

Evaluación de la calidad de la asistencia en Cataluña. Modelo de acreditación

María Lluïsa López-Viñas, Ramón Guzmán-Sebastián, Carmen Tirvió-Gran, Esther Busquets-Bou y Rafael Manzanera-López

Dirección General de Recursos Sanitarios. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona. España.

Correspondencia: M. Lluïsa López Viñas.
Departament de Sanitat i Seguretat Social.
Travessera de les Corts, 131-159.
08028 Barcelona. España.
Correo electrónico: sacred.sanitat@gencat.net

Resumen

Se resume la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña como instrumento puesto en marcha por la Administración catalana en 1981 y que representó un buen sistema para la evaluación de la calidad de los hospitales, así como las perspectivas de futuro.

Palabras clave: Acreditación. Calidad asistencial. Mejora continua. Evaluación de hospitales.

Abstract

The accreditation of acute care hospitals in Catalonia is summarized. The system was implemented by the Catalan administration in 1981 and represented an effective tool for the evaluation of hospital quality. Future prospects are also described.

Key words: Accreditation. Healthcare quality. Continuous improvement. Hospital evaluation.

Introducción

Cataluña fue una de las primeras comunidades autónomas (CCAA) con capacidad de planificación y gestión de su propio sistema sanitario y dispone de competencias en materia de sanidad desde el año 1979. Ya desde sus inicios, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya consideró la calidad de las prestaciones como un derecho del ciudadano y demostró una especial sensibilidad para prestar unos servicios de la mejor calidad posible, de acuerdo a su entorno y posibilidades.

A principios de los ochenta, el Departamento de Sanidad del gobierno catalán opta por poner en marcha un sistema de evaluación externo de la calidad de sus hospitales para enfermos agudos, con los objetivos principales de homologar la calidad de dichos centros sanitarios y evaluar los servicios de salud para así poder incidir en el uso eficiente de los recursos. El respeto al máximo de la idiosincrasia de los propios centros se consideró necesario desde un inicio para favorecer el impulso de la cultura de la calidad. El programa de evaluación externa adoptó las características de los sistemas de acreditación reconocidos en aquellos momentos.

La trascendencia de todo ello no podía imaginarse entonces, en un período en que la evaluación de la calidad de la asistencia cobró un impulso importante, al mismo tiempo que la contención de costes en sanidad en Europa creó una cierta alerta en el sentido del derecho a recibir una asistencia

de calidad con unos presupuestos limitados, situación que influyó directamente en abordar sin demoras la evaluación de la calidad en nuestro entorno.

Sin embargo, es importante resaltar que la calidad siempre ha sido una preocupación importante entre las personas de nuestras organizaciones sanitarias, independientemente de la influencia de las variables externas, existentes en cualquier época.

Primer proceso de acreditación

La acreditación nace oficialmente en Cataluña en 1981 con la publicación de la orden de 21 de noviembre "que regula la acreditación de centros y servicios sanitarios asistenciales".

Algunos factores decisivos para la instauración de un programa de acreditación en Cataluña, a diferencia del resto de las CCAA, fueron sin duda la cobertura sanitaria con centros hospitalarios de diversas titularidades y preferentemente comarcales, la política sanitaria de acercamiento de una asistencia de similares características en el territorio y la necesidad de gestionar basándose en datos objetivos.

El resultado de la aplicación de la orden de acreditación de 1981 constituyó la primera evaluación externa de la calidad en los hospitales de un país europeo y ayudó a la Administración a disponer del perfil básico del sector hospitalario para enfermos agudos en Cataluña.

Segundo proceso de acreditación. Creación de la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP)

En el año 1983 se lleva a cabo un nuevo proceso de acreditación, de acuerdo con unos estándares ampliados tanto en número como elevados en el nivel de calidad propuesto. El resultado fue desalentador, los hospitales presentaban deficiencias suficientes como para no poder optar a una acreditación por 3 años y los certificados se emitieron condicionados a un año y al cumplimiento de una serie de puntos en ese período, situación nada realista.

