

---

## ARTÍCULOS ORIGINALES

### Obstetricia

---

120 R. Martínez de la Ossa

Servicio de Tocoginecología. Hospital de Motril. Granada.  
Director del Área Integrada de Gestión de Tocoginecología.  
Hospital de Poniente de Almería (1996-1999).

**Correspondencia:**  
Dr. R. Martínez de la Ossa.  
P.º del Castaño, 12, portal 12, 31 izqda.  
04720 Aguadulce. Almería.

Fecha de recepción: 11/12/00  
Aceptado para su publicación: 7/2/01

#### RESUMEN

El programa top 20 fue instaurado en España en el año 2000. El objetivo de este programa fue introducir una nueva metodología acerca del comportamiento de hospitales, así como de sus resultados. Los principales indicadores analizados fueron: índice de complicaciones, estancia media ajustada, índice de ocupación, coeficiente de ambulatorización y coste de producción.

El Hospital de Poniente de Almería fue incluido dentro del grupo I de los top 20. El servicio de ginecología fue uno de los servicios más eficientes con 3 de las 7 patologías con mayor eficiencia y mayor impacto en estancias evitadas: parto vaginal, cesáreas con/sin complicaciones e intervenciones sobre piel, tejido subcutáneo y mama.

Analizamos nuestros indicadores de eficiencia y calidad asistencial fundamentales para obtener estos estándares de calidad.

#### PALABRAS CLAVE

Eficiencia. Calidad. Indicadores.

## Indicadores de eficiencia y calidad asistencial en un servicio de tocoginecología dentro de un hospital incluido en los top 20

*Indicators of efficiency and healthcare quality in obstetrics and gynecology department of a hospital included in the top 20*

R. Martínez de la Ossa. *Indicadores de eficiencia y calidad asistencial en un servicio de tocoginecología dentro de un hospital incluido en los top 20. Prog Obstet Ginecol 2001;44:120-128.*

#### ABSTRACT

Top-20 programme was introduced in Spain in the year 2000. Its aim was to introduce a new methodology about hospital behaviour and results. Their main indicators were index of complications, mean stay, index of occupation, out-patient activity and cost of production unit.

Poniente Hospital was included into the group 1 top-20. Gynecological service was the most efficient service with 3/7 pathologies with more efficiency and more impact to avoid stay: vaginal deliveries, caesarean operations and skin and breast surgery.

We analyse our efficiency and quality indicators essential to get this quality standard.

#### KEY WORDS

Efficiency. Quality. Indicators.

## INTRODUCCIÓN

El programa Top 20. Los Mejores Hospitales<sup>1</sup> se ha desarrollado por primera vez en España en el año 2000 y tiene como objetivos introducir una metodología de evaluación simple pero comprensiva del funcionamiento y resultados de los hospitales; establecer patrones de referencia que sirvan de *Benchmark* para los hospitales españoles, y reconocer la labor de los equipos hospitalarios de alto rendimiento de los top 20.

Este programa ha sido desarrollado por IASIST, S.A., compañía de información sanitaria en España del Grupo HCIA-Sachs, y su objetivo es ofrecer información de contenido clínico y económico para analizar la eficiencia y calidad de los servicios prestados. Su referente es la experiencia con los 100 top en EE.UU. líder del sector sanitario norteamericano.

Dentro de este programa existen diferentes grupos de hospitales:

- Grupo I: hospitales generales pequeños.
- Grupo II: hospitales generales medianos.
- Grupo III: hospitales docentes.
- Grupo IV: grandes hospitales docentes.

Los indicadores clave son: índice de mortalidad ajustada por riesgo; índice de complicaciones ajustadas por riesgos; estancia media ajustada por casuística y gravedad; índice de ocupación; coeficiente de ambulatorización, y coste de unidad de producción ajustada.

Casas<sup>2</sup> señala cómo la evaluación de la actividad de un servicio no puede realizarse si no existe conocimiento del resultado de la misma, es decir, de su producción. Medir la producción de un servicio no es fácil debido a la ausencia de información médica rutinaria y variabilidad individual; sin embargo, es posible clasificar con rasgos comunes entre sí y que los diferencian de otros. A partir de estos sistemas de clasificación se obtiene información de actividad e indicadores de calidad y utilización de recursos que permiten evaluar y monitorizar la actividad, así como tomar decisiones y establecer comparaciones de actividad con servicios similares.

