se señalan como especialmente importantes para la consolidación de las actividades de EMC las cinco condiciones siguientes: 1) apoyo o al menos anuencia del nivel superior; 2) conocimientos o formación: dominio de contenidos fundamentales de métodos de EMC; 3) voluntad de hacer las cosas mejor y consciencia de la necesidad de cambio en los sistemas de salud; 4) estructura y organización mínimas para la EMC, no burocratizadas, pero muy sólidas y visibles; 5) surgimiento de un líder para las actividades de EMC con estabilidad profesional.

1.3 ¿Las actividades de EMC han de ser voluntarias u obligatorias?

Idealmente han de ser voluntarias, como actividades constantes dentro del trabajo cotidiano y como expresión de un compromiso explícito con la calidad. La realidad en nuestros países ha sido, efectivamente, una incorporación voluntaria paulatina, reforzada a veces con algunas actividades obligatorias iniciales.

En la planificación de las estrategias para implantar las actividades de EMC de manera voluntaria es preciso considerar la introducción de incentivos, que pueden ser exclusivamente de tipo profesional.

1.4 ¿Ha de basarse la EMC en programas de iniciativa externa a las instituciones que proveen los servicios (hospitales, centros de salud, consultorios, etc.) o internos (a iniciativa y desarrollados por las propias instituciones asistenciales)?

El estímulo puede ser externo, pero no tendrá sentido si no hay programas de EMC internos, asumidos y ejecutados por el personal de las instituciones asistenciales. Ambos enfoques, externo e interno, son complementarios, pero el interno es imprescindible.

1.5 ¿Los programas y actividades de EMC han de ser centralizados o descentralizados?

El estímulo inicial de los programas y actividades de EMC puede ser centralizado, así como el marco de referencia, la expresión política y la función planificadora y facilitadora. La ejecución, sin embargo, debe ser (o llegar a ser) mayoritariamente descentralizada.

1.6 ¿La estrategia de implantación de las actividades de EMC ha de considerar todo el sistema de salud conjuntamente o por niveles (atención ambulatoria, hospitalaria, etc.)?

Idealmente, se dará en forma integrada como un conjunto o sistema de niveles de atención interrelacionados. En realidad no parece existir un patrón concreto preferible. En cada país la EMC se ha introducido de diversas maneras, según el contexto y condiciones y las oportunidades que han surgido. En todos los casos, el objetivo común es alcanzar a todo el sistema de forma coordinada.

1.7 ¿La estrategia de implantación ha de dirigirse a la gestión de calidad del sistema de servicios de salud o al sector de salud en sentido amplio, o sea, incluyendo a otros sistemas, como el educativo, con incidencia en la salud y en el sistema sanitario?

Dada la escasez de recursos y la responsabilidad directa de los profesionales de la salud en el sistema de atención, es preferible centrarse inicialmente en la mejora de calidad en la prestación de los servicios.

1.8 ¿Cuándo organizar actividades docentes sobre métodos de EMC?

La formación en métodos de EMC debe ser constante y rutinaria en los servicios de salud, unida, en su caso, a las demás actividades de educación continua. Es importante complementar siempre la docencia de métodos de EMC con actividades de seguimiento y apoyo para el aprendizaje en la práctica.

1.9 ¿Quién debe recibir docencia en los métodos de EMC?

Todo el personal sanitario que trabaja en los servicios de salud debe ser formado en los métodos de EMC, aunque para ser más efectiva, esta docencia ha de realizarse por niveles y en etapas. El equipo ejecutor asistencial, aquel que trabaja conjuntamente en la provisión de servicios de salud concretos tanto en atención primaria como en atención hospitalaria, debe recibir una formación conjunta, no por profesiones. Por otra parte el nivel ejecutor exige una formación diferente a la del nivel gestor. Al nivel directivo gestor debe dársele en mayor medida un contenido de factores de éxito de los programas de EMC y de implicaciones para el sistema y las instituciones de salud.