Sin embargo, hay que destacar un aspecto característico del sistema sanitario catalán, en cuya creación este segundo proceso de acreditación fue una de las herramientas principales y que es la denominada Red Hospitalaria de Utilización Pública de Cataluña (XHUP). La acreditación quedará ligada desde entonces a la contratación de servicios sanitarios, de modo que los centros hospitalarios incluidos en dicha red deberán estar acreditados de acuerdo a los estándares vigentes en cada momento.

Añadir que los centros privados han podido también adherirse al programa de acreditación en Cataluña y destacamos que su sensibilización, para alcanzar unos niveles de calidad reconocidos, ha sido progresivamente creciente.

La primera crisis económica en el sector sanitario coincidió con los resultados del proceso de acreditación de 1983, los hospitales sufren la congelación de sus tarifas durante un largo tiempo, dando paso a un período preocupante y nada favorable al impulso, cualquiera que fuese, de la cultura de la calidad. La acreditación resultó asimismo afectada por estas dificultades, cuando además los resultados de la evaluación de los estándares de 1983 impidieron disponer de hospitales acreditados por 3 años y al mismo tiempo con muchos puntos de mejora pendientes. Estos aspectos, principalmente, y una profunda reflexión interna sobre la mejora del propio programa fueron necesarios antes del inicio del tercer proceso de acreditación, basándose en los estándares de 1991, actualmente vigentes.

Tercer proceso de acreditación

Como línea básica de este tercer proceso se decidió disponer de estándares fácilmente comprensibles, adaptados a nuestro entorno y de acuerdo a la evaluación de los resultados obtenidos.

Con nuevos objetivos, como el de dar confianza a profesionales y pacientes, dinamizar la mejora de la calidad y los ya citados de necesidad de homologar la calidad prestada a los ciudadanos y evaluar los servicios de salud para incidir en el uso eficiente de los recursos, se completó un tercer proceso de acreditación para hospitales de asistencia aguda, cuyas principales resultados se resumen más adelante.

La Orden de 10 de julio de 1991 se publicó el 7 de agosto del mismo año. Definió, además de las líneas generales del proceso de acreditación en Cataluña, unos estándares generales básicos para evaluar los hospitales de enfermos agudos, tanto públicos como privados, que quisieran

acogerse. La filosofía de la acreditación era ya más conocida dentro del sector y el cambio de cultura hacia la mejora de la calidad se hacía progresivamente palpable. Uno de los objetivos implícitos fue que la acreditación contribuyera a acelerarlo.

Se tuvo especial cuidado en llegar al máximo consenso en cuanto a los estándares y, sobre todo, en cuanto a su aplicación en nuestro entorno real. Los documentos se simplificaron para una mejor comprensión y fácil manejo por los centros, huyendo a conciencia de los procesos complicados que, a nuestro entender, dejan indefensos a los centros que pretenden mejorar. En todo momento se mantuvo la transparencia del proceso y pudimos comprobar que la acreditación puede resultar también una herramienta muy útil para impulsar y mantener los programas internos de mejora de la calidad así como en la comunicación con los hospitales, aspecto que de manera sutil incide en la mejora continua y, por tanto, en la cultura de la calidad, objetivo último del trabajo diario.

La publicación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña el año 1991 y la creación del Servei Català de la Salut (SCS), como entidad compradora de servicios para el sector público, favoreció la “independencia” del órgano acreditador.

En el marco de los objetivos citados a lo largo de este artículo, se considera la acreditación de centros sanitarios como el proceso por el cual una organización sanitaria se incorpora a un proceso de verificación externa, que evaluará el nivel en que dicha organización se sitúa con relación a un conjunto de estándares previamente establecidos por consenso entre profesionales expertos.

La característica de “voluntariedad”, que siempre había formado parte de la propia definición de acreditación, está cada vez más en discusión. Modelos de acreditación de tanta envergadura como el francés no lo incluyen, así como otros programas en marcha en países europeos. En España, las CCAA de Galicia y Andalucía disponen de procesos de acreditación asimismo no voluntarios.