El Hospital de Poniente de Almería ha sido incluido dentro del grupo I de los top 20<sup>1</sup>. El servicio de ginecología se ha señalado entre los más eficientes de este hospital, y 3 de las 7 patologías con ma-

yor eficiencia relativa y mayor impacto en estancias evitadas son ginecológicas: parto vaginal (1); cesárea con/sin complicación/morbilidad (2), e intervenciones de piel tejido subcutáneo y mama con complicación/morbilidad mayor (4).

El objetivo prioritario del servicio siempre ha sido proporcionar una correcta calidad asistencial global utilizando los recursos disponibles humanos y materiales para procurar obtener la máxima eficacia y eficiencia con un óptimo nivel científico-técnico y la mayor satisfacción para el usuario. Hemos creído interesante desglosar en el ámbito de nuestra especialidad una serie de indicadores de calidad asistencial que nos han permitido la obtención de estos resultados sin menoscabo de la citada calidad.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos analizado en primer lugar la eficiencia en la gestión del servicio, para lo cual hemos utilizado dos de los indicadores más actualizados a este fin: el índice de utilización de estancias y el índice ca-suística por peso GRD. Para tal fin hemos utilizado el informe CLINOS, correspondiente a 1998 elaborado por la empresa IASIST, S.A., con los datos de nuestro hospital y el estudio comparativo con el *Benchmark* I 99.

El *Benchmark* se compone de la casuística de 38 centros hospitalarios españoles de menos de 250 camas y un perfil de servicios médicos básicos y la estancia media por GRD de los 10 centros hospitalarios con mejor funcionamiento.

No obstante, hemos creído interesante, como especialistas en obstetricia y ginecología, analizar los objetivos prioritarios de calidad y asistenciales del servicio de obstetricia y ginecología que se establecieron al abrir este nuevo servicio cuyo cumplimiento creamos que han sido fundamentales a hora de obtener estos estándares de calidad.

### Área de partos

- Tasas adecuadas de morbimortalidad perinatal *inferiores al 10% recién nacidos*.
- Tasa adecuada de cesáreas *inferior al 15%*.
- Parto humanizado y analgésico.

Tabla 1 Análisis de Actividad Asistencial por CDM en Hospital de Poniente en comparación con Estándar

CDM	Hospital de Poniente	Casuística (%)			Peso medio		
		Estándar		Hospital de Poniente	Estándar	PR	
14	27,19	17,88	9,32	0,5544	0,5507	1,0066	
13	3,49	4,43	-0,94	0,9847	0,8692	1,1329	
09	1,59	3,14	-1,55	1,0113	1,0015	1,0098	

### Área de hospitalización

- Índice de ocupación de camas en el área obstétrica entre el 70 y el 75% y del 75-85% en el área de ginecología.
- Estancia media inferior a 4 días en obstetricia y de 5 días en el área ginecológica, exceptuando pacientes oncológicas con estancia preoperatoria inferior a uno para cirugía programada.
- Informe de alta informatizado y dado *en mano al alta del paciente con un índice de altas sin diagnóstico inferior al 0,5%*.
- Cumplimiento de los derechos de los pacientes. *Consentimiento informado para intervenciones y pruebas especiales y encuesta de satisfacción postoperatorio.*

### Área de consultas externas

- Potenciación de procedimientos diagnósticos-terapéuticos ambulatorios en consulta.
- Contención de lista de espera de consultas *con una demora no superior a 15 días*.
- Mantenimiento en consultas de un porcentaje de revisiones entre el 30 y el 35% en el área de ginecología.

### Área de quirófanos

- Índices de ocupación de quirófanos adecuados mediante 3 intervenciones por quirófano y día con un índice de ocupación real no inferior al 70%.
- Lista de espera contenida para procedimientos quirúrgicos *inferior a 3 meses*.
- Bajo índice de suspensión de intervenciones quirúrgicas: *inferior al 5% de la operatoria programada*.
- Potenciación de la cirugía sin ingreso y colabo-

ración en la creación de una unidad de cirugía mayor ambulatoria.

