

Evaluación y mejora de la asistencia médica en una red de servicios ambulatorios en Ecuador

Fausto Gady Torres Toala[1]

1. Asociación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos - Ecuador

Doi: <https://doi.org/10.23936/pfr.v7i1.227>

PRÁCTICA FAMILIAR RURAL | Vol.7 | No.2 | Julio 2022 | Recibido: 24/03/2022 | Aprobado: 24/07/2022

Cómo citar este artículo

Torres, F. (2022) Evaluación y mejora de la asistencia médica en una red de servicios ambulatorios en Ecuador. *Práctica Familiar Rural* [Internet]. 7(2). Disponible en: <https://practicafamiliarrural.org/index.php/pfr/article/view/227>

Compartir en:



Resumen

Objetivo: evaluar la efectividad del ciclo de mejora implementado en una red de establecimientos asistenciales sanitarios en Ecuador.

Material y métodos: se realiza una evaluación de calidad mediante un estudio de corte transversal. Para el diagnóstico inicial toma 3 meses y se toman 317 casos, luego se toma un periodo de monitoreo e intervención con 1006 casos durante 7 meses y posteriormente la evaluación final de 425 casos en 3 meses al igual que el diagnóstico. Se considera un caso evaluado a una atención médica debidamente registrada en la Historia Clínica. La intervención consiste en un acompañamiento de los médicos con técnicas de retroalimentación y discusión de casos clínicos para sensibilizar sobre los errores médicos y su impacto en la seguridad del paciente y además de la seguridad legal de los propios profesionales, adicionalmente se construyó una plataforma digital para la discusión de temas clínicos puntuales y para compartir información médica científica de interés. El estudio evidenciará los indicadores de calidad en los 3 periodos y establecerá una comparación entre el diagnóstico inicial y la evaluación para determinar la significancia de la intervención.

Resultados: se obtienen mejoras en casi todos los criterios, principalmente en los aspectos de registro de información clínica y de prevención, en éstos, la mejora absoluta es importante sin embargo queda aún una brecha por cubrir (mejora relativa).

Palabras clave: calidad asistencial, auditoría médica, mejoramiento continuo de calidad

Evaluation and improvement of medical care in a network of outpatient services in Ecuador

Objective: to assess the effectiveness of the quality cycle implemented in a network of health care institutions in Ecuador.

Material and methods: a quality evaluation is performed by a cross-sectional study. the initial diagnosis takes 3 months and 317 cases are taken after a period of monitoring and intervention with 1006 cases taken for 7 months and then the final evaluation of 425 cases in three months. The intervention consists of helping physicians with feedback techniques and discussion of clinical cases to raise awareness about medical errors and their impact on patient safety and in addition to the legal security of the professionals themselves, additionally a digital platform was built for discussion of specific clinical topics and health information to share scientific interest. The study evidenced quality indicators in the 3 periods and establish a comparison between the initial diagnosis and evaluation to determine the significance of the intervention.

Results: improvements are obtained in almost all criteria, mainly in the areas of registration of clinical information and prevention, in these, the absolute improvement is important however is still a gap to be filled (relative improvement).

Keywords: quality of care, medical audit, continuous quality improvement

Introducción

En Ecuador, con la introducción de la ley de responsabilidad profesional que establece acciones contra el médico, se han encendido las alarmas para el control y monitoreo de la calidad en los servicios de Salud; aunque el cuerpo legal no es detallado y no diferencia aspectos de error médico, las instituciones han decidido iniciar procesos de auditoría médica. La ausencia de una superintendencia especializada en la gestión médica permite que el análisis de casos pueda tener diversos matices y se salga del aspecto de evidencia y argumentación científica. 1–4

El error médico es un tema que no ha logrado ser definido y diferenciado de Mala práctica, responsabilidad profesional, negligencia u otros, sin embargo se considera como el que resulta de una equivocación, pero que no se puede comprobar mala fe, ni tampoco una infracción o imprudencia, como la negligencia, abandono, indolencia, desprecio, incapacidad, impericia e ignorancia profesional 4–7.

Existen muchos autores que han estudiado el error médico, la variabilidad de presentación del mismo se debe a la confusión entre el evento adverso y demás temas relacionados con la seguridad del paciente, sin embargo en este proceso de mejoramiento de la calidad, tomamos en cuenta a la decisión médica que se aleja de la evidencia y no la catalogamos como error médico, la identificamos como una incidencia, para evitar caer en juicios de valor y en resistencia del personal auditado, principalmente por que la evidencia menciona que la mayoría de problemas encontrados son evitables, es aquí el core de nuestra intervención, nos basamos en la prevención del error médico y con esto garantizamos la seguridad del paciente.