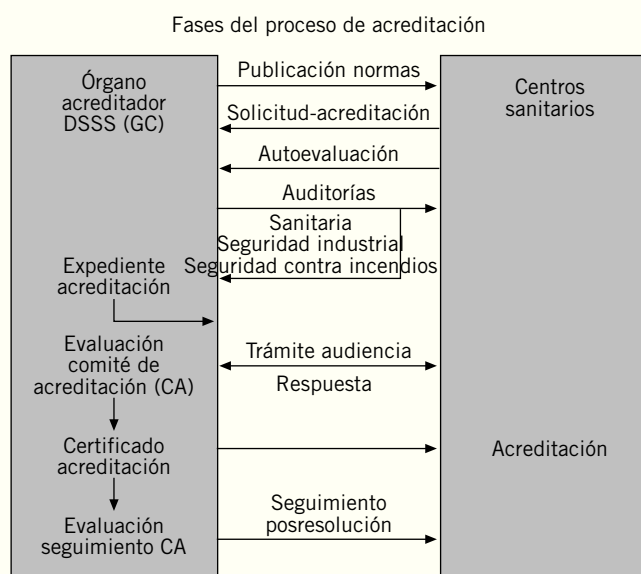
El programa de acreditación hoy vigente en Cataluña es similar, en términos generales, a los que siguen otras entidades que acreditan en otros entornos. No obstante, conviene resaltar algunas de sus características, que ya no resultan específicas pero que sí lo fueron en el inicio, como son: liderazgo y dependencia de la administración pública, estándares consensuados y basados en la realidad del entorno, evaluación de la seguridad contra incendios y de las instalaciones del edificio, seguimiento y evaluación de las mejoras realizadas, participación del sector sanitario y necesidad de disponer del certificado de acreditación para poder prestar servicios en el sector público.

Programa de acreditación

El programa de acreditación de 1991 (fig. 1) se estructuró en:

– *Órgano acreditador.* La responsabilidad de acreditar, poner en marcha el proceso de acreditación, establecer las

Figura 1. Esquema del proceso de acreditación.



DSSS: Departamento de Sanidad y Seguridad Social; GC: Generalitat de Catalunya.

normas y emitir el certificado es de la Dirección General de Recursos Sanitarios del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya. El Servicio de Calidad Asistencial y Acreditación gestiona el sistema.

– *Normas de acreditación.* El conjunto de criterios que sirvieron de punto de referencia para medir las características que reúne un centro y que harán que éste pueda llegar a alcanzar o no el certificado de acreditación fue publicado en el Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya. En la aplicación de los criterios se tuvo muy en cuenta la idiosincrasia de cada centro.

– *Proceso de acreditación.* Engloba los diferentes pasos, necesarios e imprescindibles para obtener el certificado de acreditación. En nuestro programa, el certificado puede ser favorable (acreditado) o desfavorable (no acreditado) y el período de validez es, en principio, de 3 años.

– *Manual de acreditación.* Es el documento específico para evaluar y necesario para la “comunicación”, entre el órgano que acredita y los centros que intervienen en el proceso. Dicho manual especifica los estándares que se verifican y la documentación complementaria. El manual se denominó Cuestionario de Acreditación, que se estructuró en 2 partes fundamentales: *Cuestionario “general”*, compuesto por 27 unidades y *Cuestionario “específico”*, que abarcó en 2 unidades los aspectos relacionados con la seguridad contra incendios y el mantenimiento de las instalaciones del hospital. El cuestionario fue un documento de trabajo de fácil manejo para los centros y auditores, que se adaptó fácilmente a la idiosincrasia de los hospitales y recogió en 745 criterios la información correspondiente a los estándares objeto de evaluación.

Fases del tercer proceso de acreditación

Solicitud de acreditación

Se inició con una solicitud que formalizaron los responsables legales de los centros al director general de Recursos Sanitarios del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya.

Autoevaluación

Los hospitales realizaron un autoexamen global de los 745 criterios que se correspondían con los estándares publicados y, una vez formalizados, se remitieron de nuevo al órgano acreditador.