- Índice de resolución mediante cirugía ambulatoria con utilización de quirófano en el ámbito de hospital de día *superior al 50%*.
- Potenciación de las nuevas tecnologías terapéuticas de cirugía mínimamente invasiva: cirugía laparoscópica e histeroscópica.

### RESULTADOS

En términos de eficiencia hemos analizado en nuestro servicio dos de los índices más actualizados: el índice de utilización de estancias y el índice casuístico por pesos GDR.

El índice de utilización de estancias en el año 1999 fue óptimo en cifras del 0,60% y el índice casuístico por pesos GDR, del 0,60%, si bien hay que destacar la mayor proporción en el hospital y en el servicio de la categoría diagnóstica mayor que incluye parto vaginal y otros procedimientos obstétricos y ginecológicos de baja complejidad debido a la tasa de natalidad de esta zona, una de las mayores del país.

En este contexto se señaló a la unidad de documentación clínica de nuestro centro un análisis de actividad del servicio en el primer semestre de 1999 analizando 1.340 altas y realizando un estudio de su distribución por CDM, GRD y peso medio, comparando su comportamiento con respecto al estándar y datos del CMBD Andalucía, en el primer semestre 1998.

De las 1.340 altas analizadas: 1.164 corresponden a obstetricia, con un peso medio de 0,5529; 176 corresponden a ginecología, con un peso medio de 0,9526.

Las diferencias más remarcables entre el hospital y el estándar en cuanto a CDM son las siguientes: a) mayor proporción: embarazo, parto y puerperio (CDM14), y b) menor proporción: aparato reproductor femenino (CDM13) y piel, tejido subcutáneo y mama (CDM09), pero presentando mayor complejidad.

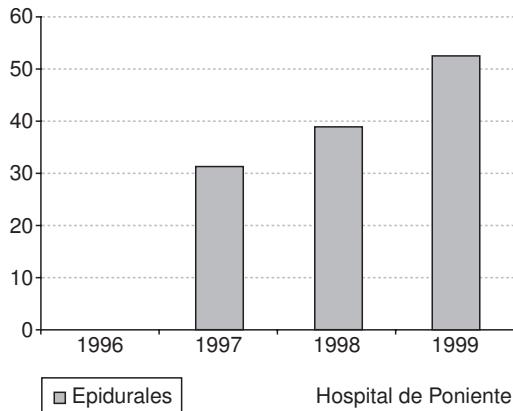


Figura 1. Porcentaje de anestesia epidural en Hospital de Poniente.

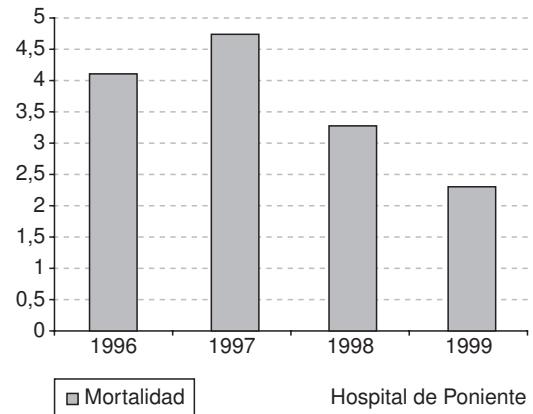


Figura 3. Hospital de Poniente. Mortalidad perinatal.

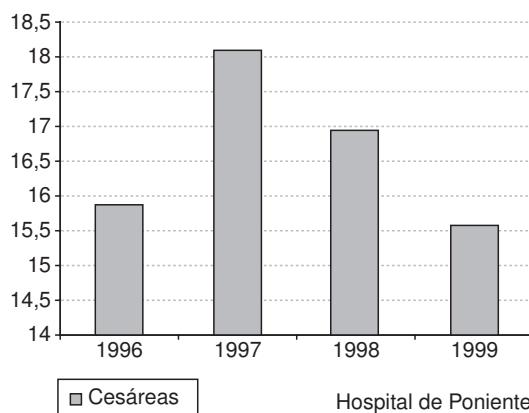


Figura 2. Hospital de Poniente. Porcentaje de cesáreas.

dad que el estándar valorada en término de peso relativo en todas las CDM (tabla 1).