El desarrollo de la gestión de calidad en nuestro país inicia con propuestas privadas de Auditoría Médica, posteriormente con la inclusión de sistemas de control del subsistema sanitario militar, no es hasta la propuesta del Proyecto de Aseguramiento universal en Salud (AUS) en que se hace una propuesta nacional formal, el proceso de diseño se caracterizó por la construcción de un marco conceptual de referencia que fue la base para la estrategia, de manera tal que no generó resistencias y además no fue incompatible con la realidad local. Ese esfuerzo se realizó con un equipo con experiencia local en auditoría y se reflejó en el manual de auditoría del AUS, publicado en el año 2006, otro aspecto clave, fue la validación de los procesos al ser comparados con experiencias internacionales, lo que le dio mayor fuerza técnica y corrigió ciertos potenciales errores que podrían ocurrir en la implementación. Podemos decir que el proceso de auditoría creado en el MSP que inicio desde el 2006, es un proceso creado para el contexto sanitario ecuatoriano sin perder criterios técnicos de calidad, que tomo aspectos teóricos y operativos de otros procesos internacionales y los adapto de acuerdo a las necesidades del sistema de salud a ser auditado. El proceso de Auditoría diseñado, conto con la experiencia de un equipo en una organización ad hoc y que tomo los elementos más relevantes de varias experiencias locales, regionales y globales, obteniendo como resultado una estrategia de control de la calidad de la prestación eficiente y efectiva, que disminuye los conflictos en su implementación 8–11. Este proceso se basa en criterios de gestión de calidad actuales y proporciono muchas herramientas a Ecuador para posteriores propuestas de calidad 3,10,12

El sector privado tiene sistemas de control de calidad heterogéneos, muchos se basan en los sistemas propios de los financiadores (empresas de medicina Prepagada o seguros médicos), por lo tanto, el desarrollo ha sido escaso en muchos de los prestadores asistenciales, actualmente y basados en la presión legal, se han iniciado experiencias más complejas que están dando frutos.

Esta investigación tiene 2 momentos (p1 y p3), nombramos p1 al proceso de primera evaluación de la calidad asistencial, siguiendo con un proceso de diseño e implementación de intervenciones para la mejora de los problemas encontrados y por último un periodo de reevaluación (P3). Se utilizaron instrumentos previamente desarrollados y contextualizados al medio ecuatoriano lo que facilito el proceso en general y se trabajó con un enfoque participativo, colaborativo y no punitivo.