Al iniciar las actividades docentes para la EMC hay que prestar una especial atención a quienes tienen capacidad de liderazgo, prestigio y estabilidad en el lugar de trabajo, estén al nivel que estén, y procurar su participación en el programa lo más tempranamente posible.

La educación sobre EMC a los usuarios debe ser también considerada, aunque la del personal de salud debe ser prioritaria y anteceder a la de los usuarios.

1.10 ¿La docencia sobre métodos de EMC en qué secuencia debe iniciarse en la escala jerárquica de los servicios de salud? ¿De arriba abajo o de abajo arriba?

Lo preferible es que se desarrolle simultáneamente. Es aconsejable, sin embargo, comenzar sensibilizando a los niveles superiores y dar prioridad en cualquier caso a la capacitación del personal que presta la atención. El interés y la sensibilización de los niveles superiores no son nunca suficientes para la implantación efectiva de las actividades de EMC.

I.11 *¿Es preferible que la docencia sobre EMC sea interna o externa a las instituciones que proveen los servicios de salud?*

Al inicio, en donde estén los recursos, que por lo general serán externos. Es conveniente aprovechar todas y cada una de las oportunidades. Luego de que la iniciativa externa ha transmitido el conocimiento y se ha adquirido la experiencia, se establece el programa interno de educación, práctica y actualización constante en métodos de EMC.

I.12 *¿Qué incentivos usar para lograr que se implanten actividades de EMC?*

No se puede ignorar el papel de los incentivos monetarios, pero hay otros importantes y, en opinión de la mayoría, determinantes para la implantación efectiva de las actividades de EMC, como son el reconocimiento y el desarrollo profesional. La experiencia en todos nuestros países ha mostrado la relevancia de las actividades de EMC para la autorrealización personal y la satisfacción profesional.

I.13 *Función de la administración sanitaria, la universidad, las organizaciones profesionales, las sociedades científicas, las organizaciones no gubernamentales y los organismos internacionales en la implantación de las actividades de EMC en los servicios de salud.*

Todas estas instituciones pueden tener funciones importantes como promotores, integradores, facilitadores, conciliadores, financiadores, generadores de conocimientos, formadores o informadores. Lo difícil es pasar de la retórica, fácilmente asumible y que puede encontrarse asumida en muchas de estas organizaciones, a los hechos y acciones que, con notables excepciones, mayoritariamente brillan por su ausencia. También vale la pena discutir el papel del complejo médico-industrial, que hasta ahora apenas ha intervenido en la implantación de actividades de EMC en los servicios de salud.

En resumen, los programas de EMC precisan una estrategia específica, crean polémica y ponen en evidencia asuntos contradictorios. Los diversos países e instituciones han recorrido distintas trayectorias hacia la implantación de programas de EMC. Sin embargo, en la conferencia se coincidió plenamente en el papel crítico y fundamental de la docencia sobre métodos de EMC en todas las estrategias posibles, con matices de seguimiento y apoyo (el saber) con la voluntad y el liderazgo (el querer) y los recursos mínimos (el poder).

Es importante involucrar a organizaciones relacionadas con el sistema de salud (por ejemplo las universidades, sociedades científicas, colegios profesionales, etc.) pero centrándose en las estrategias y programas de mejora de la prestación directa de servicios de salud. En esta línea, las principales recomendaciones apuntan a la consecución de programas de EMC asumidos internamente por las instituciones, no impuestos desde los ámbitos administrativos superiores del sistema, voluntarios y cimentados sobre la base de una responsabilidad consciente y explícita del personal de salud, que lleve a la instauración de programas y formación continuada sobre EMC como una actividad consustancial y cotidiana de los servicios de salud.

