



Madrid, noviembre de 2013

RECOMENDACIONES PARA LA BUENA PRÁCTICA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL CICLO DE MEJORA EN CALIDAD ASISTENCIAL

GUÍA PARA PROFESIONALES SANITARIOS

Monografías



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y COMPETITIVIDAD



Instituto de Salud Carlos III

Centro Nacional de Medicina Tropical

Instituto de Salud Carlos III
Subdirección General de Servicios Aplicados Formación e Investigación
Centro Nacional de Medicina Tropical
Avda. Monforte de Lemos, 5 - Pabellón 13
28029 MADRID (ESPAÑA)

Catálogo general de publicaciones oficiales:
<http://publicacionesoficiales.boe.es>

Para obtener este informe de forma gratuita en Internet (formato pdf):
<http://publicaciones.isciii.es>



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.1/es/>

EDITA: CENTRO NACIONAL DE MEDICINA TROPICAL
Instituto de Salud Carlos III – Ministerio de Economía y Competitividad

N.I.P.O. en línea: 725-13-035-1
N.I.P.O. libro electrónico: 725-13-036-7
I.S.B.N.: No (Free online version)

Imprime: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado.
Avda. de Manoteras, 54. 28050 – MADRID

Autoras

Carmen Rodríguez Reinado

Centro Nacional de Medicina Tropical. Instituto de Salud Carlos III. Universidad de Huelva.

Teresa Blasco Hernández

Centro Nacional de Medicina Tropical. Instituto de Salud Carlos III.

Para citar esta monografía

Centro Nacional de Medicina Tropical

Instituto de Salud Carlos III – Ministerio de Economía y Competitividad.

RODRÍGUEZ REINADO, C.; BLASCO HERNÁNDEZ, T.; "Recomendaciones para la buena práctica en la implementación del ciclo de mejora en calidad asistencial".

Madrid: Centro Nacional de Medicina Tropical – Instituto de Salud Carlos III, noviembre de 2013.

Este texto puede ser reproducido siempre que se cite su procedencia.

ÍNDICE

PRÓLOGO	5
PRESENTACIÓN	6
1. LA MEJORA CONTINUA	8
1.1. Atajos Conceptuales	8
1.2. La Senda de Mejora Continua	9
1.3. Reseñas Bibliográficas	13
2. EL CICLO DE MEJORA	14
2.1. Las Oportunidades de Mejora	14
2.2. Técnicas y Herramientas de Mejora	17
2.3. Reseñas Bibliográficas	18
3. IDENTIFICAR LAS OPORTUNIDADES	19
3.1. Conocer para Identificar y Priorizar	19
3.2. Pasos para Conocer	21
3.3. Reseñas Bibliográficas	33
4. ANALIZAR LAS CAUSAS	34
4.1. Identificar para Analizar	34
4.2. Pasos para Analizar	35
4.3. Reseñas Bibliográficas	40
5. IMPLANTAR LAS ACCIONES DE MEJORA	41
5.1. Analizar las Causas para Mejorar	41
5.2. Pasos para Mejorar	42
5.3. Reseñas Bibliográficas	46
6. EVALUAR LA MEJORA	47
6.1. Mejorar para Evaluar	47
6.2. Pasos para Evaluar	48
6.3. Reseñas Bibliográficas	52
7. CÓMO SEGUIR MEJORANDO	53
7.1. Recomendaciones para Seguir Mejorando	53
BIBLIOGRAFÍA	54

Prólogo

El trabajo de Carmen Rodríguez Reinado y Teresa Blasco Hernández tiene varias importantes virtudes. La primera centrar la atención en una herramienta poderosa de gestión, como es el ciclo de mejora de la calidad; la segunda es la capacidad de síntesis y de pedagogía; y la tercera es, valga la redundancia, la calidad con la que trata conceptos y métodos que suelen ser difíciles de exponer.

A pesar del tiempo transcurrido, el escrutinio de las oportunidades de mejora de la calidad con una herramienta conceptual tan sencilla como el ciclo de mejora de la calidad, sigue plenamente vigente. Me recuerda aquella tríada de Avedis Donabedian, cuando hablaba de *“estructura, proceso y resultado”*. Lo que personalmente me ha llamado más la atención del ciclo de la calidad ha sido el énfasis en las medidas correctoras y en la re-evaluación de que las mejoras realmente habían tenido lugar. Esto convierte al ciclo de calidad en una herramienta con una gran aplicabilidad y con el aroma práctico que tiene todo lo que se concibe para abordar problemas.

Porque, frente a otros métodos y modelos gestores, el ciclo de la calidad es el más sensible a identificar y abordar problemas concretos. El detallismo de la estandarización y normalización busca reducir la variabilidad y concibe la calidad como estabilidad y predictibilidad de los procesos; la sofisticación de los modelos EFQM nos llevan más al terreno de las estrategias y políticas organizativas; la comparación de indicadores, ligas, tops, o acreditaciones, funcionan con la lógica de la competición con otros, pero con frecuencia el útil *benchmark*, si bien nos permite identificar oportunidades de mejora, no nos ayuda mucho a entender la singularidad de nuestra organización.

El ciclo de la calidad se centra más en las pesadillas que en los sueños. Por esa humilde condición ha podido perder posiciones en el escenario de la popularidad y la moda de las metodologías; pero, cual modesto destornillador o llave inglesa, no cabría concebir una caja de herramientas que no dispusiera de ella.

La pulcra y sintética obra de Carmen y Teresa puede ser de indudable interés para una generación nueva de profesionales sanitarios preocupados y comprometidos con la calidad de la atención que prestan a sus pacientes; para sus pacientes concretos, en el contexto de su equipo de atención primaria, unidad clínica, hospital o área de salud.

Y más en estos momentos donde las tensiones de los recortes de recursos debidos a la crisis económica y presupuestaria, van a obligar a enfrentar nuevos desafíos que pueden tener impacto en la atención sanitaria y en la salud. Quizás la dimensión económica ha estado un tanto ausente de la consideración formal de los ciclos de mejora de la calidad; en un futuro próximo habrá que considerar aspectos nuevos como la desinversión activa en lo que no añade valor, para reinvertirlo en servicios fundamentales que aportan ganancia de salud.

Porque la sostenibilidad interna es el nuevo reto de la calidad asistencial, y esto implica que tendremos que desalojar activamente las prácticas ineficientes para reconducir nuestros esfuerzos a intervenciones y pacientes que ofrezcan claras oportunidades de mejora de la salud.

Mi enhorabuena a las autoras, y mi felicitación anticipada a los lectores de este libro. Y, sobre todo, mi consejo de seguir aplicando esta metodología a las pesadillas cotidianas, como exponente de nuestro compromiso con el sistema sanitario, la buena medicina y la buena enfermería. Porque, en último término, cuando hablamos de calidad, hablamos de ética de servicio público y de ética sanitaria.

José R. Repullo

*Profesor y Jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud
Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III*

Presentación

*“Al andar se hace camino,
y al volver la vista atrás,
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar”*

La calidad en la asistencia sanitaria es un valor muy apreciado por pacientes, profesionales y gestores sanitarios. Agenciar un sistema sanitario moderno, innovador, equitativo, eficaz, eficiente, justo... constituye una misión a conquistar entre todos/as y para toda la ciudadanía.

Caminar en la senda de la excelencia con la filosofía de mejorar continuamente, presagia un buen punto de partida y de retorno. Dar el paso en el compromiso por mejorar y aprender de las oportunidades de mejora, hará la senda más llevadera.