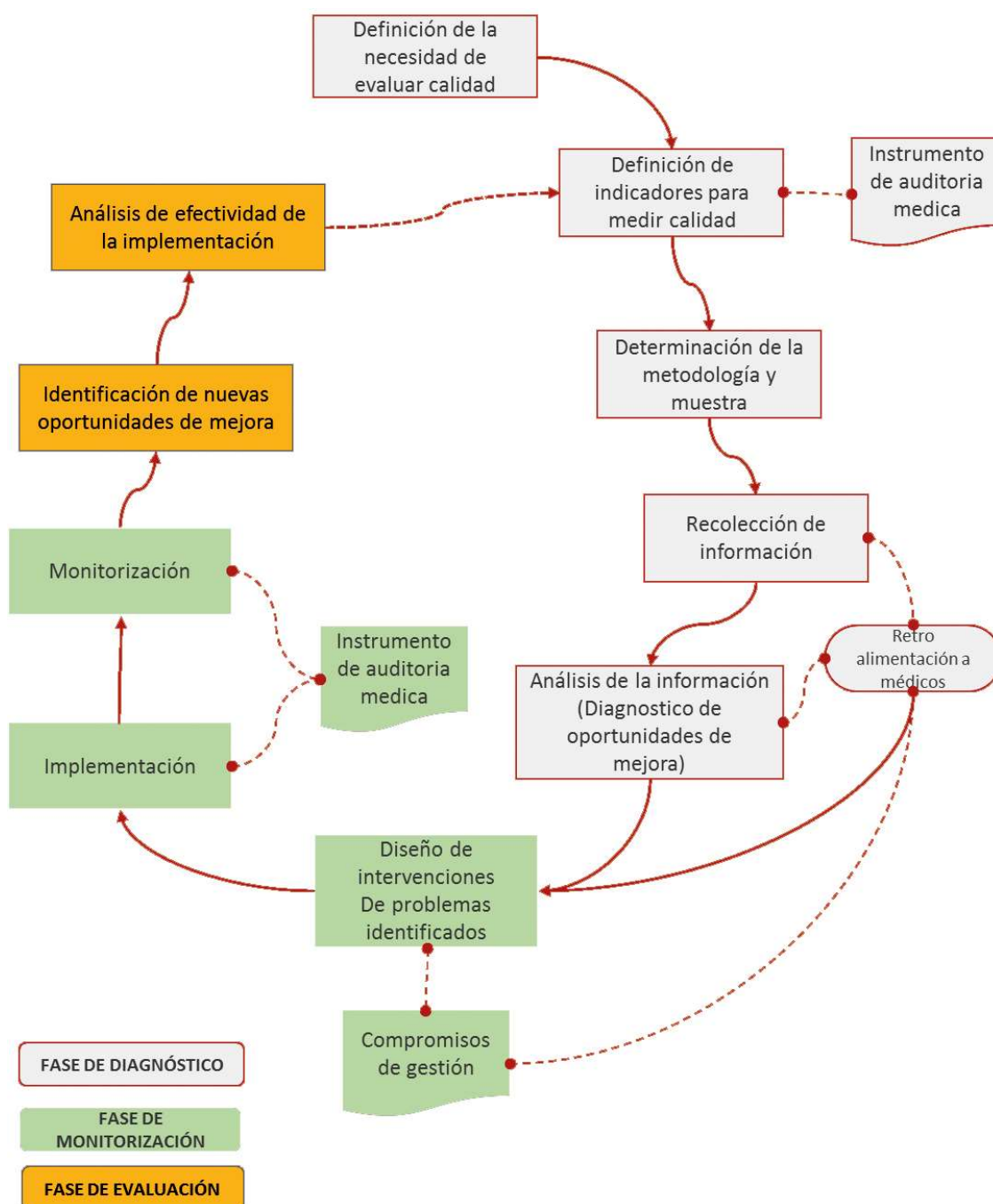
Materiales y métodos

Se realizó un estudio antes y después para determinar la efectividad de las medidas implementadas como estrategias de mejoramiento de la asistencia sanitaria en profesionales de una red de servicios médicos ambulatorios en Ecuador. Para el diagnóstico inicial toma 3 meses y se toman 317 casos, luego se toma un periodo de monitoreo e intervención con 1006 casos durante 7 meses y posteriormente la evaluación final de 391 casos en 3 meses al igual que el diagnostico. La muestra se calcula con al menos 303 casos como tamaño muestral mínimo, para tener una muestra significativa.

Resultados

Definición del modelo del ciclo de mejora

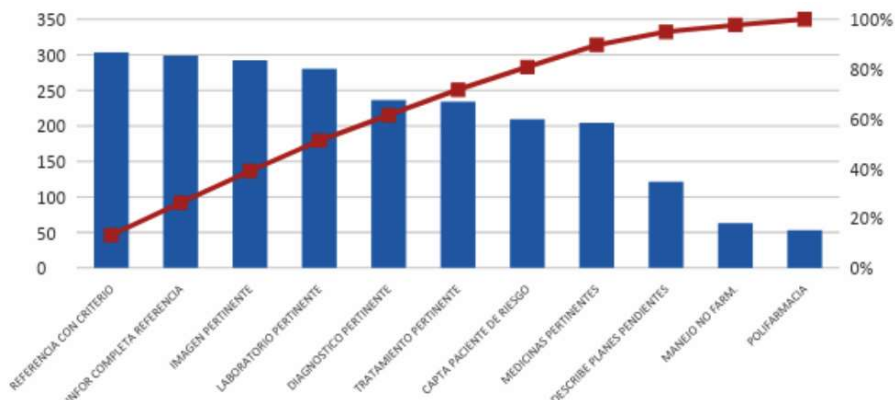
Gráfico 1: Modelo de la evaluación y mejora de la asistencia médica en una red de servicios ambulatorios de salud



Fase de diagnóstico

Para la intervención, se tomó en cuenta el diagnóstico inicial, con lo que se pudo concluir que, en nuestro caso, son 7 criterios que causan el 81 % de los incumplimientos, por lo cual se intervino en la mayoría con una intensidad similar, esta sería la justificación de actuar de manera global.

Gráfico 2: Pareto de incumplimientos



Análisis de variables descriptoras de la población

Se evaluaron en total 1714 casos en el transcurso de 13 meses, esta población se dividió en 3 grupos, el primero correspondiente al proceso de diagnóstico inicial, que fue tomado como la línea de base, posteriormente se dejó avanzar el proceso de gestión de calidad y mientras esto ocurría se evaluaron 1006 casos, para al final evaluar 391 casos. Este proceso fue cronológico. La distribución de sexo en los 3 grupos fue homogénea.

Cuando analizamos las especialidades, en general las básicas o también denominadas especialidades generalistas (medicina interna, ginecología y pediatría) lideraban en cantidad, sin embargo, la distribución a nivel de los momentos de evaluación fue homogénea.

En general la mayor parte de las observaciones rotaron alrededor del adecuado registro y la prevención, que fueron los puntos más débiles de la evaluación.

Pertinencia de la Referencia y contrareferencia

En la referencia y contrareferencia los límites de cumplimiento se encontraban por encima del 90%, sin embargo, se nota una mejora en puntos porcentuales en los 3 momentos de la investigación. Componente clínico

Pertinencia clínica

Generalmente la asistencia médica ambulatoria es curativa, dejando a un lado los aspectos preventivos y de promoción de la salud, que le dan integralidad. Sin embargo, encontramos que hubo problemas a este nivel y la intervención abarco este tema, se ven mejoras en todos los aspectos clínicos evaluados, pero esto se analizara de manera técnica en la comparabilidad.