Un alto porcentaje de responsables de los centros manifestaron la utilidad de esta fase, de acuerdo con la encuesta de opinión realizada desde el Servicio de Calidad Asistencial y Acreditación a todos los gerentes participantes en el proceso.

Auditorías técnicas

La auditoria constituye, por su importancia, el punto más destacable en todo proceso de acreditación. La realización de las auditorías tiene por finalidad comprobar el grado de cumplimiento de los estándares. El proceso catalán ha contado hasta ahora con 3 auditorías diferenciadas: seguridad contra incendios, seguridad y mantenimiento de las instalaciones y auditoría sanitaria.

Sin duda, es una de las etapas más relevantes del proceso de acreditación. Su importancia hace necesario contar con equipos evaluadores cualificados. Para su realización se siguió la metodología y el rigor inherente a las técnicas evaluadoras, con la utilización de los recursos propios de la Administración.

En el caso de Cataluña, los técnicos que llevaron a cabo las auditorías sanitarias en los 3 procesos de acreditación hasta ahora realizados fueron médicos inspectores del sector sanitario. Asimismo, se procuró que el equipo técnico de auditores recibiera formación específica en Acreditación de Organizaciones Sanitarias.

– *Auditoría de seguridad contra incendios.* Se evaluaron aspectos contemplados en las normativas específicas vigentes sobre accesibilidad, sistema constructivo, dispositivos de evacuación, sectores de incendio, medios de extinción, manual de autoprotección y registro de emergencias. Dichas visitas fueron realizadas por técnicos de la Dirección General de Emergencias y Seguridad Civil del Departamento de Gobernación, dada su profesionalidad y experiencia reconocidas sobre el tema.

– *Auditoría de seguridad y mantenimiento de las instalaciones.* La comprobación de la unidad correspondiente a la seguridad y mantenimiento de las instalaciones fue realizada de acuerdo con la documentación, actas y dictámenes enviados por los centros, que hacía referencia a las instalaciones eléctricas generales y de los quirófanos, ascensores, instalaciones frigoríficas, calefacción, climatización y agua caliente, gases combustibles y aparatos a presión.

Las distintas auditorias se reflejaron en informes que, después de un trámite de audiencia al centro, eran evaluados por el Comité de Acreditación, creado a tal efecto y compuesto por personal experto en la evaluación de los estándares, que forma parte del órgano acreditador. El Comité de Acreditación formula la propuesta de acreditación al director general de Recursos Sanitarios que emite una resolución o certificado, al que se adjuntaron los puntos pendientes de alcanzar por parte de los centros hospitalarios.

Con posterioridad a la emisión del certificado de acreditación y de acuerdo con la filosofía de la mejora continua, el Servicio de Calidad Asistencial y Acreditación realizó auditorías periódicas de seguimiento a los centros, con la finalidad de comprobar las mejoras efectuadas. Posteriormente el Comité evaluó de nuevo el nivel de mejora alcanzado por los hospitales.

Resultados

Situación actual

A finales del año 2003, se dispone de 85 hospitales con acreditación favorable, lo que supone un 86,7% de todos los centros que entraron en proceso. Tienen un certificado desfavorable 6 hospitales (6,1%), y 7 centros se encuentran en situación especial por imposibilidad de completar alguno de los puntos del proceso de acreditación, como consecuencia de hallarse en fase de grandes remodelaciones o reestructuraciones.

Aunque en el momento presente se observa un alto porcentaje de hospitales acreditados, la situación en el momento de emitir las primeras certificaciones, entre 1996 y 1999, era menos positiva, y algunos de los centros que obtuvieron una acreditación desfavorable se presentaron de nuevo a la evaluación.

Para la evaluación del tercer proceso se utilizaron, por una parte, el documento que recoge el conjunto de criterios que se utilizan para la autoevaluación y las auditorías, que se ha definido anteriormente como "cuestionario de acreditación" y, por otra, la "resolución de acreditación" o certificado. Dicho certificado constituyó la base de información sobre la que se realizó el análisis.

Cada una de las 27 unidades que componen el cuestionario general y las 2 unidades del cuestionario específico, citados anteriormente, tienen asignado un número de puntos (criterios) necesarios para la evaluación de los aspectos que contemplan los estándares de acreditación, y así poder evaluar el nivel general básico de la norma.