Las páginas que a continuación vienen parten del convencimiento de que la mejora continua, y su aprendizaje, es un factor crítico para mejorar la calidad asistencial y alcanzar la excelencia. La mejora continua se concibe como principio transversal en la cultura organizativa, como valor esencial en el quehacer de los/as profesionales y como proceso vital para las organizaciones sanitarias que caminan hacia la mejora sostenida en la senda de la excelencia.

La presente guía propone el ciclo de mejora como método para implementar la mejora continua en las organizaciones sanitarias. El objetivo que se pretende es, por un lado, introducir al lector/a en la mejora continua y, por otro, proporcionar una metodología para su puesta en marcha. Para ello la guía se estructura en seis capítulos.

El primer capítulo introduce al lector/a en el marco de referencia de la mejora continua y el segundo propone y explica el ciclo de mejora como método para implementarla. El resto de los capítulos, orientan al lector/a sobre cómo llevar a la práctica cada una de las fases del ciclo de mejora.

Esperamos que la guía sea un instrumento útil, práctico, de interés —y de amena lectura— para los/as profesionales que quieren implicarse o están implicados/as en mejorar la calidad de nuestro sistema sanitario. Asimismo, queremos agradecer el tiempo y dedicación para la lectura de estas páginas.

Las autoras

Agradecimientos

Infinitas gracias a JUANJO PÉREZ LÁZARO, por su confianza y disposición para el desarrollo de la guía; a la reina de todas las mujeres, ISABEL FERNÁNDEZ, por sus sabios consejos; y a MANUELA GÓMEZ, profesional sanitaria del hospital Virgen de la Luz, por dedicar parte de su tiempo —entre magdalenas y cacao— a la lectura de estas páginas.

1. LA MEJORA CONTINUA

Este primer capítulo propone un marco teórico para mejorar la calidad asistencial: la mejora continua. Por tanto, en primer lugar expone algunas cuestiones respecto al concepto de calidad asistencial y, en segundo lugar, el enfoque de mejora continua.

1.1. ATAJOS CONCEPTUALES

- **Eficacia:** “Hace referencia al impacto o efecto de una acción llevada a cabo en las mejores condiciones posibles o experimentales”.
- **Eficiencia:** “Uso racional de los medios para alcanzar un objetivo predeterminado, es decir, cumplir un objetivo con el mínimo de recursos disponibles y tiempo”.
- **Efectividad:** “Capacidad de alcanzar el efecto que se espera o se desea tras la realización de una acción”.
- **Factibilidad:** “Disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos o metas planteadas”.
- **Calidad asistencial:** “Es ofrecer de forma continuada unos servicios eficaces, efectivos y eficientes, adecuados a las necesidades de los/as clientes, accesibles y aceptados por estos; y todo ello según el estado actual de conocimiento” (1).
- **Dimensiones o atributos de la calidad:** “Son factores que determinan la calidad asistencial. Estos factores pueden ser: accesibilidad, oportunidad, efectividad, eficacia, conveniencia, eficiencia, continuidad, intimidad, confidencialidad, seguridad del entorno, apoyo del entorno, de la asistencia y participación del paciente o de su familia en el cuidado” (1).
- **Proceso:** “Conjunto de recursos y actividades interrelacionados que transforman elementos de entrada en elementos de salida. Los recursos pueden incluir personal, finanzas, instalaciones, equipos, técnicas y métodos”.
- **Mejora continua:** “Es un proceso estructurado y sistémico para reducir los defectos en productos, servicios o procesos, utilizándose también para mejorar los resultados que no se consideran deficientes pero que, sin embargo, ofrecen una oportunidad de mejora” (2).
- **Oportunidad de mejora:** “La distancia entre lo óptimo y los resultados obtenidos constituye una oportunidad de mejora”.
- **Ciclo de mejora de la calidad:** “Proceso estructurado y cíclico que a través de cuatro fases diferentes va introduciendo en la organización acciones de mejora” (3).
- **Sistemas de calidad:** “Conjunto de estructuras de la organización, de responsabilidades, de procedimientos, de procesos y de recursos que se establecen para llevar a cabo la gestión de la calidad” (4) (ISO 840).

- **Calidad total:** “Conjunto de principios, de métodos organizativos y de estrategia global, que intenta movilizar a toda la empresa con el fin de integrar los esfuerzos de mejora continua de todas las personas y estamentos de la organización para proveer productos y servicios que satisfagan las necesidades de los consumidores al menor coste” (5).
- **Excelencia sostenida:** “Es alcanzar resultados tangibles respecto a lo que hace una organización, cómo lo hace, los resultados que realmente obtiene y la confianza en que estos resultados se mantendrán en el futuro” (6).
- **Modelo EFQM de excelencia:** “Es un modelo de Calidad Total, que tiene por objetivo mejorar la eficacia y eficiencia de la organización con respecto a los resultados que esta obtiene en relación a sus clientes, a sus profesionales y la sociedad en general, mediante un liderazgo que dirija e impulse la política y estrategia y alinee con ellas a las personas de la organización, las alianzas y recursos y los procesos” (7). El modelo EFQM, elaborado por la Fundación Europea para la Gestión de Calidad, aporta un marco de análisis para evaluar y mejorar el nivel de calidad de las organizaciones de tal modo que puedan alcanzar una excelencia sostenida.

1.2. LA SENDA DE LA MEJORA CONTINUADA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL

El valor social que ha adquirido la calidad asistencial es un hecho relativamente reciente. Cada día son más los/as profesionales y usuarios/as que demandan una asistencia y atención de calidad. Tanto es así que el nivel de calidad en las organizaciones sanitarias ha pasado a ser un objetivo prioritario en las agendas políticas y administraciones sanitarias. De ahí que la Ley General de Sanidad establezca que *el nivel de calidad de los servicios sanitarios debe ser debidamente evaluado y controlado* (8).

En este contexto, las organizaciones sanitarias adoptan modelos y sistemas de gestión de calidad con el objetivo de visualizar, sistematizar y evaluar los progresos y avances en el nivel de calidad asistencial (9), dando lugar a la puesta en práctica de diferentes estrategias de mejora por parte de las organizaciones sanitarias. Ello evidencia que no hay una sola estrategia para mejorar la calidad asistencial, sino estrategias más adecuadas al entorno, a las necesidades y a los objetivos de mejora.

Entre las distintas estrategias que una organización puede adoptar, la guía propone **el enfoque de la mejora continua** como estrategia para alcanzar la excelencia en la calidad asistencial. Consideramos este enfoque especialmente adecuado dado que uno de sus principios básicos consiste en implementar un proceso continuo y permanente de mejora. Por tanto, implementar este enfoque implica apostar porque la mejora continua se constituya como:

- Principio transversal en la cultura de las organizaciones.
- Valor fundamental en el quehacer de los/as profesionales.
- Proceso para mejorar la calidad asistencial.

Para su implementación como principio, valor y proceso en las organizaciones sanitarias, se propone la metodología de ciclo de mejora que será desarrollada en los capítulos 2, 3, 4, 5, 6.

No obstante, antes de iniciar la exposición del enfoque de mejora, se explican algunas cuestiones relativas al concepto de calidad asistencial, que son necesarias cuando se implementan estrategias de mejora en la calidad asistencial de una organización. En primer lugar señalar que el **concepto de calidad asistencial** es un concepto “multidimensional”, “evolutivo” y “relativo” (10). *Multidimensional* porque toda definición sobre calidad asistencial va a contener unos atributos o cualidades que definen qué se entiende por calidad asistencial. Estos atributos se conocen como las dimensiones de la calidad asistencial, que constituyen a su vez los factores que la determinan. De modo que estas dimensiones serán las que finalmente orientarán y conducirán hacia dónde mejorar. *Evolutivo* porque, con el transcurso del tiempo, han ido cambiando los elementos que definen el concepto. Y *relativo* porque la calidad asistencial depende tanto de la definición de calidad que se maneje¹ como del entorno en que la organización se encuentre. De ahí que existan diferentes formas de definir la calidad asistencial, y cada una de ellas conlleve una interpretación sobre qué significa atender las necesidades de la atención sanitaria de la población a la que se ofrecen los servicios.