Tabla 1: Análisis de pertinencia en el componente clínico

		P1	P2	P3
DIAGNOSTICO PERTINENTE	SI	236	783	326
		74%	78%	83%

	NO	81	223	65
		26%	22%	17%
TRATAMIENTO PERTINENTE	SI	234	806	300
		74%	80%	77%
	NO	83	200	91
		26%	20%	23%
MEDICINAS PERTINENTES	SI	204	742	293
		64%	74%	75%
	NO	113	264	98
		36%	26%	25%

Componente de registro

La pertinencia del registro se midió en varios criterios de calidad, en los gráficos se ordenan de acuerdo a la proporción de cumplimientos, encontramos que para la evaluación final la mejora del registro de motivo de consulta y enfermedad actual subieron a los primeros lugares, ya que se consideraban los más importantes, de la misma manera el registro del examen físico del paciente fue susceptible de mejoras.

Gráfico 3: Aspectos de registro en el P1

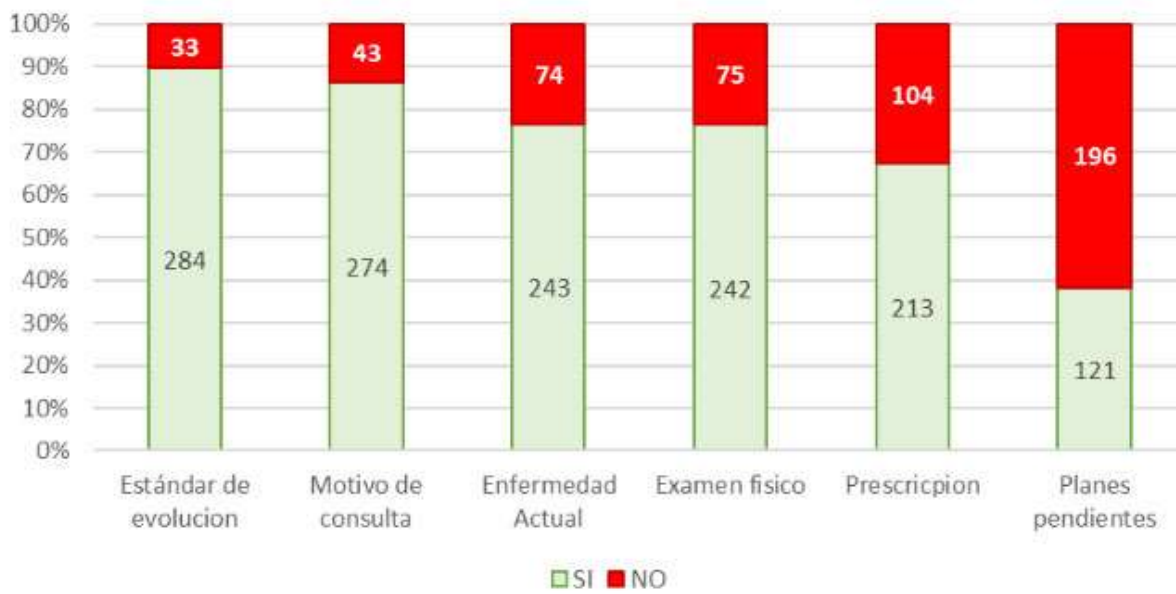


Gráfico 4: Aspectos de registro en el P2

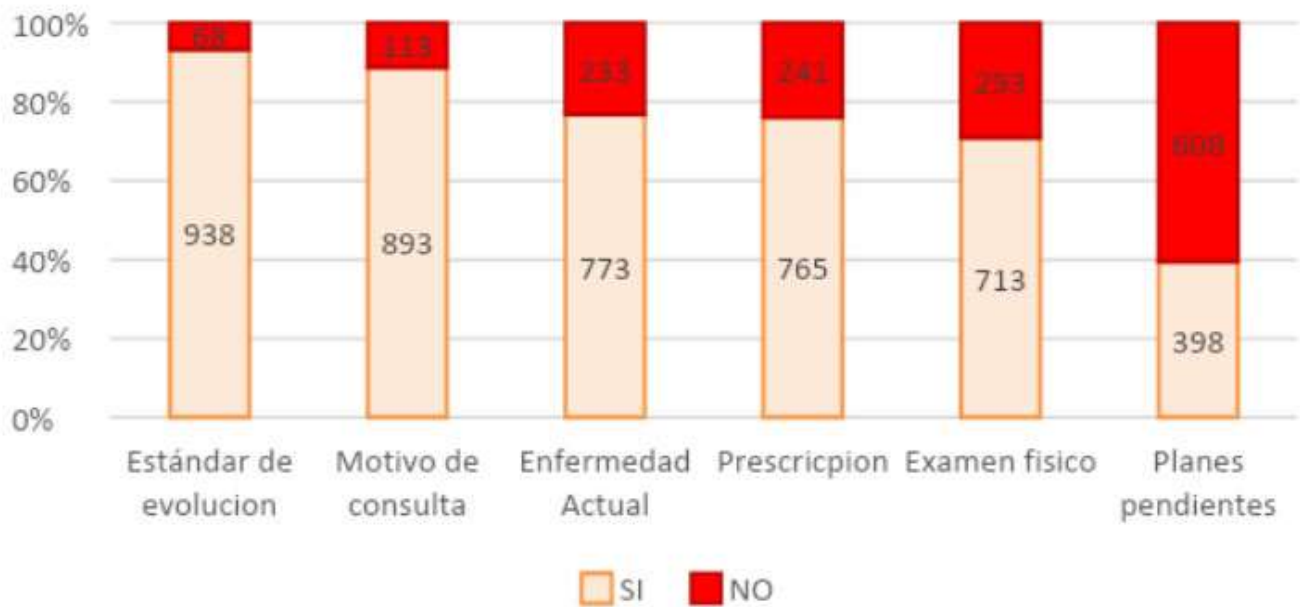
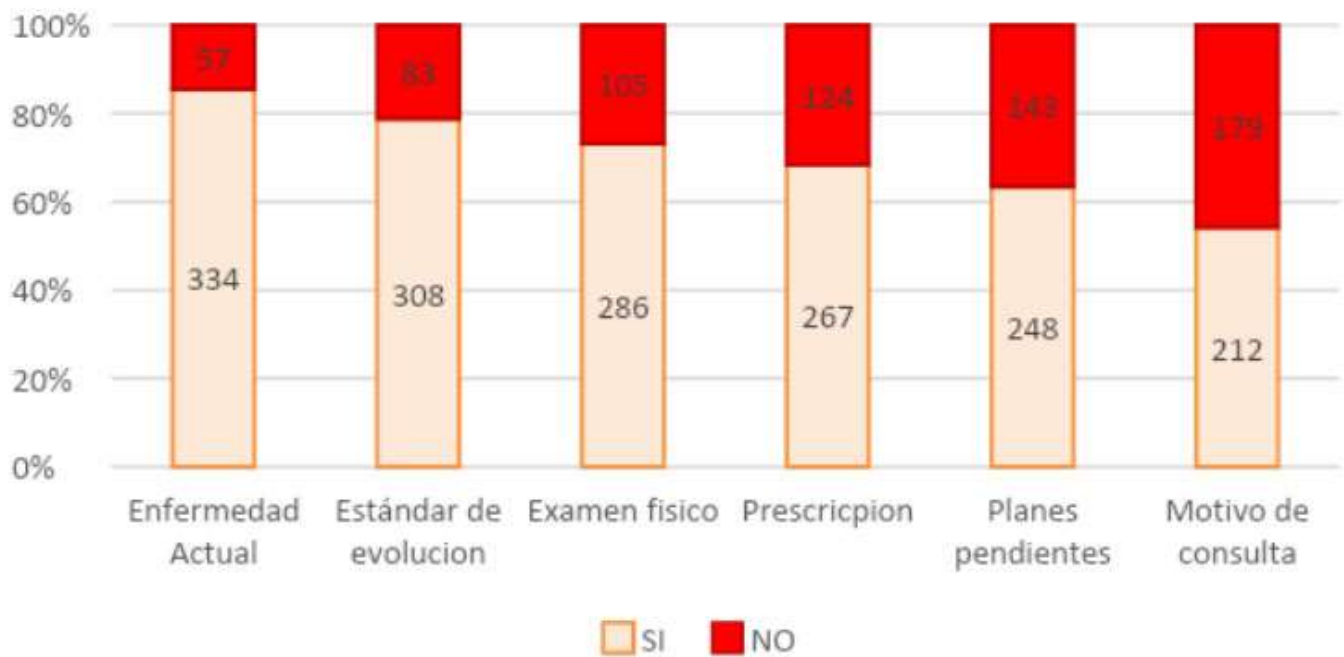


Gráfico 5: Aspectos de registro en el P3



Componente de prevención

Prevención fue el tema más difícil de manejar y en el cual se puso especial énfasis, ya que se consensuó que es un proceso que es parte del modelo de atención del Ecuador y que además a mediano y largo plazo genera costos para el sistema de salud.

En el análisis de los criterios, observamos mejoras absolutas importantes, especialmente en el manejo no farmacológico de los pacientes.

Tabla 2: Criterios de calidad sobre aspectos preventivos

		P1	P2	P3
SE PRESCRIBEN MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS	SI	147	274	151
	NO	170	732	240
MANEJO NO FARMACOLÓGICO EN PRESCRIPCIÓN	SI	63	187	156
	NO	254	819	235
CAPTA PACIENTE DE RIESGO	SI	209	693	328
	NO	108	313	63

Efectividad de la intervención

Cumplimientos

A continuación, un detalle de los cumplimientos (positivos) de los criterios clínicos utilizados, estratificados en los 3 momentos del proceso de gestión de calidad.