Asimismo, dentro de las patologías con mayor eficiencia relativa con mayor impacto en estancias evitadas respecto al Benchmark destacan: parto vaginal, cesáreas con/sin complicación/morbilidad e intervenciones de piel, tejido subcutáneo y mama con complicación/morbilidad mayor siendo los servicios más eficientes los de ginecología, traumatología, urología, cirugía general y pediatría.

No obstante, creemos que es interesante pormenorizar los resultados de actividad y de calidad asistencial dentro del servicio que nos permitan, como especialistas, valorar en su justa medida los parámetros anteriormente mencionados.

## Área de partos

Se ofertó analgesia epidural (bupivacaína al 0,125%) en el 100% de los casos, es decir, a todas nuestras pacientes, con una utilización real del 31,23% en 1997 y del 52,55% en 1999, lo que significa posiblemente el servicio de ginecología con mayor tasa de anestesia epidural en partos dentro de la red pública andaluza.

No han aparecido complicaciones mayores en nuestras pacientes con esta técnica. En un estudio realizado conjuntamente con el servicio de anestesiología de nuestro centro (3.721 partos) tan sólo hubo fracaso de analgesia en el 0,74% de los partos espontáneos, el 0,72% de los partos instrumentales y el 0,82% de las cesáreas, y las tasas de complicaciones menores, como hipotensión, que necesitaron efedrina fueron del 10,34% para partos espontáneos y del 14,73% para partos instrumentales. Si bien hubo un ligero incremento en la operatoria vaginal, sobre todo al inicio de la técnica, nuestros resultados globales de partos instrumentales y sobre todo de cesáreas no se ven aumentados respecto a otros centros (fig. 1).

En efecto, nuestras tasas de cesáreas han ido disminuyendo paulatinamente desde un 18,07% en 1997, un 16,95% en 1998 a un 15,59% en 1999, año en el que obtuvimos una cifra de 15,59% en la línea de las recomendaciones de las principales sociedades científicas (FIGO, SAGO, etc.) (fig. 2).

Nuestras cifras de morbilidad neonatal han sido inferiores al 5%, con una disminución paulatina y curiosamente paralela a la disminución del número de cesáreas (fig. 3).

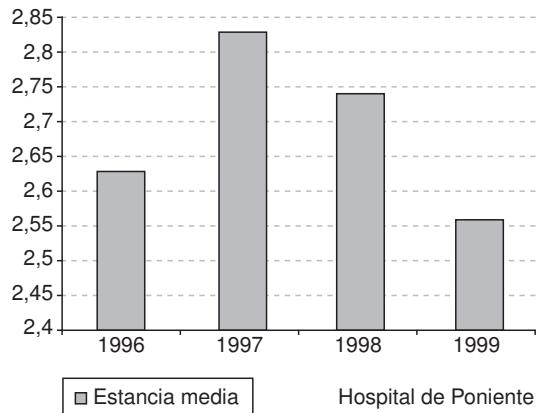


Figura 4. Hospital de Poniente. Estancia media.

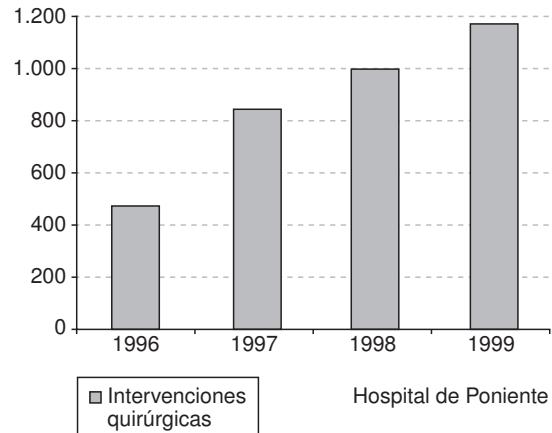


Figura 6. Actividad quirúrgica. Servicio de Tocoginecología. Hospital de Poniente 1996-1999.