A la hora de iniciar estrategias para mejorar la calidad asistencial, habrá que tener en cuenta estas cuestiones, ya que dependiendo del concepto de calidad que se utilice se pondrá énfasis en mejorar unos aspectos u otros de la calidad asistencial. Entre las distintas definiciones que existen en la literatura, la guía emplea la definición dada por la Joint Commission:

La calidad asistencial es ofrecer de forma continuada unos servicios eficaces, efectivos y eficientes adecuados a las necesidades de los clientes, accesibles y aceptados por estos; y todo ello según el estado actual de conocimiento (1).

Las razones del porqué se ha decidido emplear esta definición y no otras —que son también factibles— es porque a nuestro juicio contiene atributos que protegen los valores esenciales del sistema sanitario público: responsabilidad social, equidad, principio de beneficencia y de justicia social, etc.

En segundo lugar se expone el **enfoque de mejora continua**, desde sus antecedentes en el mundo industrial hasta su implantación en las organizaciones sanitarias, así como las pautas y condiciones necesarias para su implementación.

En cuanto a los antecedentes del desarrollo del enfoque de mejora, este se produce en gran medida en los años 50 con el crecimiento del sector industrial japonés. Factores socioeconómicos —como el agotamiento de los recursos tradicionales, el incremento poblacional, la revolución tecnológica y la globalización económica— plantean la necesidad de un cambio de paradigma de gestión empresarial. El modelo de producción en masa —que hasta entonces había sido el paradigma de gestión dominante— empieza a ser cuestionado (11). Consecuentemente, las empresas japonesas comienzan a integrar en su cultura organizacional el sistema Kaizen produciéndose, como ilustra la historia, el desplazamiento en el mercado de potentes empresas americanas y occidentales por la fuerte competencia japonesa —acordémonos de Toyota, Sanyo, Honda, Yamaha—. Así que Japón comienza a exportar al mundo conocimiento en este campo. Nombres como Ohno, Imai, Ishikawa, Shingo, Mizuno, Taguchi, Otha y Karatsu tomaron renombre (12).

¹ Recomendamos al lector/a, para profundizar más sobre el concepto de calidad asistencial, la lectura de la reseña bibliográfica: I.

El vocablo Kaizen² significa “mejora continua que involucra a todos y todas”. Consiste en un sistema integral y sistémico basado en mejorar continuamente la empresa y sus componentes de manera proactiva y armónica², mejora de los procesos y actividades que conforman las empresas y mejora de las personas. El objetivo fundamental es mejorar para dar al cliente o consumidor/a el mayor valor agregado mediante una mejora continuada y sistemática de la calidad, de los costes, de los tiempos de respuesta, de la variedad y de los mayores niveles de satisfacción (12). Para conseguir esta mejora continua se requiere, por un lado, tiempo, concienciación y esfuerzo constante y, por otro, disciplina y ética de trabajo (2). Además de estas condiciones intangibles, también para su implantación se requiere la puesta en marcha de los siguientes sistemas:

Tabla I. “Sistema Kaizen”

-
- **Gerencia de Calidad Total:** Es la filosofía, el conjunto de principios rectores que representan el fundamento de una organización en constante mejoramiento. La gestión de calidad total es una manera de mejorar constantemente la performance en todos los niveles operativos, en cada área funcional de una organización, utilizando todos los recursos humanos y de capital disponibles.
 - **Sistema de producción justo a tiempo:** Se orienta a la eliminación de todo tipo de actividades que no agreguen valor, y al logro de un sistema de producción ágil y flexible que dé respuesta a las fluctuaciones de las demandas.
 - **Mantenimiento productivo total:** Se orienta a maximizar la efectividad del equipo durante todo el sistema productivo del producto. Involucra a todas las personas de un departamento y de todos los niveles.
 - **Despliegue de políticas:** Es el proceso por el cual se introducen las políticas y estrategias para la implementación del Kaizen en toda la organización, desde el nivel más alto hasta el más bajo.
 - **Sistema de sugerencias:** Se orienta no sólo a motivar a las personas que trabajan en la organización sino también a recoger sus conocimientos y experiencias. El sistema de sugerencias es un canal más de participación y constituye una parte integral del Kaizen.
 - **Actividades de grupos pequeños:** Se orientan, no solo a la mejora de la calidad, sino también a cuestiones relativas a costos, seguridad y productividad. Las actividades de grupos pequeños es una de las estrategias del Kaizen, siendo la más común el Círculo de Calidad.
 - **Sistema de costes:** Persigue como objetivo la reducción sistemática de los costes, analizándose de forma metódica y pormenorizada a través del análisis de: Funciones, Coste Objetivo y Tabla de Costes.
-

Elaboración propia

Estos siete sistemas³, que conforman el enfoque Kaizen, son el resultado de la integración de diferentes métodos desarrollados por autores —que hoy día son de referencia obligada para el estudio de la calidad— como Ishikawa, Imai, Onho, Karatsu, Mizuno, Taguchi, Shingo etc., los cuales se inspiraron en los principios de los Círculos de Control de Calidad de Deming y Juran.

Sin embargo, a pesar de sus buenos resultados, este cambio de paradigma no se introduce en el ámbito sanitario hasta la década de los 90. La publicación de Berwick, “*The national Demonstration Project in Quality Improvement in*

² Recomendamos al lector/a, para profundizar más sobre este tema, la lectura de la reseña bibliográfica: II.

³ Recomendamos al lector/a, para profundizar más sobre este tema, la lectura de la reseña bibliográfica: III.

Health Care”, puso de manifiesto este hecho, siendo la primera experiencia que demostraba que las herramientas de la mejora continua de las teorías industriales funcionaban en el ámbito sanitario (13). A partir de entonces empieza a introducirse el enfoque de la mejora continua en las organizaciones sanitarias (14) (15) (16). Ello supuso:

Un salto conceptual importante, pues se empieza a promover una filosofía de mejora continua orientada a los/as clientes, a los/as profesionales, fundamentada en información analítica de los procesos, fomentando el trabajo en equipo y estructurada en una organización estable (13).

En este sentido, hay que señalar que inculcar en una organización el enfoque de mejora continua implica un cambio en la cultura de la organización sanitaria, y como todo cambio cultural será un proceso lento, costoso y a largo plazo. De modo que, para su implantación, deberán tenerse en cuenta las especificidades culturales de cada organización. Aunque no existen reglas de oro ni fórmulas mágicas que garanticen el éxito en la implementación del enfoque, se sabe que es primordial partir de los siguientes elementos:

Tabla II. “Elementos básicos del enfoque de mejora”

-
- Liderazgo
 - Equipos de trabajo
 - Proceso de mejora continua
-

Elaboración propia

El primer paso imprescindible para inculcar con éxito la cultura de la mejora continua es establecer un *liderazgo firme y sólido*. Para ello se recomienda que este liderazgo no esté constituido solo por los líderes formales de la organización, sino también por líderes informales —es decir profesionales que tengan prestigio entre sus iguales— con el objetivo de obtener una mayor credibilidad e influencia para el cambio (17). Entre las funciones que debe desempeñar este liderazgo es esencial:

- Desarrollar los valores necesarios para la consecución de la misión y la visión de la organización por la senda de la mejora continua y la excelencia.
- Ser “propietarios o conductores” del proceso de implementación de mejora continua de la calidad asistencial de la organización.
- Implicarse y asegurar que el enfoque de mejora continua se desarrolle e implemente en la organización sanitaria.