Tabla 3: Cumplimiento de criterios de calidad en los 3 momentos de la intervención

	1 DIAGNOSTICO INICIAL		2 MONITOREO INTERVENCIÓN		3 EVALUACIÓN	
REFERENCIA CON CRITERIO	303	96%	966	96%	385	98%
UTILIZA GENÉRICOS	302	95%	930	92%	372	95%
INFORMACIÓN COMPLETA REFERENCIA	299	94%	937	93%	387	99%
IMAGEN PERTINENTE	292	92%	950	94%	376	96%
STD DE EVOLUCIÓN	284	90%	938	93%	248	63%
LABORATORIO PERTINENTE	280	88%	903	90%	373	95%
MOTIVO DE CONSULTA COMPLETO	274	86%	893	89%	334	85%
ENFERMEDAD ACTUAL COMPLETA	243	77%	773	77%	267	68%
EF COMPLETO	242	76%	713	71%	286	73%
DIAGNOSTICO PERTINENTE	236	74%	783	78%	326	83%
TRATAMIENTO PERTINENTE	234	74%	806	80%	300	77%
PRESCRIPCIÓN COMPLETA	213	67%	765	76%	212	54%
CAPTA PACIENTE DE RIESGO	209	66%	693	69%	328	84%
MEDICINAS PERTINENTES	204	64%	742	74%	293	75%

SE PRESCRIBEN MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS	147	46%	274	27%	151	39%
DESCRIBE PLANES PENDIENTES	121	38%	398	40%	308	79%
MANEJO NO FARMACOLÓGICO EN PRESCRIPCIÓN	63	20%	187	19%	156	40%
POLIFARMACIA	53	17%	151	15%	21	5%

Efectividad de la intervención

En el análisis descriptivo, se observan mejoras desde un punto de vista de incremento de puntos porcentuales o de proporciones, sin embargo para tener más insumos científicos, se procede a realizar una comparación de intervenciones, observamos que el registro de planes pendientes de los pacientes es el criterio de calidad que mayor mejora absoluta obtuvo, si bien es un indicador de registro, valora indirectamente la pertinencia clínica ya que el profesional debe ser integral para definir el futuro y evolución del caso, además que cubrió el 66% de la mejora posible; curiosamente en el segundo y tercer lugar tenemos un aspecto de prevención, que fue el tema más complejo de mejorar debido a la cultura curativa de los profesionales, por lo tanto la cobertura de la mejora posible fue menor (25 y 53% respectivamente), esto demuestra que el análisis es sensible y evita falsas ilusiones de mejora de calidad y motiva a cubrir la mejora relativa. Es importante mencionar que estos criterios que lideran la tabla son estadísticamente significativos.

Posteriormente tenemos el resto de los criterios con mejoras absolutas y relativas moderadas, incluso tenemos criterios con mejoras, pero resultaron no significativos, lo que nos obliga a rediseñar las estrategias de mejora de calidad.

Tabla 4: Efectividad de la intervención (mediciones cualitativas)

	1 DIAGNOSTICO INICIAL				3 EVALUACION				Significanda				
	AB	P	1-P	n	AB	P3	1-P	n	MA	MR	CHI2	gl	p
REFERENCIA CON CRITERIO	303	0,96	0,04	317,00	385	0,98	0,02	391,00	3%	65%	5,93	2,00	0,05
INFORMACIÓN COMPLETA REFERENCIA	299	0,94	0,06	317,00	387	0,99	0,01	391,00	5%	82%	19,18	2,00	0,00
DIAGNOSTICO PERTINENTE	236	0,74	0,26	317,00	326	0,83	0,17	391,00	9%	35%	8,85	2,00	0,01
TRATAMIENTO PERTINENTE	234	0,74	0,26	317,00	300	0,77	0,23	391,00	3%	11%	6,24	2,00	0,04
MEDICINAS PERTINENTES	204	0,64	0,36	317,00	293	0,75	0,25	391,00	11%	30%	12,42	2,00	0,00
IMAGEN PERTINENTE	292	0,92	0,08	317,00	376	0,96	0,04	391,00	4%	51%	5,44	2,00	0,07
LABORATORIO PERTINENTE	280	0,88	0,12	317,00	373	0,95	0,05	391,00	7%	61%	13,48	2,00	0,00
DESCRIBE PLANES PENDIENTES	121	0,38	0,62	317,00	308	0,79	0,21	391,00	41%	66%	189,19	2,00	0,00
MANEJO NO FARMACOLÓGICO EN PRESCRIPCIÓN	63	0,20	0,80	317,00	156	0,40	0,60	391,00	20%	25%	73,86	2,00	0,00
CAPTA PACIENTE DE RIESGO	209	0,66	0,34	317,00	328	0,84	0,16	391,00	18%	53%	37,79	2,00	0,00
POLIFARMACIA	53	0,99	0,01	317,00	21	0,99	0,01	391,00	0%	15%	1,61	2,00	0,45

MA: mejoras absolutas, MR: mejoras relativas, Elaborado por el Autor

Todos los criterios de calidad finalizaron en puntajes porcentuales, que resultaron de ponderar los ítems y asignarles una calificación numérica, este ejercicio resulta práctico y muy entendible para los profesionales de la salud, quienes podían “medirse” cada mes.