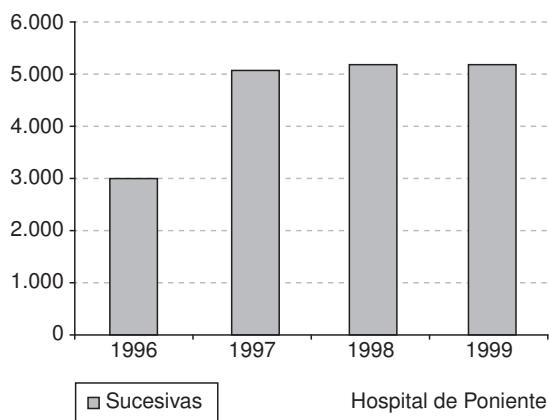


Figura 5. Hospital de Poniente. Número de visitas sucesivas en ginecología.

No hubo ningún caso de mortalidad materna. Se instauró la monitorización electrónica materna y fetal en todos los partos con registros externos y/o internos de la frecuencia cardíaca fetal, complementados en el último año con la incorporación de la pulsioximetría fetal.

### Área de hospitalización

El índice de ocupación global de camas dentro del servicio se incrementó desde el 72,65% en 1997 al 82,86% en 1999. La estancia media global en tocoginecología ha sido siempre inferior a 3 días con una estancia preoperatoria de 0,22 días (fig. 4).

En efecto, desde el inicio se ha procurado siempre proporcionar el informe de alta en mano en el momento del alta del paciente, informatizar toda la actividad asistencial del servicio y, por tanto, los informes de alta, y proporcionar a nuestras pacientes en todos los casos consentimientos informados de todas las intervenciones quirúrgicas.

Nuestro índice de utilización de estancias en 1999 fue del 0,60% y el índice casuístico por pesos GRD también del 0,60%.

### Área de consultas externas

En 1999 nuestras demoras de primeras visitas en obstetricia fue de 13 días y en ginecología, de 23 días.

Hemos conseguido un alto índice de resolución en la consulta de ginecología con una estabilización de las visitas segunda y sucesivas (5.080 en 1997; 5.186 en 1998, y 5.156 en 1999) (fig. 5).

### Área de quirófanos

La actividad quirúrgica del servicio ha ido incrementándose paulatinamente con el mantenimiento de dos quirófanos semanales para cirugía programada y un quirófano adicional semanal para cirugía menor ambulatoria, así como la potenciación de la cirugía urgente para no interferir con la actividad programada del servicio. La actividad quirúrgica total ha aumentado desde 476 intervenciones en 1996 a 1.168 en 1999 (fig. 6).

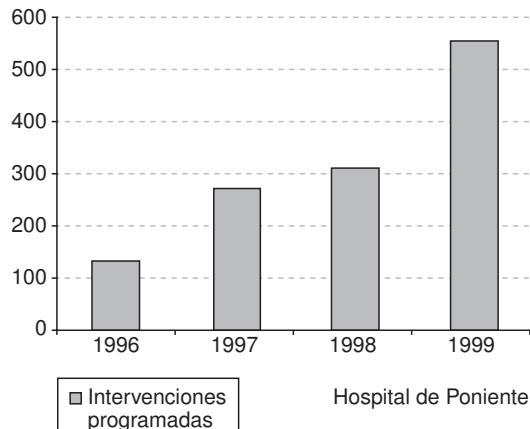


Figura 7. Cirugía programada en Servicio de Tocoginecología. Hospital de Poniente.

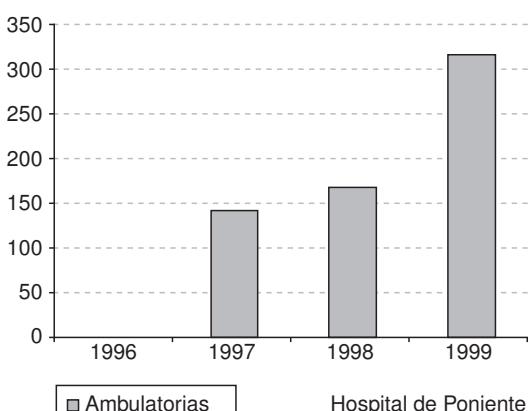


Figura 8. Cirugía ambulatoria. Servicio de Tocoginecología. Hospital de Poniente.