El segundo paso consiste en *crear y formar equipos de trabajo* de y entre profesionales de la organización. Los equipos de trabajo se denominan equipos de mejora. Definimos equipos de mejora como *el grupo de profesionales de la organización que adquieren el compromiso para desarrollar y llevar a cabo el proceso transversal de mejora continua de la calidad asistencial*. En este sentido la formación de equipos de mejora es, además de una de las formas más adecuadas de conseguir una participación efectiva del personal, un potente instrumento para el cambio organizacional. De modo que habrá que implicar al mayor número posible de profesionales en los equipos de trabajo. Además, dado que quienes finalmente hacen realidad la consecución de la mejora continua, y por ende la excelencia, son

ellos/as, la participación de los/as profesionales constituye un eslabón fundamental en este proceso de cambio.

La principal función que los equipos de mejora desempeñan es la implantación y desarrollo del proceso transversal de mejora continua a través del ciclo de mejora. De modo que es primordial partir del compromiso y responsabilidad de los miembros del equipo. Por otro lado, también será necesario partir con las siguientes premisas:

- Apoyo explícito de la dirección de la organización a los equipos de mejora.
- Formación sobre el ciclo de mejora a los equipos de mejora.
- Garantizar las necesidades de asesoramiento, soporte y logística del equipo.
- Concretar y definir los objetivos de los equipos de mejora.

Para que los equipos de mejora funcionen bien, con éxito, hay una serie de recomendaciones (18). Entre estas cabe señalar:

- Elaborar un cronograma de reuniones para el seguimiento de la puesta en marcha del ciclo de mejora.
- Formar un equipo que represente los diferentes estamentos profesionales relacionados y conocedores de los aspectos de la calidad asistencial que van a mejorarse.
- Crear equipos no muy numerosos; no más de nueve personas.
- Tener en cuenta la voluntariedad de la participación de los/as miembros en el equipo.
- Formar equipos multidisciplinarios y estables durante el desarrollo del ciclo.
- Capacidad de diálogo y tolerancia en las personas que constituyen los equipos.

Una vez formados los equipos, el tercer paso será implantar un proceso transversal para la mejora continua en la calidad de la organización, a través del ciclo de mejora continua. El desarrollo de cómo el equipo de mejora debe implantar el ciclo de mejora será explicado en los siguientes capítulos de la guía.

1.3. RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS

- I. Saturno, P.J. Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. 1997. Tomo I y II. Ed. Du Pont Pharma.
- II. Masaaki, I. Kaizen. La Clave de la ventaja competitiva japonesa.1989. Ed. CECSA.
- III. MasaaKi, I. Cómo implementar el Kaizen en el sitio del trabajo.1998. Ed. Mac Graw-Hill.

2. EL CICLO DE MEJORA

El objetivo del capítulo es proporcionar al lector/a una metodología para la implementación de la mejora continua en las organizaciones: el ciclo de mejora. Para ello se expone en primer lugar el marco explicativo del ciclo de mejora, y en segundo lugar, las herramientas para su puesta en práctica.

2.1. LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

El segundo capítulo de la guía propone la **metodología del ciclo de mejora** para implementar el enfoque de mejora continua como proceso transversal en la calidad asistencial de una organización. Para ello se explica, en primer lugar, el marco explicativo de la metodología del ciclo de mejora y, en segundo lugar, las herramientas metodológicas que hay para su puesta en marcha. Además, en el tercer apartado del capítulo se ofrece al lector/a reseñas bibliográficas de ejemplos de casos prácticos en el entorno sanitario.

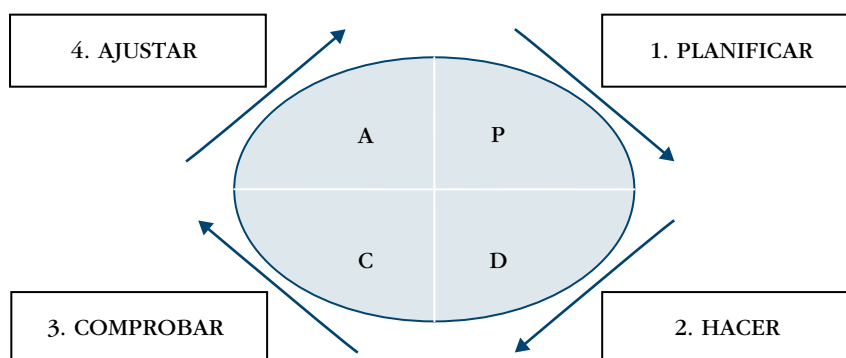
Hasta la fecha, pese a que la guía propone el ciclo de mejora, esta metodología ha de considerarse una opción metodológica más entre las metodologías que hay para mejorar la calidad asistencial, pues la cuestión sobre qué metodología es mejor aún está por resolver. Ello se debe, por un lado a la falta de investigaciones en este campo, y por otro a la limitada comparabilidad de los estudios que resulta de la multiplicidad de factores que intervienen en los entornos sanitarios (19) (20).

A nuestro juicio, las razones que justifican la elección de este método son: la fundamentación teórica del método basado en las oportunidades de mejora —es decir por la adecuación del método para llevar a cabo los objetivos del enfoque de mejora continua— y la participación de los/as profesionales en la aplicación del método, de modo que a la vez va inculcándose e implicándose a los/as profesionales de la organización en la cultura de la mejora continua.

En cuanto a los antecedentes metodológicos del ciclo de mejora hay que señalar que se encuentran en el ciclo PDCA de Shewhart o ciclo de Deming. Aunque el autor de esta metodología es Shewhart, fue Deming quien la introduce y difunde en la industria japonesa en los años 50, por lo que en muchas ocasiones también se le denomina el ciclo de Deming. El ciclo Plan-Do-Check-Act (PDCA) se enmarca dentro de las metodologías de mejora y consiste en ir introduciendo actividades para mejorar los resultados de una organización y mantener lo mejorado a través de la puesta en marcha de un proceso cíclico de mejora de cuatro fases (21).

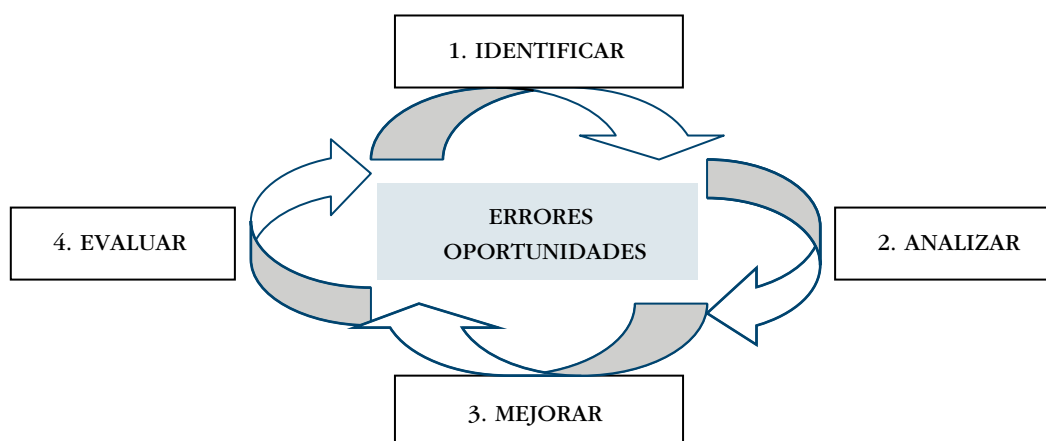
En el ámbito de la asistencia sanitaria, el Ciclo PDCA suele ser empleado para la mejora de los procesos asistenciales (22).