Al analizar la efectividad de los puntajes, encontramos que fueron los aspectos preventivos que tuvieron mayor diferencia de porcentajes, seguidos del registro y auditoria clínica, el análisis de referencia y contrareferencia fue mínimo. Todas las diferencias de medias fueron significativas.

Tabla 5: Efectividad de la intervención (mediciones cuantitativas)

		n	Media	Dev. Std.	P 25%	Mediana	P 75%	Diferencia de medias	IC 95%		t	p
NUMERO DE MEDICAMENTOS	P1	317	1,37	1,26	0,50	1,00	2,00	0,3026	0,1139	0,4913	3,15	0,0017
	P3	391	1,07	1,28	-	1,00	2,00					
PUNTAJE DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	P1	317	94,95	20,82	100,00	100,00	100,00	-3,8935	-6,1916	-1,5954	-3,33	0,0009
	P3	390	98,85	9,07		100,00						
PUNTAJE DE AUDITORIA CLINICA	P1	317	75,80	27,41	58,75	82,50	100,00	-7,0905	-11,043	-3,1381	-3,52	0,0005
	P3	390	82,89	25,96	76,50	100,00						
PUNTAJE DE REGISTRO CLINICO	P1	317	63,42	28,90	35,00	65,00	90,00	-6,8465	-11,055	-2,638	-3,19	0,0015
	P3	390	70,27	27,88	57,50	60,00						
PUNTAJE DE ASPECTOS PREVENTIVOS	P1	317	47,51	35,01	-	60,00	60,00	-18,7998	-23,817	-13,783	-7,36	0
	P3	390	66,31	32,77	60,00	60,00						

Elaborado por el Autor

Discusión

En este trabajo, se utilizaron criterios de calidad asistencial validados en Ecuador, dicha validación se dio en varios procesos de evaluación e implementación de mejoras de calidad 3,13, sin embargo el instrumento fue modificado de forma con los representantes técnicos médicos de la institución. Este proceso se dio a manera de control externo, ya que se evaluó y se intervino una institución ajena a la nuestra.

A nivel mundial, el entrenamiento en cultura de calidad, seguridad del paciente, etc. Como estrategia para la mejora de calidad es variable, existen experiencias españolas en las cuales demuestran los avances y la intensidad del proceso 14, en otros países se realizan análisis posteriores y coinciden en que el personal capacitado o sensibilizado en estos temas generan un mejor camino para la mejora de calidad 15,16, en Ecuador el proceso es incipiente, la institucionalidad se está creando y la incursión de estos temas en las mallas curriculares está en proyecto, por esta razón la intervención realizada en este estudio fue a partir de una metodología sistematizada pro el autor y que se basa en la supervisión participativa. 3,13,17,18

Las mejoras en puntajes objetivos de asistencia clínica, prevención, registro y calidad de la referencia fueron significativos, si bien es cierto, este estudio analiza la actuación clínica en general, sin estratificar diagnósticos, podríamos comparar con varias propuestas realizadas a nivel mundial, gomez en un servicio de atención primaria evidencia como la mejora de calidad en atención cardiovascular incide directamente en la salud de los pacientes de la misma manera lo hace Rodriguez pero en riesgo coronario 19,20; Franch Nadal evidencia que la evolución de los indicadores de calidad asistencial al diabético tipo 2 en atención primaria (1996–2007) se puede atribuir en gran medida a los programas de mejora de calidad en España, sin embargo aclara que lo multifactorial de los determinantes de la salud es importante. 21

Son muchos los casos de éxito que se pueden citar, a nivel mundial la evaluación de calidad es un pilar fundamental, especialmente cuando se acompaña de intervenciones y acciones efectivas, nuestro estudio propone resultados

estadísticamente significativos en base de una instrumentación y metodología contextualizada, lo que le añade valor al proceso.

Conclusiones

La evaluación de calidad inicial reveló problemas que eran ocultos para el tomador de decisiones, este fenómeno se repite en instituciones sin cultura de calidad, si bien es cierto que facilitó el proceso de implementación del ciclo de mejora, también significa barreras debido a la sensación de ser medidos por primera vez.

La implementación de un modelo de intervención basado en supervisión participativa logra disminuir la resistencia del personal al cambio y la conflictividad, esto ayudó a tener éxito en la mejora de calidad.

El proceso de mejora debe ser integral, sin embargo, la operativización debe ser planificada en fases, para evitar la sobrecarga del personal asistencial y la posterior frustración.