Nuestra demora máxima quirúrgica en 1999 fue de 59 días con una demora media quirúrgica de 29,3 días. El porcentaje de intervenciones suspendidas fue tan sólo del 1,38%, con una media de intervenciones por sesión quirúrgica y día de 3,76 en 1998 o 3,35 en 1997.

Dentro de este aumento de la actividad quirúrgica del servicio se observa el incremento paulatino de la actividad programada con cifras de 143 intervenciones quirúrgicas mayores en 1997 hasta las 318 en 1999 (fig. 7).

Con un incremento sustancial de la actividad quirúrgica ambulatoria que aumentó desde 143 intervenciones en 1997 a 318 intervenciones ambulatorias en 1999 potenciando las nuevas tecnologías de

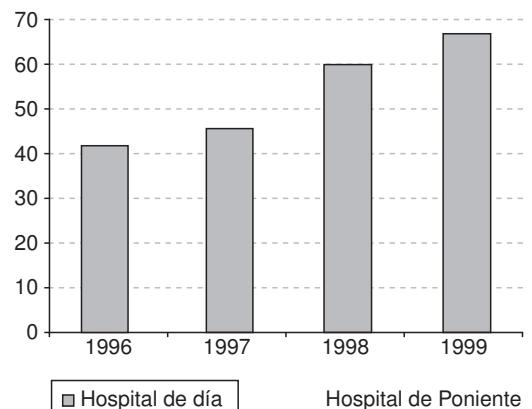


Figura 9. Índice de utilización de hospital de día por Servicio de Tocoginecología. Hospital de Poniente.

cirugía mínimamente invasiva y de alta precoz: la paroscópica e histeroscópica (fig. 8).

Nuestras cifras de utilización del hospital y día fueron del 60% en 1998 y del 66,82% en 1999 (fig. 9).

## DISCUSIÓN

Los políticos sanitarios, en la actualidad, tratan de conseguir un sistema público universal solidario y equitativo dentro de los presupuestos que el parlamento pone a su disposición en el sistema nacional de salud. Sin embargo, no cabe duda de que existe un aumento notable del gasto sanitario debido a factores epidemiológicos, demográficos, tecnológicos, etc.; frente a esto sabemos que los recursos sanitarios son limitados y, por tanto, son necesarios criterios de eficiencia a fin de optimizar los recursos disponibles.

La eficiencia estriba en obtener la mayor eficacia al menor corte posible, pero siempre dentro de un marco de calidad que debe presidir todas las acciones efectuadas. La planificación estratégica es fundamental en el desarrollo y gestión de una unidad o servicio hospitalario. En dicha planificación es fundamental elegir metas y estrategias adecuadas con criterios de eficiencia y calidad asistencial a fin de adaptar los servicios a las expectativas de usuarios y profesionales.

No cabe duda de que en la actualidad existe un creciente interés por todo lo que significa la calidad de la atención médica, y el diseño y desarrollo de

126

programas de control de calidad. Donabedian<sup>3</sup> define la calidad en la asistencia como el nivel de utilización de los medios más adecuados para conseguir las mayores mejoras en la salud. En la actualidad, se define como una actitud hacia una mejora continua en cualquiera de las fases asistenciales.

La Joint Commission on the Accreditation of Hospitals (JCAH)<sup>4</sup> fue uno de los primeros acontecimientos importantes en el inicio del interés por la calidad asistencial. La JCAH fue creada en 1951 por un grupo de colegios profesionales norteamericanos, acreditando hospitales que lo solicitaban de forma voluntaria si cumplían determinados estándares de calidad; posteriormente fue extendiendo su campo de actuación a otros centros sanitarios, denominándose Joint Commission on Accreditation of Healthcare (JCAHO). En 1986, la JCAHO<sup>5</sup> implantó los sistemas de monitorización y desarrollo metodológico, creando una serie de indicadores de resultados que se evaluaban de forma periódica permitiendo una visión global de la calidad del servicio, y en los que se podía actuar cuando se presentaban desviaciones, permitiendo asimismo comparar diferentes servicios. El cumplimiento de dichos indicadores es uno de los requerimientos para la acreditación de hospitales y servicios.