Figura 1. "Ciclo PDCA"



En los años 80 Palmer, basándose en el ciclo PDCA, desarrolla lo que hoy se conoce por ciclo de mejora, ubicándose también dentro de las metodologías de mejora. El ciclo de mejora consiste en un proceso cíclico que, a través de una serie de fases, va implementando la mejora continua en la organización. A diferencia del ciclo PDCA, la mejora se introduce después de la medición (23):

Figura 2. "Ciclo de Mejora"



La fundamentación metodológica del ciclo de mejora se basa en conocer cuáles son los errores o fallos en el funcionamiento de una organización con el objetivo de transformarlos en mejora. En este sentido, estos fallos o errores son considerados como oportunidades para mejorar los resultados que una organización obtiene.

A grandes rasgos, se define oportunidad de mejora como la distancia entre los resultados obtenidos y lo óptimo (24). En el caso de las organizaciones sanitarias, el ciclo de mejora se basaría de igual modo en transformar los fallos o errores que pueden darse en una actividad, servicio u organización sanitaria —ya sea de estructura, procesos o resultados— y que afectan a la calidad asistencial, en mejoras de la atención dada.

De modo que la puesta en marcha del ciclo de mejora en una organización sanitaria supone llevar a cabo, de forma consecutiva, las siguientes fases: Identificar los fallos y errores, analizar las causas, implantar acciones correctoras de dichos fallos

y monitorizar y evaluar la mejora⁴. Estas cuatro fases —que serán explicadas con más detenimiento en los siguientes capítulos— tienen objetivos diferentes en el cometido general de mejorar la calidad asistencial de la organización. Por ejemplo, si en una organización se quiere llevar a cabo un proceso de mejora en la atención a la diabetes tipo II a través del ciclo de mejora, se iniciará dicho proceso con la puesta en marcha de la primera fase del ciclo, que consistiría en identificar las oportunidades de mejora en la atención a la diabetes —ya sea en la estructura, en procesos o resultados—:

Primera Fase: Identificar las oportunidades de mejora en la atención a la Diabetes Tipo II.

- Oportunidades de mejora identificadas:
 1. Poca satisfacción de los/as pacientes con la atención dada.
 2. Falta de adherencia al tratamiento.
-

Una vez que han sido identificadas las oportunidades de mejora en la atención a la diabetes tipo II, se procedería a llevar a cabo la segunda fase del ciclo: el análisis causal de los fallos y oportunidades de mejora:

Segunda Fase: Analizar las causas de las oportunidades de mejora en la atención a la Diabetes Tipo II.

- Causas de la insatisfacción de los pacientes:
 1. Percepción de que los/as profesionales no les escuchan detenidamente.
 2. Sentimiento de condicionamiento del estilo de vida a raíz del tratamiento.
 - Causas de la poca adherencia:
 1. Falta de protocolo de actuación para el proceso asistencial.
 2. Citas muy espaciadas en el tiempo.
-

El tercer paso consistiría en poner en marcha la tercera fase del ciclo: establecer, en base al análisis de las causas de las oportunidades identificadas, qué medidas correctoras deben implantarse para mejorar los fallos que afectan a la calidad asistencial de la atención a la diabetes:

Tercera fase: Definir las medidas de mejora para mejorar la calidad asistencial del proceso de atención de Diabetes Tipo II.

- Plan de mejora:
 1. Diseñar el proceso asistencial.
 2. Acortar el tiempo entre las citas para el seguimiento del paciente.
-

Por último habría que monitorizar y evaluar la mejora obtenida:

Cuarta fase: Monitorizar la mejora implementada en la atención a la diabetes.

- Indicadores para el seguimiento y evaluación:
 1. Encuesta de satisfacción de pacientes.
 2. Indicadores de adherencia al tratamiento.
 3. Indicador de las visitas del seguimiento de la enfermedad.
-

⁴ Recomendamos al lector/a, para profundizar más sobre este tema, la lectura de la reseña bibliográfica: IV.

De modo que el equipo de mejora, con el apoyo de la dirección, implantará y desarrollará las distintas fases del ciclo para mejorar la calidad asistencial de la organización. Una vez implantado el ciclo de mejora, será llevado a cabo sucesivamente con el objetivo último no sólo de mejorar, sino de alcanzar la excelencia.

En síntesis, la lógica de esta metodología consiste en: “Identificar las oportunidades de mejora y analizar sus causas para mejorarlas con acciones correctoras de modo que las mejoras introducidas puedan ser evaluadas con el objetivo de continuar mejorándolas”.

2.2. TÉCNICAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA

Tal y como se ha mencionado anteriormente, el equipo de mejora, con el apoyo de la dirección, será quien lidere y desarrolle la implantación del ciclo de mejora en la organización. Para ello se apoyará en el empleo de técnicas y herramientas de mejora específicas que hay para desarrollar cada una de las fases del ciclo (25). Por tanto, un primer aspecto es aclarar qué se entiende por técnica y por herramienta de mejora. Definimos *herramienta de mejora* como: *El conjunto de instrumentos que el equipo de mejora emplea para aplicar las técnicas para el desarrollo de cada una de las fases del ciclo.* Y *técnica* como: *El conjunto de procedimientos sistemáticos que generan información para identificar, priorizar, analizar y evaluar las mejoras implantadas en la calidad asistencial de una organización.*

La relación de las técnicas y las herramientas para llevar a cabo el desarrollo de cada fase del ciclo se expone en la [Tabla III](#). Respecto a su empleo, ha de tenerse presente que no pueden ser empleadas indistintamente en las diferentes fases que lo componen, por lo que para cada una de las fases del ciclo deben de aplicarse determinadas técnicas. Por otro lado, también deben de tenerse en cuenta los conocimientos y la experiencia que el equipo de mejora tiene para aplicarlas. De modo que se recomienda un entrenamiento del equipo de mejora en los conocimientos y habilidades esenciales que se requieren para la aplicación de las técnicas.

En los siguientes capítulos de la guía se explica, detenidamente, cómo aplicar algunas de las técnicas y/o herramientas que muestra la [Tabla III](#). Dado que se aludirá a la clasificación de las técnicas —cuantitativas, mixtas o cualitativas— a continuación se definen brevemente:

- **Técnicas cuantitativas:** Son aquellas que principalmente producen información asignando valores numéricos.
- **Técnicas mixtas:** Hay autores que las incluyen en las técnicas cualitativas. Son aquellas que asignan un grado de acuerdo sobre la información cualitativa obtenida (26).
- **Técnicas cualitativas:** son aquellas que están destinadas básicamente a producir u ordenar datos del tipo palabras o símbolos.