TEMA II: Métodos docentes para la implantación de actividades de evaluación y mejora de la calidad

II.1 *¿Los enfoques y métodos docentes han de referirse al contexto real de desempeño profesional en los servicios de salud o deben utilizarse enfoques y métodos más generales?*

Si bien es cierto que algunos elementos generales de control de calidad son aplicables a los servicios de salud, es imprescindible efectuar las adaptaciones necesarias para que se contextualicen los métodos de docencia a la realidad específica que se desea transformar y al perfil de los participantes. Las filosofías, métodos y ejemplos del mundo empresarial son útiles, pero si no están debidamente adaptados a las realidades concretas de los servicios de salud pueden ser incluso contraproducentes.

II.2 ¿Qué método o métodos de impartir docencia pueden ser convenientes?

El método debe relacionarse con los objetivos docentes. Todos tienen ventajas y desventajas. En todo caso frente a la docencia en aula o a distancia, es preferible la educación en el propio servicio y orientada a la solución de problemas de calidad específicos de los servicios, que requieren un contexto vivencial y personalizado. No obstante, también es preciso combinar lo anterior con métodos a distancia o autoinstruccionales, con o sin soporte electrónico, para superar algunas dificultades operativas que pueden presentarse en la educación en servicio. Hay que señalar igualmente, a la vista de las experiencias en los distintos países, la importancia de las metodologías informales y del intercambio de experiencias locales de educación o acción y de material de autoestudio.

II.3 ¿Formación aislada para la EMC o en el contexto de una formación estratégica para la reforma de los servicios de salud?

En la medida que los programas de mejora de calidad pretenden ser procesos de cambio, es necesario un abordaje estratégico en los programas de formación para la EMC, a fin de que guarden correspondencia con objetivos más globales de la organización y sus respectivos procesos de transformación. La formación para la EMC es un activante particular y poderoso de procesos de cambio institucionales.

II.4 ¿Calidad como contenido global referido a la organización en su conjunto, o calidad en todos los contenidos y actuaciones profesionales del personal de salud?

Es preciso desarrollar la calidad en todos los contenidos profesionales, técnicos y científicos, no solo como un rasgo general de la organización o de los aspectos organizativos y estructurales de los servicios de salud. La calidad "total" de la organización puede desarrollarse a partir de experiencias individualizadas o particulares, incluso de índole exclusivamente clínica. Los programas de EMC enfocados a *aspectos asistenciales concretos* permiten detectar problemas de organización normalmente de mayor alcance que lo que pudiera conseguirse con otros enfoques más globales y sobre aspectos meramente organizacionales, sin referencia específica a la atención a problemas de salud concretos.

II.5 ¿Qué infraestructura es necesaria para la docencia en EMC en los servicios de salud?

El principal limitante es la disponibilidad de formadores y facilitadores o personas que sirvan de apoyo metodológico para las actividades de EMC, con capacidad de proyectar su vivencia en el proceso educativo, y con conocimientos y experiencia suficientes. Además se requieren ciertos recursos mínimos de apoyo. Las instituciones deben ir construyendo su propia autosuficiencia formadora, con sus propios facilitadores con capacidad para buscar ayuda externa puntual cuando sea preciso.

II.6 Definición de objetivos docentes en la formación para la EMC: ¿hasta qué nivel de especificación?

Debe procurarse un equilibrio entre objetivos generales y específicos. Los objetivos específicos de la docencia deben corresponder a objetivos generales de la organización. Se subrayó la importancia de los objetivos y de un nivel suficiente de especificación para la evaluación de la propia actividad docente.

II.7 ¿Cómo se evalúa la docencia para la EMC?

Tal como para todas las actividades docentes en general, en relación a la consecución de los objetivos, sean de conocimientos, actitudes o habilidades. Sin embargo, en la docencia para la EMC, desde un punto de vista práctico, es importante considerar no solo la evaluación inmediata de la experiencia docente (la evaluación más frecuentemente realizada), sino fundamentalmente el cambio de actitud hacia la calidad traducido en la práctica por el cumplimiento y resultados del ciclo de mejoramiento. Este incluye esencialmente la detección de un problema de calidad u oportunidad para mejorar, su estudio y análisis, el diseño e implantación de medidas correctoras, y la constatación posterior de la mejoría lograda. Esta evaluación no es inmediata sino a corto o mediano plazo (habitualmente solo es factible de seis a doce meses tras la actividad docente) pero es sencilla y factible y debería incorporarse de forma rutinaria a los programas docentes.