Williamson<sup>6</sup> añadió una nueva etapa de garantía de calidad (*quality assurance*) introduciendo un nuevo concepto, ABNA (beneficio posible no alcanzado), que mide la diferencia entre los estándares considerados como deseables para el diagnóstico y el tratamiento y la práctica real no evaluada, mediante la revisión de historias clínicas, así como el estado de los pacientes y el envío de cuestionarios señalando su estado de salud. Esta mejora continua de la calidad requiere implicación y liderazgo de los directivos, planificación de la calidad, enfoque al cliente e implicación de todos los profesionales involucrados; posteriormente, se establecieron el seguimiento a largo plazo de pacientes, demostrando la baja correlación entre el progreso y los resultados asistenciales.

En España, en el campo de la calidad asistencial, destacan la creación en 1984 de la Sociedad Española de Calidad; posteriormente, la fundación Avedis Donabedian<sup>7</sup> fue creada para colaborar con los profesionales y centros sanitarios, así como con las Administraciones públicas con el objeto de mejorar la calidad de los servicios sanitarios que reciben los

clientes. Recientemente, la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología encargó a un grupo de trabajo<sup>8</sup> la elaboración de un panel de indicadores de calidad para ofrecer a sus asociados un marco en el que medir y evaluar la calidad de su trabajo asistencial, así como comparar el nivel técnico asistencial con los estándares óptimos y que nos permitirá emplear mecanismos de mejora si nos separamos de la norma.

La satisfacción del usuario es un componente esencial de la calidad total<sup>9</sup> con especial énfasis en todo lo que afecta a la información: información de proceso y/o enfermedad incluyendo los consentimientos informados y el trato más humano y personalizado hacia el enfermo.

El objetivo primordial del Servicio de Tocoginecología del Hospital de Poniente ha sido, desde el inicio, no sólo procurar la máxima calidad científico-técnica, sino también avanzar en la nueva concepción de la perinatología moderna en el sentido de un parto más humanizado. En este sentido, siempre se facilitó la presencia del familiar durante la fase de dilatación (salas individuales) de la paciente, permitiendo mayor discreción e intimidad de la pareja, así como posteriormente en el paritorio. Asimismo, se ofertó analgesia epidural (bupivacaína al 0,125%) a todas nuestras pacientes previo consentimiento informado verbal y escrito con unas tasas de aceptación amplias y unos porcentajes de utilización de esta técnica analgésica intraparto que fueron incrementándose paulatinamente desde el 31,23% en 1997 al 52,55% en 1999, lo que posiblemente indica que es el servicio de ginecología con mayor tasa de anestesia epidural en partos dentro de la red pública andaluza. No han aparecido complicaciones mayores en nuestras pacientes con esta técnica.

En efecto, nuestras tasas de cesáreas han ido disminuyendo paulatinamente desde un 18,07% en 1997, un 16,95% en 1998 a un 15,59% en 1999, cuando obtuvimos una cifra del 15,59% en la línea de las recomendaciones de las principales Sociedades científicas (FIGO, SAGO, etc.). Como estándares orientativos estarían el 17,6% del INSALUD o el 17,8% del Institut Català de la Salut (ICS). Esto se ha conseguido mediante el establecimiento de protocolos específicos de las indicaciones de las cesáreas dentro del servicio dentro de las recomendaciones generales de la SEGO y, lo que es más importante, mediante el análisis diario de las cesáreas realizadas

el día anterior en la sesión clínica del servicio, así como la discusión de la indicación de cualquier cesárea electiva dentro del servicio.

Creemos que lo más importante es que esta disminución del número de cesáreas se ha conseguido siempre dentro de un marco de calidad con interés prioritario del bienestar maternofetal y prueba de ello son nuestras cifras de morbitmortalidad neonatal, siempre dentro de las recomendaciones científicas, y que en el caso de la mortalidad siempre han sido inferiores al 5% con una disminución paulatina y curiosamente paralela a la disminución del número de cesáreas.