Se atribuyó el valor 1 a cada ítem de cada unidad del cuestionario y, según el número total de criterios, la unidad tiene un determinado peso (p. ej., la unidad de seguridad y mantenimiento de instalaciones tiene 60 criterios y la de trabajo social, 7; pesan 60 y 7 puntos respectivamente, y son las unidades con pesos más alto y más bajo del cuestionario).

De aquí no se debe deducir que las unidades con más puntos sean más importantes, sino que se consideró preciso

definirlas con más criterios para llegar a evaluar el estándar general propuesto, que es básico.

Puntos teóricos posibles de cumplir

El número teórico de puntos que se puede alcanzar dentro de cada unidad, y en el conjunto del cuestionario, permite particularizar cada uno de éstos. Así, se habla de puntos pendientes respecto a unos puntos teóricos posibles; estos últimos responden a la realidad de cada cuestionario y por consiguiente, de cada centro.

La explotación del cuestionario se realizó atendiendo a estas diferentes especificidades. Los datos resultado del proceso de acreditación (resolución o certificado) se introdujeron en la base de datos como "puntos de mejora pendientes" y la valoración se realizó en función de las unidades que cada hospital tenía posibilidad y, por tanto, debía alcanzar.

La presentación del número de criterios pendientes por unidad con relación al número de puntos teóricos posibles de ésta permitió una aproximación más real de los resultados.

De acuerdo a los datos publicados en agosto de 2002, se destacan las 5 unidades con más puntos de mejora pendientes y el análisis, dentro de estos grupos, de los estándares de más difícil alcance en los centros acreditados favorablemente. También se señalan la variación de estos mismos puntos entre el momento de acreditarse y el seguimiento efectuado a los centros con acreditación favorable al cabo de un año.

Unidades con mayor número de puntos pendientes (tabla 1)

Principales unidades de mejora, aspectos específicos.

Un estudio más detallado refleja los estándares con mayor dificultad para los centros, dentro de las unidades con más puntos de mejora pendiente (tabla 2).

De acuerdo con la experiencia alcanzada en estos momentos en Cataluña, la acreditación ha demostrado ser un procedimiento válido de comunicación interactiva entre la Administración y los centros hospitalarios. Cabe resaltar el interés y motivación de la gran mayoría de los responsables de los centros en cuanto al seguimiento de los puntos pendientes. Asimismo, ha pretendido ser una herramienta de apoyo a

Tabla 1. Unidades con más puntos de mejora pendientes de los hospitales acreditados favorablemente

Unidades con más puntos de mejora pendientes	Puntos de mejora pendientes (%)	
	1999	2000
Seguridad contra incendios	29,4	28,6
Calidad asistencial	12,5	8,9
Hospitalización	8,9	6,7
Documentación clínica	8,8	6,9
Estructura física	7,8	6,6

la gestión (marca prioridades, ayuda a la planificación, apoya la política de recursos del centro, etc.).

La acreditación y el proceso de seguimiento de las mejoras realizadas por los hospitales han demostrado ser una guía de actuación para la gestión de los centros, incidiendo además como medio catalizador de los esfuerzos en pos de la calidad y del uso eficiente de los recursos.

Al valorar los resultados, se evidencia el esfuerzo realizado por los hospitales con acreditación favorable en superar progresivamente sus puntos débiles pendientes. Entre las unidades con más puntos pendientes se puede observar una tendencia a la mejora. La unidad de seguridad contra incendios sigue siendo la asignatura pendiente, en mayor o menor grado, para la mayoría de los centros sanitarios.

De las 5 unidades citadas, 3 son de tipo mayoritariamente estructural: seguridad contra incendios, hospitalización y estructura física, que requieren de un esfuerzo económico importante y de proyectos a medio y largo plazo. Las otras 2 unidades, calidad asistencial y documentación clínica, son puramente sanitarias y a pesar de que se evidencia una tendencia a la mejora, es conveniente lograr un avance más importante.