Referencias bibliográficas

1. Fox AB, Hamilton AB, Frayne SM, Wiltsey-Stirman S, Bean-Mayberry B, Carney D, et al. Effectiveness of an Evidence-Based Quality Improvement Approach to Cultural Competence Training: The Veterans Affairs' «Caring for Women Veterans» Program. *J Contin Educ Health Prof.* 2016;36(2):96-103.
2. Eisenstat SA, Chang Y, Porneala BC, Geagan E, Wilkins G, Chase B, et al. Development and Implementation of a Collaborative Team Care Model for Effective Insulin Use in an Academic Medical Center Primary Care Network. *Am J Med Qual Off J Am Coll Med Qual.* 27 de mayo de 2016;
3. Fausto Gady Torres. Auditoría médica, La construcción de un proceso participativo de control de la calidad de la prestación en salud. En Chile; 2008.
4. Domínguez R, Narey B. Calidad de la atención de salud: Error médico y seguridad del paciente. *Rev Cuba Salud Pública.* septiembre de 2005;31(3):0-0.
5. Kohn L, Corrigan J. To Err Is Human: Building a Safer Health System [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2000 [citado 18 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.nap.edu/catalog/9728>
6. Ugur E, Kara S, Yildirim S, Akbal E. Medical errors and patient safety in the operating room. *JPMA J Pak Med Assoc.* mayo de 2016;66(5):593-7.
7. Río C del, Teresa M. Error médico: evitable e inevitable. *Med Clínica.* 24 de junio de 2000;115(4):137-40.
8. BID. PROYECTO DE APOYO AL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL DE SALUD – PAUS [Internet]. Ecuador: BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO; 2006. Report No.: EC-L1025. Disponible en: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=766909>
9. Matthew L. Goldman. La descentralización del sistema de salud del Ecuador: Un estudio comparativo de “Espacio de decisión” y capacidad entre los sistemas municipales de salud de Quito, Guayaquil y Cuenca [Internet]. Ecuador: FLACSO; 2009. Disponible en: http://www.flacsoandes.edu.ec/sites/default/files/agora/files/1244558326.goldman_0.pdf
10. Fausto Gady Torres, Angelica Andrade, Glenda Gutierrez. Manual de bolsillo: Aseguramiento Universal de Salud (AUS). Versión abreviada, 1. ed. S.I.: Salud de Altura; 2006. 28 p.
11. CARE. CARE Ecuador » Design of a Universal National Health Insurance Plan “AUS” [Internet]. [citado 9 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.care.org.ec/design-of-a-universal-national-health-insurance-plan-aus/>
12. Torres FG. Auditoría Médica y docencia en Medicina Familiar, un estudio antes y después en el Hospital de Pedro Vicente Maldonado. *Práctica Fam Rural* [Internet]. marzo de 2017 [citado 16 de junio de 2020];1(4). Disponible en: <https://doi.org/10.23936%2Fpfr.v0i4.171.g232>
13. Fausto Gady Torres. Informe Global de Auditoría médica de los Servicios de Salud en Quito. Quito: AUS/SODEM; 2008 p. 45. (AUS). Report No.: 001.
14. Mira JJ, Guilabert M, Vitaller J, Ignacio E. Formación en seguridad del paciente en las escuelas de medicina y enfermería en España. *Rev Calid Asist.* mayo de 2016;31(3):141-5.

15. Hessels AJ, Genovese-Schek V, Agarwal M, Wurmser T, Larson EL. Relationship between patient safety climate and adherence to standard precautions. *Am J Infect Control*. 15 de junio de 2016;
16. Zahra D, Langsford M, Griffiths T. Emotional logic development profiles - validating the benefits and safety of emotional logic training. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 16 de junio de 2016;1-5.
17. Jiménez Cangas L, Dueñas B, María R, Pérez Maza B, Reyes Alvarez I. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. *Rev Cuba Salud Pública*. junio de 1996;22(1):15-6.
18. Fausto Gady Torres. LA CULTURA ORGANIZACIONAL DEL CENTRO DE SALUD “LA VICENTINA”. FACTORES QUE INCIDEN EN LA AUSENCIA DE TOMA DECISIONES DEL PERSONAL. *Bol Ecuat Salud Pública Desarro Sist Salud*. 2008;11.
19. Gómez-Marcos MÁ, García-Ortiz L, González-Elena LJ, Ramos-Delgado E, González-García AM, Parra-Sánchez J. Efectividad de una intervención de mejora de calidad en el control de la presión arterial en Atención Primaria. *Rev Clínica Esp*. 1 de octubre de 2006;206(9):428-34.
20. Rodríguez AS, Marcos MÁG, Ortiz LG, Elena LJG. Efectividad de una intervención de mejora de calidad en la reducción del riesgo coronario y del riesgo de mortalidad cardiovascular en pacientes hipertensos. *Aten Primaria Publ Of Soc Esp Fam Comunitaria*. 2006;37(9):498-503.
21. Franch Nadal J, Artola Menéndez S, Diez Espino J, Mata Cases M. Evolución de los indicadores de calidad asistencial al diabético tipo 2 en atención primaria (1996–2007). Programa de mejora continua de calidad de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. *Med Clínica*. noviembre de 2010;135(13):600-7.