Como en toda actividad docente, es importante usar los resultados de la evaluación para mejorar el programa docente. Por desgracia, esto no siempre se hace.

II.8 ¿Qué factores facilitan el aprendizaje de los métodos de EMC?

A tenor con lo ya mencionado en lo referente a estrategias e incentivos (apartados I.3. y I.12), destacan los aspectos de motivación vinculados al desarrollo personal y profesional, reconocimiento y estímulo y, cuando es posible, los incentivos económicos o de valor convertible.

En el propio programa docente, la motivación se favorece con un ambiente participativo, que facilite la confrontación de ideas y relacione las exposiciones con la práctica concreta, utilizando casos reales y cercanos a los participantes y trabajando sobre problemas sugeridos por ellos mismos.

En el diseño de las estrategias docentes es importante reconocer realidades económicas o profesionales locales muy desmotivantes sobre las que es preciso trabajar de forma específica.

II.9 ¿Quién educa para la EMC?

Todo el personal de los servicios de salud puede convertirse en educador para la EMC. Al margen de la episódica necesidad de formadores externos, todo aquel que pueda y sepa debe servir de educador. Los profesionales de base son un buen elemento si están motivados. Es igualmente importante resaltar el papel directo y de liderazgo que pueden cumplir los gestores y responsables técnicos de las instituciones asistenciales, si son capaces de asumir el rol de educadores y dan ejemplo de su compromiso con la EMC en la práctica.

En resumen, los métodos docentes siempre deben adaptarse a la realidad de los participantes. Se prefieren las experiencias prácticas, con docencia basada en la solución de problemas, impartida en talleres y con evaluación en servicio, eventualmente apoyadas en programas con material de autoestudio.

La docencia sobre EMC es parte de la formación integral del individuo, pero debe ser también estratégica en consonancia con las características y desarrollo de los sistemas de salud; es decir, debe integrarse y servir a los objetivos de gestión y desarrollo de los sistemas de salud, contribuyendo al cambio organizacional necesario para que se lleven a cabo. Debe abarcar todos los contenidos profesionales y no solo los aspectos organizativos.

La experiencia ha mostrado que es difícil conseguir docentes buenos y comprometidos, y este ha sido el principal limitante para la formación exitosa en EMC. Se debe intentar incorporar al proceso docente a todos aquellos con capacidad y motivación dentro de cada institución, incluido el personal directivo, tendiendo a que la ayuda de formadores externos se convierta en esporádica. Debe existir un apoyo mínimo básico en recursos, y, aunque no lo determina, será más fácil conseguir resultados si se cuenta con instalaciones y material audiovisual y didáctico.

La evaluación del proceso docente no debe limitarse al corto plazo, sino evaluar si se cumple el ciclo de mejoramiento. Es clave —aunque no suele ser lo habitual— utilizar la evaluación de la docencia para su mejoría efectiva.

TEMA III: Programa, contenidos y materiales de apoyo docente

III.1 *¿Los programas docentes han de ser diferentes según su alcance?*

No tiene por qué haber diferencias en los programas docentes en función de su alcance (nacional, regional, local, etc.). Incluso el mismo programa puede aplicarse en diferentes países. En cualquier caso parece más importante la adaptación del programa a los objetivos docentes en función del diagnóstico previo y las necesidades, que en función del alcance del proyecto. Los programas docentes han de estar contextualizados en un plan estratégico de implantación de mejora continua de la calidad, del que la función docente es un instrumento necesario pero no suficiente.

III.2 *¿El programa ha de ser único, secuencial, por niveles, por temas?*

Frente a la opción maximalista de un programa único, se considera útil un planteamiento secuencial y diferenciado por fases que cubra como mínimo los siguientes aspectos:

- sensibilización y motivación de los responsables políticos o de los directivos;
- capacitación básica sobre métodos de EMC;
- capacitación de 2º nivel.