Tabla III. “Técnicas y herramientas para implementar el Ciclo de Mejora”

	Identificación oportunidades	Priorización	Análisis causal	Acciones mejoras	Evaluación
Brainstorming	X		X	X	
Grupo Nominal	X	X	X		
Grupo Focal	X	X	X		
Entrevistas	X		X		
Delphi	X	X	X		
Encuestas	X				
Observación	X				
Análisis de reclamaciones	X				
Indicadores	X		X		X
Estudio perfiles	X				
Micromuestreo Clínico	X				X
Diagrama Afinidad	X				
Hoja recogida de datos	X				
Gráfico de Control	X				
Estratificación	X		X		
Comunicación de Incidentes	X				
Ordenación simple		X			
Comparación por Pares		X			
Priorización por criterios		X			
Diagrama Ishikawa			X		
Diagrama Pareto			X		
Diagrama Flujo			X		

2.3. RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS

IV. La mejora continua en la calidad de los servicios sanitarios. Monográfico en Papeles de Gestión Sanitaria.

Aplicaciones del ciclo de mejora

- Bailie, R., Connors, C., Weeramanthri, T., Clark, L., Dowden, M. and colbr. Study: Audit and Best Practise for Chronic Disease Extension Proyect. BMC Health Serv Res, 2008; 17(8).
- Andrews, A., Valente, A. Accelerating Best Care in Pennsylvania: the Hazleton General hospital experience. Am J Med Qual, 2008; 23(4): 259-65.
- Ballesteros, A., Montoya, JA., Fontcuberta, A. Atención al paciente diabético en un área de salud: el ciclo de mejora. Rev. Calidad Asistencial, 2003; 18(4):203-8.
- Geboers, H., Monk Kink, H., Montfort, P. Continuous quality improvement general medical practice: the attitudes of general practitioners and other practice staff. International Journal for Quality in HealthCare 2001; 13 (5); 391-97.
- Duch, O., Paredes, J., Montoya, P. El ciclo de la calidad aplicado al análisis del nivel de satisfacción del usuario en un área de salud básica. Rev Calidad Asistencial 1999; 14: 651-660.
- Hearnshow M, Reddish S, Carlyle D. Introducing a quality improvement programme to primary healthcare team. Qual Health Care 1998; 7: 200-208.

3. IDENTIFICAR LAS OPORTUNIDADES

En este capítulo se explica la primera fase del ciclo de mejora: la identificación de oportunidades de mejora. Se argumenta su razón de ser dentro de la cultura de la mejora continua así como las herramientas para su puesta en marcha.

3.1. CONOCER PARA IDENTIFICAR Y PRIORIZAR

En líneas generales, el objetivo en esta primera fase del ciclo consiste en conocer dónde se encuentra la organización en aquel aspecto de la calidad asistencial en el cual se pretende implementar un proceso de mejora continua. Para conocer dónde se encuentra la organización hay que realizar un diagnóstico de situación sobre el tema o aspecto de la calidad asistencial que se quiere mejorar. Un diagnóstico de situación es *establecer una comparación entre la situación actual de la organización y aquella que se estima como ideal* (27).

El **diagnóstico de situación** se realiza a través de la identificación de oportunidades de mejora, bien sean de estructura, proceso y/o resultados de la organización. El primer paso que el equipo de mejora debe emprender para poner en marcha la primera fase del ciclo, es identificar las oportunidades de mejora del aspecto que se pretende cambiar para alcanzar su situación ideal. Es decir, la excelencia en ese aspecto de la calidad asistencial. Para ello, el equipo de mejora procederá a la identificación de las oportunidades de mejora a través del empleo de una serie de técnicas y herramientas (Tabla IV). En el apartado siguiente se explican algunas de las técnicas que muestra esta tabla.

El segundo paso consistirá en **priorizar las oportunidades** que han sido identificadas anteriormente, pues es imposible, por razones de tiempo, coste y trabajo, abordar a la vez todas las oportunidades. Definimos priorizar las oportunidades de mejora como: *“El proceso por el cual el grupo de mejora, en base a unos criterios establecidos, opta por unas oportunidades y no otras”*. Por tanto, antes de proceder a la priorización, hay que establecer unos criterios. La decisión de intervenir en unas oportunidades, y no en otras, no puede ser tomada de manera arbitraria o responder al criterio personal de un profesional, sino que debe basarse en criterios fundamentados y consensuados en grupo por el equipo de mejora. En este sentido, los criterios que suelen emplearse para priorizar las oportunidades de mejora son: magnitud, importancia, factibilidad, vulnerabilidad y coste de las oportunidades. En concreto, lo que finalmente se obtiene del proceso de priorización es un orden, en base al criterio, de las oportunidades identificadas para su intervención. Dicho orden dependerá del criterio que se emplee. Por ejemplo, si se realiza la priorización en base al criterio coste, el orden obtenido en las oportunidades sobre la satisfacción del paciente en la atención de la diabetes tipo II puede ser distinto al que se obtiene si se prioriza en base al criterio factibilidad. De modo que el equipo de mejora procederá a la

priorización de las oportunidades de mejora identificadas. Para ello el equipo de mejora aplicará unas determinadas técnicas (ver Tabla IV).

En definitiva, la puesta en marcha de la primera fase del ciclo implica que el equipo realice, en primer lugar, una identificación de oportunidades y, en segundo lugar, la priorización de las mismas. En la siguiente figura se sitúa gráficamente en qué fase del ciclo estaría el equipo:

Figura 3. "Ciclo de mejora continua"

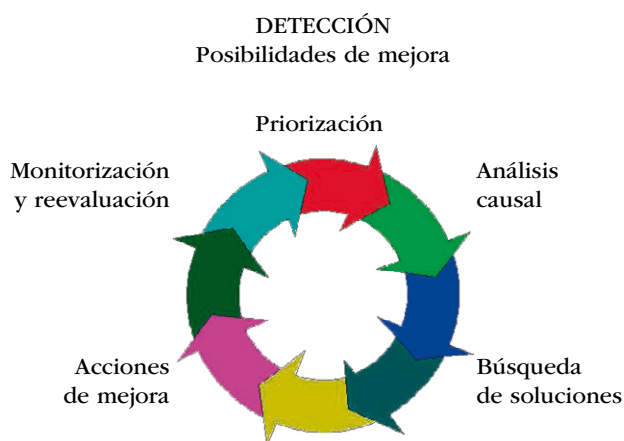


Tabla IV. "Técnicas y herramientas para implementar la Primera Fase del Ciclo"

Técnica	Identificación oportunidades	Priorización
Tormenta de ideas	X	
Grupo Nominal	X	X
Grupo Focal	X	
Entrevistas	X	
Delphi	X	X
Encuestas	X	
Observación	X	
Análisis de Reclamaciones	X	
Indicadores	X	
Estudio de Perfiles	X	
Micromuestreo Clínico	X	
Diagrama de Afinidad	X	
Hoja de recogida de datos	X	
Gráfico de Control	X	
Estratificación	X	
Comunicación de Incidentes	X	
Ordenación Simple		X
Comparación por Pares		X
Priorización por criterios		X

Elaboración propia

3.2. PASOS PARA CONOCER

3.2.1. Técnicas para identificar las oportunidades de mejora

Hasta ahora se ha explicado el porqué de la fase de identificación de las oportunidades de mejora en la metodología del ciclo. Ahora, en este apartado, se explica cómo llevar a cabo esta fase de identificación, por lo que a continuación se detallan algunas de las técnicas que el equipo de mejora puede emplear para ello. Dado que es demasiado extenso explicar cada una de las técnicas que muestra la [tabla](#), las que a continuación se exponen han sido seleccionadas según criterios de utilidad, tiempo de aplicación y sencillez de las mismas:

*Lluvia de ideas o brainstorming*⁵

Herramienta de aplicación grupal muy útil para obtener y generar ideas sobre un tema o problema de estudio. Consiste en reunir un grupo de personas que, mediante una dinámica de trabajo estructurada, identificaran las oportunidades de mejora del tema de estudio. Esta técnica ha sido muy utilizada en el campo empresarial por su potencialidad creativa (28).

Objetivo: “Identificar las oportunidades de mejora”.

Participantes: De 6 a 10 personas.