El índice de ocupación global de camas en un servicio de obstetricia y ginecología debe oscilar entre el 70 y el 80%, dada la naturaleza incierta y variable de los partos; no obstante, en un afán de optimizar los recursos disponibles hemos conseguido incrementar el porcentaje de ocupación de camas dentro del servicio desde el 72,65% en 1997 al 82,86% en 1999.

Las cifras de estancia media en nuestro servicio han sido siempre inferiores a los 3 días, con una estancia media óptima en el último año de 2,56 días. Estas cifras se han conseguido mediante una estancia preoperatoria mínima de 0,22 días en 1999 con el ingreso de la mayoría de los pacientes el mismo día de la intervención con el estudio previo preanestésico y preoperatorio diagnóstico ambulatorio. Asimismo, se ha potenciado la política de alta temprana sin excepciones en fines de semana o festivos para lo cual ha sido básica la informatización efectuada en los informes de alta.

A pesar de la enorme demanda de asistencia en nuestra especialidad, al ser una población joven sin asistencia especializada previa y con una de las tasas de natalidad más alta no sólo de España sino de Europa, con cifras de primeras visitas en ginecología

entre 6.143 (1999) y 9.651 (1999); en obstetricia, de 11.280 en 1999 hemos mantenido unos porcentajes aceptables de demoras en lo que a contención de listas de espera se refiere. En 1999 nuestras demoras de primeras visitas en obstetricia fueron de 13 días y en ginecología de 23.

Hemos procurado, asimismo, un alto índice de resolución en nuestras consultas potenciando los procedimientos diagnósticos ambulatorios, siempre en lo posible en "acto médico único", con mínima incomodidad de la paciente y óptimo aprovechamiento de los recursos disponibles. Nuestros índices de visitas sucesivas son demostrativos de esta alta resolución en nuestras consultas, pues a pesar de la enorme demanda señalada, y en lo que a la consulta de ginecología se refiere, hemos conseguido una estabilización de las visitas segunda y sucesivas (5.080 en 1997; 5.186 en 1998, y 5.156 en 1999).

Dentro de este aumento de la actividad quirúrgica del servicio destaca el incremento paulatino de la actividad programada, con cifras de 143 intervenciones quirúrgicas mayores en 1997 hasta las 318 en 1999, con un incremento sustancial de la actividad quirúrgica ambulatoria, que aumentó desde 143 intervenciones en 1997 a 318 intervenciones ambulatorias en 1999, potenciando las nuevas tecnologías de cirugía mínimamente invasiva y de alta precoz: laparoscópica e histeroscópica. Destaca la progresiva utilización del excelente recurso que representa el hospital de día, que ha superado ampliamente la cifra recomendada del 50% sobre el total de procesos incluidos en los listados de la SAGO y susceptibles de ser incluidos en hospital de día. Nuestra demora máxima quirúrgica en 1999 fue de 59 días, con una demora media quirúrgica de 29,3 días. El porcentaje de intervenciones suspendidas fue tan sólo del 1,38%, con una media de intervenciones por sesión quirúrgica al día de 3,35 en 1997 y 3,76 en 1998.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Primera Conferencia Hospitalares Top 20. Los mejores hospitales. Barcelona: Auditorio Winthertur, octubre de 2000.
2. Casas M GRD, una guía práctica para médicos. Cuadernos de Gestión Clínica. IASIST, 1995.
3. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its management. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.
4. Joint Commission of Accreditation in Health Care Organizations. Characteristics of clinical indicator JCAHO, 1989.

128

5. Joint Commission of Accreditation in Health Care. National Library of Health Care Indicators, 1997.
6. Williamson JW. Formulating priorities for Quality Assurance Activity. *JAMA* 1987; 239: 7.
7. Donalvedian A. Continuity and change in the quest for quality. *Clinical Performance and Quality Health Care* 1993; 1.
8. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y Fundació Avedis Donabedian. Indicadores de Calidad Asistencial en Ginecología y Obstetricia, 1999.
9. Los profesionales protagonistas de la Salud. La participación un proceso en marcha. Dirección General de Planificación Sanitaria. Junta de Andalucía, 1995.