En la conferencia se sugirió además, aunque no se discutió ni se desarrolló suficientemente, la formación de investigadores y de los usuarios/clientes del sistema como otros aspectos diferenciados en la docencia para la EMC, así como la conveniencia de un 3er. nivel enfocado principalmente al diseño de la calidad.

Hubo acuerdo general sobre el valor de la experiencia de los participantes en la docencia y la conveniencia de desarrollar un sistema de enseñanza-aplicación-referencia en la práctica docente como vía para facilitar tanto el aprendizaje como la aplicación de programas.

Se recomienda no pasar al 2º nivel hasta haber completado un ciclo completo de mejora en la práctica real.

III.3 ¿Qué contenidos debe tener la capacitación en cada fase o etapa?

Lógicamente, los contenidos de cada uno de los programas deben estar en función de los objetivos docentes claramente formulados. A nivel indicativo se han mencionado los siguientes para cada una de las tres fases que se discutieron:

- 1) Formación de directivos:
 - enfoque de la mejora de calidad en los planes estratégicos;
 - cambios potenciales que representa la cultura de la calidad;
 - efectividad de los programas de gestión de la calidad;
 - papel del usuario;
 - eventualmente, los contenidos de la formación básica.

- 2) Formación básica:
 - descripción del plan de calidad, del sistema de salud o de la institución, en el que está inserto el curso;
 - concepto y dimensiones de la calidad;
 - ciclo de evaluación y mejoría;
 - herramientas básicas para la evaluación y el análisis de problemas de calidad;
 - formulación de propuestas de mejora;
 - dinámica de grupos, trabajo en equipo;
 - opinión del usuario.

- 3) Formación de 2° nivel:

Puede considerarse de dos tipos, uno de profundización en las técnicas de evaluación y monitoreo, otro de capacitación de los formadores para transmitir los contenidos del curso de primer nivel y adaptarlos a realidades distintas. Se propone incluir:

 - técnicas pedagógicas (para los formadores);
 - profundización en temas de evaluación y mejora: estadística, manejo de conflictos, técnicas concretas como gestión de riesgo, manejo de la resistencia al cambio y sistemas organizativos (círculos de calidad, grupos de mejora, ...etc.);
 - técnicas de monitoreo.

En cuanto a la *duración*, las distintas experiencias de formación oscilan entre 20 y 40 horas de cursos básicos que pueden desarrollarse por módulos o de forma continuada.

Algunos participantes en la conferencia sugirieron enmarcar la EMC dentro de la formación gerencial a la que va unida de forma natural. Sin embargo, en la conferencia se reconoció a la EMC una entidad propia y una aplicabilidad más amplia, debiendo llegar a todos los niveles y personal del sistema de salud.

III.4 ¿Qué problemas tiene la capacitación básica y la de 2° nivel en cuanto a selección de participantes, dificultades diferenciales de los contenidos, definición de objetivos docentes, continuidad y seguimiento de los programas de formación, estructura y organización del material docente y evaluación de los programas?

Los posibles problemas y recomendaciones se resumen en el cuadro 1.