Tiempo: De 45 a 60 min.

Condiciones necesarias:

- Un lugar apropiado que garantice la privacidad de la reunión y la adecuación del espacio para el desarrollo de la técnica.
- Un/a moderador/a con habilidades para liderar la dinámica grupal.
- Los/as participantes deben tener experiencia sobre el tema de estudio.

Material: Bolígrafos, papel, pizarra y agua.

Pautas para su aplicación:

Fase 1. Inicio de la sesión. El/la moderador/a comienza la sesión informando a los/as participantes sobre cuál es el tema de estudio a tratar, cómo será la dinámica de trabajo y cuáles son las reglas que deben respetarse. Las reglas son: A). Todas las ideas tienen el mismo valor, de tal modo que no podrán ser juzgadas por el resto de los/as participantes. B). Se aporta una idea por turno. C). Ningún participante explica sus ideas al exponerlas. D). Se pasa de turno si no hay ideas.

Recomendaciones:

- Enunciar con concreción el tema de estudio.
- Definir qué se entiende por oportunidad de mejora.
- Escribir el tema de estudio en un lugar que sea visible para los/as participantes.

El/la moderador/a abre un espacio de tiempo para que los/as participantes se presenten y pregunten las posibles dudas que puedan tener. Tiempo aproximado: 10 minutos.

⁵ Recomendamos al lector/a la lectura de la reseña bibliográfica: V.

Fase 2. Generación silenciosa de oportunidades de mejora. Los/as participantes, individualmente y en silencio, escriben en un papel las oportunidades de mejora que han identificado sobre el tema de estudio. Tiempo aproximado: 10 min.

Recomendaciones:

- Reiniciar la sesión con otro tema si se percibe un ambiente tenso por el tema de estudio, y una vez relajado el ambiente retomarlo.
- Enunciar las oportunidades de forma concreta.

Fase 3. Puesta en común de las oportunidades identificadas. El/la moderador/a abre un turno en el que los/as participantes, individualmente, leen las oportunidades de mejora. Los/as participantes expresarán una oportunidad por turno, y así sucesivamente hasta que no se aporten oportunidades nuevas. El/la moderador/a escribe en una pizarra, a la vista de los/as participantes, las oportunidades que han ido exponiéndose; concatenación de ideas. Tiempo aproximado: 10 min.

Recomendaciones:

- Anotar las oportunidades respetando las palabras textuales el/la participante.
- Fomentar en los/as participantes la generación de nuevas oportunidades por la asociación de las oportunidades expresadas.

Fase 4. Aclaración, agrupación y reformulación de las oportunidades. Una vez enunciadas y escritas las oportunidades en el panel, el/la moderador/a inicia un turno para aclarar, reformular y ordenar las oportunidades de mejora. Se eliminarán las oportunidades repetidas y se agrupan las oportunidades relacionadas. Tiempo aproximado: 15 min.

Resultado: Relación de oportunidades de mejora sobre el tema de estudio.

Ventajas: Técnica sencilla y fácil de aplicar, económica, que requiere de poco tiempo para la preparación y desarrollo, y estimula la creatividad.

Inconvenientes y Limitaciones: Técnica de identificación de oportunidades, no las prioriza. Poco tiempo para la reflexión.

Grupo nominal

Técnica de consenso de aplicación grupal. Es una técnica muy estructurada que utiliza la reflexión individual para generar e identificar oportunidades consensuadas por el grupo. A través de la pregunta, *¿Cuáles son las oportunidades de mejora del...?* se reflexiona individualmente sobre las oportunidades del problema, para obtener un consenso de grupo en la identificación de las oportunidades. Esta técnica ha sido muy empleada en el campo de la planificación sanitaria por su utilidad en la identificación de problemas y de prioridades (29).

Objetivo: “Descubrir las oportunidades de mejora que hay en...”

Participantes: De 5 a 9 personas.

Tiempo: De 60 min a 90 min.

Condiciones necesarias:

- Un lugar apropiado que garantice la privacidad de la reunión y la adecuación del espacio para el desarrollo de la técnica.

- Un/a moderador/a con habilidades para liderar la reunión.
- Los/as participantes deben tener experiencia sobre el tema de estudio.

Material: Bolígrafo, papel, rotuladores, panel, tarjetas y agua.

Pautas para su aplicación:

Fase 1. Inicio de la sesión. El/la moderador/a comienza la sesión informando a los/as participantes de cuál es el objetivo de la reunión y de cómo será la dinámica de trabajo. Posteriormente se abre un espacio de tiempo para que los/as participantes se presenten y pregunten las posibles dudas que puedan tener. El/la moderador/a enuncia la pregunta y la reparte escrita en un papel a los/as participantes. Tiempo aproximado: 10 min.

Recomendaciones:

- Formular de manera precisa y clara la pregunta. La pregunta no debe inducir a una respuesta determinada y no debe generar resistencias.
- Poner la pregunta por escrito en un lugar que sea visible.

Fase 2. Generación silenciosa de oportunidades, o fase nominal. Los/as participantes, individualmente y en silencio, escriben en el papel la lista de ítems sobre la pregunta planteada. Tiempo aproximado: 15 a 20 min.

Fase 3. Puesta en común de las respuestas. Finalizada la fase nominal, el/la moderador/a abre un turno para que los/as participantes lean las respuestas que han escrito. Los/as participantes expresan una idea por turno, y así sucesivamente hasta que no se aporten ideas nuevas. El/la moderador/a escribe en una pizarra, a la vista de los/as participantes, las respuestas. En esta fase los/as participantes se limitan a listar los ítems sin que sean debatidos. Si durante la lectura de los ítems se genera un nuevo ítem, también debe ser recogido. Tiempo aproximado: 15 min.

Recomendaciones:

- Limitar un número máximo de respuestas por participante para evitar el mayor peso de uno de ellos.
- Anotar las oportunidades respetando las palabras textuales de los/as participantes.

Fase 4. Discusión y elaboración del listado de respuestas. Para evitar centrarse en exceso en una sola oportunidad, en esta fase se “discute” por turnos cada uno de los ítems escritos. El objeto de la discusión es clarificar o explicar el enunciado de las oportunidades. El/la moderador/a leerá en voz alta cada ítem y preguntará si alguien desea aclarar, preguntar o mostrar acuerdo o desacuerdo. Si hubiese diferencias de opinión en algunas de las oportunidades enunciadas, el/la moderador/a debe registrarlas. Al ser la discusión una tarea del grupo no es necesario que todos los/as participantes expliquen sus propias oportunidades. El/la moderador/a eliminará aquellos ítems que no responden a la pregunta y agrupará aquellos que sean similares. Finalmente se obtiene un listado de ítems. Tiempo aproximado: 25 min.

Recomendación:

- Dejar para el final aquellos ítems en los que se genere una fuerte discusión.

Fase 5. Priorización individual. En función de los criterios que se establezcan —importancia, magnitud, factibilidad, etc.— los/as participantes, individualmente

y en silencio, puntuarán las oportunidades de la lista. Por ejemplo, si la lista de oportunidades contiene 7 ítems, se le asignarán 7 puntos al ítem que se considere más importante y así sucesivamente hasta puntuar 1 al ítem que se considere menos importante. Para ello, el/la moderador/a entregará a los/as participantes tantas cartulinas como ítems para que escriban en cada una de ellas los ítems con su puntuación correspondiente. Una vez que haya finalizado del proceso de puntuación, el/la moderador/a recoge las cartulinas y, tras barajarlas para conservar el anonimato e impedir la identificación de patrones en la votación, va anotando las puntuaciones de los ítems y sumando la puntuación total de cada ítem. Tiempo aproximado: 20 min.