Nuevo modelo de acreditación en Cataluña

Hasta la actualidad, se han completado 3 procesos de acreditación para hospitales de enfermos agudos, se dispo-

ne de 85 hospitales acreditados, entre públicos y privados, y de una experiencia de más de 20 años en procesos de evaluación externa de nuestros centros hospitalarios. Todo ello, junto con la adaptación a las más modernas tendencias de gestión de la calidad en el entorno europeo, abre la posibilidad a nuevas iniciativas en el campo de la acreditación, que sin ninguna duda van a ser de nuevo pioneras en Europa.

La especial sensibilidad que siempre ha demostrado el Departamento de Sanidad de la Generalitat de Catalunya, en cuanto a la calidad de los servicios que presta y de los que es responsable, ha permitido dar un salto cualitativo dentro del propio modelo de acreditación para el sector salud, teniendo en cuenta la experiencia de otros sectores, como el industrial, con grandes avances innovadores en el campo de la gestión de la calidad que, en opinión de los autores, pueden ser de utilidad para un sector que, como el sanitario, resulta en este tema muy endogámico.

El nuevo modelo de acreditación para centros hospitalarios de asistencia aguda presenta características innovadoras, como son la adaptación de la filosofía de un modelo de gestión de la calidad, el modelo de la European Foundation for Quality Management (EFQM), a un modelo de acreditación con su metodología característica.

Para ello han sido necesarias muchas horas de reflexión y trabajo con expertos de reconocido prestigio de ambos campos, sanitario e industrial, que han permitido disponer de unos estándares sanitarios que integran, en la medida de lo

Tabla 2. Estándares con mayor dificultad de alcance para los centros

Unidades y sus estándares con más dificultad	1999	1999	2000	2000
	N.º hospitales (%)	N.º deficiencias	N.º hospitales (%)	N.º deficiencias
<i>1. Seguridad contra incendios</i>				
Sectorización en general	62 (83)	495	69 (82)	490
<i>2. Calidad asistencial</i>				
Número de historias clínicas estudiadas, porcentaje de cirugía con biopsia, porcentaje de mortalidad con necropsia, número de procesos con diagnóstico y terapia protocolizados y otros grupos estables para la evaluación de la calidad	28 (38)	60	22 (28)	44
Evaluación: historias clínicas, terapia farmacológica, infecciones hospitalarias, tumores y tejidos, mortalidad, opinión de los usuarios	30 (41)	89	25 (32)	70
<i>3. Hospitalización</i>				
Dotación de cuarto de baño, duchas con o sin asideros, avisador	45 (61)	114	38 (49)	91
<i>4. Documentación clínica</i>				
Formalización de los apartados administrativos y clínicos de la historia clínica	47 (64)	85	38 (49)	69
<i>5. Estructura física</i>				
Existencia de indicadores y rótulos de aviso relativos a seguridad, medidas de almacenaje, preparación, manipulación y eliminación de sustancias contaminantes y peligrosas, utilización y medidas de seguridad de los apartados e instalaciones, plan de emergencias	27 (37)	60	26 (33)	54

posible, otros modelos de certificación y acreditación más utilizados en el medio sanitario.

Los ejes del nuevo modelo de acreditación son esencialmente la satisfacción de los usuarios y profesionales, el impacto positivo en la sociedad y como eje central la filosofía de un modelo de gestión que incide para que dichos aspectos se consigan con un liderazgo, una política y estrategia, una adecuada gestión del personal, un uso eficiente de los recursos y una correcta definición de los procesos de las organizaciones.

Se cree en esta filosofía, del todo coherente, que utiliza unas herramientas básicas y presta atención a la satisfacción de las necesidades de los usuarios de la sanidad, con soluciones técnicamente alcanzables con los recursos de que disponemos.

Con este modelo de acreditación, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya será de nuevo pionero, aunque se es consciente de la necesidad del gran esfuerzo y consenso de todos los participantes para hacerlo aplicable y realista.

La puesta en marcha de este modelo de acreditación por parte de la administración sanitaria cuenta con elementos importantes, que sin duda permitirán detectar puntos fuertes y áreas de mejora de nuestros centros sanitarios.