CUADRO 1. Resumen de problemas y recomendaciones de la capacitación en calidad

| | Capacitación básica | Segundo nivel |
|--------------------------------------|---|--|
| Selección de los participantes | <ul style="list-style-type: none"> – Hay que llegar a todos – Al inicio: selección de profesionales con ánimo de introducir cambios. Prestigio personal y profesional | <p>En general:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Haber dominado el primer nivel <p>Para formadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mucho cuidado y sin prisas – Habilidades docentes y directivas comprobadas – Prestigio personal y profesional cuando va a capacitar a directivos |
| Dificultad diferencial de contenidos | <ul style="list-style-type: none"> – Conviene hacer un diagnóstico previo de conocimientos – Definitivamente hay niveles de dificultad de aprendizaje en función de la formación y experiencia previas (especialmente en estadística) | <ul style="list-style-type: none"> – Sigue existiendo el nivel diferencial, aunque con menor intensidad |
| Definición de los objetivos docentes | <ul style="list-style-type: none"> – Conviene definirlos lo más operativamente posible, no solo globalmente | <ul style="list-style-type: none"> – Ídem |
| Continuidad y seguimiento | <ul style="list-style-type: none"> – Es absolutamente indispensable el papel de apoyo permanente, además del docente | <ul style="list-style-type: none"> – Este nivel requiere aun más apoyo. La docencia se completa con supervisión |
| Estructura y organización | <ul style="list-style-type: none"> – Debe existir un apoyo mínimo pero sólido de estructura y organización | <ul style="list-style-type: none"> – Ídem |
| Material de apoyo docente | <ul style="list-style-type: none"> – Es conveniente tener material adaptado a la realidad del grupo de participantes – Material escrito contextualizado; mejor si es propio | <ul style="list-style-type: none"> – Escrito y propio pero no necesariamente contextualizado – Dificultad en encontrar bibliografía en idiomas nacionales |
| Evaluación/uso | <ul style="list-style-type: none"> – Siempre debe existir y usarse como realimentación | |
| Engarce con capacitación básica | | <ul style="list-style-type: none"> – Debe dominarse el primer nivel |

Participantes

Miguel Carrasco Asenjo (Centro Universitario de Salud Pública, Madrid); Antoni Corbella Jané (Institut d'Estudis de la Salut, Barcelona); Yadira Fonseca Miranda (Universidad Nacional Autónoma de Managua, Nicaragua); Gilda Gnecco

Tassara (Ministerio de Salud, Chile); Jorge Hermida (University Research Corporation, Bethesda, USA); Emilio Imperatori (Ministerio de Salud, Portugal); Jon Letona Aramburu (Servicio Vasco de Salud, Vitoria, España); Jesús Lozano Olivares (Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, España); Santiago Martín Acera (Insalud, Madrid, España); João C. Mezomo (Universidad de Guarulhos, São Paulo, Brasil); Lluís Nualart i Berbel (Sagessa, Reus, España); Norma Orjuela de Deeb (Centro de Gestión Hospitalaria, Bogotá, Colombia); Jessie Orlich Montejo (Caja Costarricense del Seguro Social, San José, Costa Rica); Pedro Parra Hidalgo (Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, Murcia, España); Julio Querol Vinagre (Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud, México DF, México); Fernando Sacoto Aizaga (Ministerio de Salud, Ecuador); Rosa Suñol Sala (Fundación Avedis Donabedian, Barcelona, España); Martín Tejedor Fernández (Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España); Joaquín Urís Sellés (Institut Valencià d'Estudis de Salut Pública, Valencia, España); Evelia Vega Monclús (Servicio Andaluz de Salud, Sevilla, España); Susana Zlocowski (Ministerio de Salud, Córdoba, Argentina).

Referencias

1. Why implement Total Quality Management? En: Gaucher EJ, Coffey RJ. *Total quality in health care: from theory to practice*. San Francisco: Josey-Bass, 1993;3–25.
2. Juran JM. Personal. En: Juran JM, Gryna FM, Bingham RS. *Manual de control de la calidad*, 2a. ed. Barcelona: Reverté; 1990;479–510.
3. Saturno PJ. Towards evaluation of the quality of care in health centres. *World Health Forum* 1995;16(2):145–150. [Versión en español: *Foro Mund Salud* 1995;16(2).]
4. Nicholas D et al. The quality assurance project: introducing quality improvement to primary health care in less developed countries. *Qual Assur Health Care* 1991;3(3):147–165.
5. Saturno PJ, Paganini JM, eds. *Capacitación para la mejoría de la calidad: experiencias en países iberoamericanos*. Organización Panamericana de la Salud/Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Murcia. Serie HSS/SILOS (en prensa). □