Se es muy consciente también del gran reto que la aplicación de este nuevo modelo representa, aunque un aspecto importante para lograrlo es contar con la cultura de la calidad, cada vez más arraigada en nuestras organizaciones, nuestro contacto profundo con la realidad y con excelentes expertos en evaluación de la calidad, tanto del sistema sanitario como de otros sectores.

La formalización de un convenio de colaboración con el Centro Catalán de la Calidad, del Centro de Innovación y Desarrollo Empresarial (CIDEM), el reconocimiento del modelo de acreditación por parte de la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC) y el consenso de los contenidos del modelo por parte del sector sanitario son los elementos básicos para el éxito en la aplicabilidad del modelo.

La progresiva implantación de este nuevo modelo en el sector sanitario de Cataluña ha de ser una herramienta de calidad eficaz, que garantice que nuestro sistema sanitario continúe siendo competente, de la máxima calidad posible y económicamente viable.

Bibliografía

1. The European Foundation for Quality Management Excellence model-large companies. Brussels: EFQM publications, 1999.
2. Frías JC, López-Viñas MLI, Busquets E, Oliveras M. Acreditación en Cataluña (2): un sistema para la mejora de la calidad. Proceso de Acreditación. Todo Hospital 2002;185:167-72.
3. Generalitat de Catalunya. Ordre de 21 de novembre de 1981, per la qual es regula l'acreditació de centres i serveis sanitaris assistencials a Catalunya. DOGC n.º 187, p. 1792-6.
4. Generalitat de Catalunya. Ordre de 25 d'abril de 1983, per la qual es regula l'acreditació de centres i serveis assistencials a Catalunya. DOGC n.º 325, p. 988-95.
5. Generalitat de Catalunya. Resultats del procés d'acreditació. Aplicació de l'ordre de 21 de novembre de 1981. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1984.
6. Generalitat de Catalunya. Ordre de 10 de juliol de 1991, per la qual es regula l'acreditació dels centres hospitalaris. DOGC n.º 1.477, p. 4308-14.
7. López MLI, Busquets E, Sedano E. Acreditación en Cataluña (1): un sistema para la mejora de la calidad. Historia. Todo Hospital 2002;184:111-4.
8. López MLI, Oliveras M, Frías JC, Busquets JM, Tirvió C, Guzmán R. Acreditación en Catalunya (4): seguimiento de las mejoras realizadas en hospitales acreditados. Todo Hospital 2002;188:445-50.
9. López-Viñas MLI. L'acreditació hospitalària a Catalunya. Experiència hospitalària a Barcelona. Temes d'estratègia de la qualitat 6. Barcelona: Xarxa Barcelona Qualitat, 2002.
10. López-Viñas MLI, Bardina JR, Bohigas LI. La acreditación de los hospitales en Cataluña. Doce años después. Publicaciones Nacionales Técnicas y Extranjeras SA, 1993.
11. López-Viñas MLI, Bohigas LI, Ferrándiz S. Acreditament com a mètode de control de qualitat assistencial. Salut Catalunya. Generalitat de Catalunya, 1988.
12. López-Viñas MLI, Busquets E, Oliveras M, Frías JC, Rius J. Història de l'acreditació a Catalunya. Experiència Hospitalària a Barcelona. Barcelona: Xarxa Barcelona Qualitat, 2002.
13. López-Viñas MLI, Guzmán R, Busquets E, Sedano E. Nou model d'acreditació a Catalunya. L'Enllaç. Barcelona: Consorci Sanitari Creu Roja a Catalunya, 2002.
14. Oliveras M, López-Viñas MLI, Frías JC, Rius J, Busquets E. Acreditación en Cataluña (3): un sistema para la mejora de la calidad. Resultados. Todo Hospital 2002;187:307-15.
15. Sedano Monasterio E. Nou model d'acreditació a Catalunya. Barcelona: Editorial Actes Clínica Plató, 2001.
16. Servei de Qualitat Assistencial i Acreditació. Documents interns. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 1981-2004.