Recomendaciones:

- Definir claramente los criterios de votación.
- Evitar que las personas que hayan terminado interfieran en los/as que no han terminado.

Fase 6. Discusión de la lista priorizada. El/la moderador/a abre un turno de debate, por turnos, sobre las puntuaciones de las oportunidades que han obtenido mayor y menor puntuación, con el objetivo de analizar las razones. El/la moderador/a leerá en voz alta las oportunidades y preguntará si alguien desea aclarar, preguntar o mostrar acuerdo o desacuerdo. Si hubiese diferencias de opinión el/la moderador/a debe registrarlas. Tiempo aproximado: 25 min.

Fase 7. Priorización final. Los/as participantes vuelven a puntuar los ítems con el mismo sistema. El moderador suma las puntuaciones totales de cada uno de los ítems. Tiempo aproximado: 15 min.

Resultado: Una relación priorizada de oportunidades de mejora.

Ventajas: Técnica económica. Genera ideas más estructuradas y precisas. Permite participación igualitaria de los/as participantes del grupo. Permite detectar y priorizar las oportunidades de mejora. El resultado refleja la opinión del grupo.

Inconvenientes y Limitaciones: Técnica más compleja para moderar y de más duración. Requiere de una persona experta en dinámicas grupales. Se desestiman las posiciones extremas y las ideas innovadoras.

El grupo focal⁶

Técnica cualitativa de aplicación grupal. Es una técnica estructurada que utiliza la reflexión de un grupo de personas para obtener información en profundidad sobre las oportunidades de mejora de un área definida de interés. Básicamente consiste en moderar un debate, en un grupo de personas que comparten determinadas experiencias —como puede ser tener una determinada enfermedad—, características sociodemográficas —edad, nivel socioeconómico...—, con el objetivo de discutir y reflexionar sobre los diferentes puntos de vistas del tema de estudio. De tal modo que crear un ambiente permisivo es un elemento muy importante para la discusión de los diferentes puntos de vista. Esta técnica ha sido muy empleada para identificar las necesidades y satisfacción de los/as usuarios/as. También es muy útil para conocer en profundidad los diferentes puntos de vista de personas claves ante un tema conflictivo (30).

⁶ Recomendamos al lector/a, la lectura de la reseña bibliográfica: VI.

Objetivo: “Obtener información en profundidad sobre las oportunidades de mejora en...”

Participantes: De 6 a 9 personas.

Tiempo: De 60 a 90 min.

Condiciones necesarias:

- Un lugar apropiado que garantice la privacidad de la reunión y la adecuación del espacio para el desarrollo de la técnica.
- Un/a moderador/a con habilidades para liderar la reunión.

Material: Grabadora y agua.

Pautas para su aplicación:

Fase 1. Preparación previa. Dado que es una técnica cuya aplicación debe ser estructurada y bien planificada, requiere cierta preparación. Antes de aplicar la técnica es importante cuidar los siguientes elementos:

a) Selección de los/as participantes: Dado que la interacción entre los/as participantes es la piedra angular para generar una discusión en grupo sobre el tema de estudio, hay que seleccionar adecuadamente y cuidadosamente a los/as participantes. En definitiva, se trata de seleccionar informantes claves que nos aporten información sustancial al tema de estudio.

Recomendaciones:

- Seleccionar participantes con experiencia y conocimiento del tema de estudio.
- Seleccionar participantes con criterios homogéneos entre ellos/as, pero que a su vez permita la segmentación de diferentes perfiles.
- Seleccionar, en la medida de lo posible, a participantes que no se conozcan.
- Seleccionar entre seis y nueve participantes.

b) Elaboración del guión de temas: El segundo aspecto que hay que preparar antes de llevar a cabo el grupo es el guión de temas. Hay que elaborar un guión de temas sobre el tema de estudio, que consiste en una batería de preguntas abiertas que contengan aspectos clave del tema de estudio. Este guión de temas deberá ser estudiado por el moderador antes de ponerlo en práctica en el grupo focal.

Recomendaciones:

- Definir preguntas pertinentes al tema de estudio en el guión de temas.
- Formular las preguntas del guión de forma abierta y neutral, sin juicios ni valoraciones.
- Establecer el orden de las preguntas del guión de lo general a lo particular.
- Establecer un orden flexible en las preguntas del guión de tema.
- Pilotar el guión de temas antes de llevar a cabo el grupo.

c) Moderación del grupo: El papel del moderador/a es crucial para el buen desarrollo del grupo. El/la moderador/a tiene como función escuchar, observar, preguntar y dinamizar la reunión, conduciendo y reconduciendo la conversación, según vaya transcurriendo el grupo, en función de los objetivos del tema del estudio. Todas estas funciones tiene que desempeñarlas generando un ambiente tolerante y permisivo para que todas las posibles opiniones que pueda haber sobre el tema de

estudio puedan ser expresadas con libertad y confianza. Además tiene que moderar la conversación de modo que todos los/as participantes intervengan. Para ello una regla de oro será que el/la moderador/a no juzgue ni valore las opiniones de los/as participantes. Y por último, para moderar el grupo, es esencial que el/la moderador/a se aprenda el guión de tema.

Fase 2. Inicio de la sesión. El/la moderador/a inicia la sesión informando a los/as participantes de cómo será la dinámica de trabajo y las normas de participación:

1. Libertad para expresar las opiniones.
2. Todas las opiniones tienen el mismo valor.
3. No se puede descalificar las opiniones de otro participante.
4. Confidencialidad y anonimato en el tratamiento de la información.

Antes de iniciar la reunión el/la moderador/a debe pedir permiso para grabar la información. Posteriormente se abre un espacio de tiempo para que se presenten los/as participantes y seguidamente el/la moderador/a inicia la reunión con la primera pregunta del guión, que deberá estar formulada en términos generales con el objetivo de romper el hielo e iniciar la conversación en grupo. Tiempo aproximado: 15 min.

Recomendaciones:

- Iniciar el grupo con una pregunta abierta que formule un tema relacionado en términos muy generales, no debe inducir a una respuesta determinada y generar resistencias.
- Si se diese el caso de que ningún participante hable en el grupo, el/la moderador/a deberá aliarse al participante más conversador/a y preguntarle a él directamente para ir ganando la confianza del grupo.

Fase 3. Desarrollo del grupo. Una vez que se ha iniciado el grupo, el/la moderador/a tiene que dirigir y moderar la reunión en base al guión de temas diseñado. En esta fase de la reunión es cuando se produce el debate a fondo de los temas más relevantes del tema de estudio. De tal modo que es esencial el papel del moderador/a, pues es quien debe reconducir la conversación en caso de que se converse sobre temas que salgan de los objetivos del tema de estudio. También tiene que dinamizar la reunión de tal forma que todos los/as participantes expresen sus opiniones. Deberá evitar que un participante monopolice la conversación. Tiempo aproximado: 60 min.

Fase 4. Clausura del grupo. Aunque el tiempo de duración del grupo es aproximado, el indicador más real para saber cuándo un grupo se ha terminado es cuando el grupo deja de aportar información. El/la moderador/a, antes de cerrar la reunión, tiene que preguntar si algún participante quiere comentar algún aspecto sobre el que no se haya preguntado y resumir los aspectos generales que se han tratado en la reunión. Tiempo aproximado: 10 min.

Resultado: Relación de aspectos y oportunidades de mejora.

Ventajas: Proporciona mucha información, la interacción de los/as participantes aporta mucha riqueza a las respuestas.

Inconvenientes y Limitaciones: Compleja de aplicar. Requiere de un buen moderador/a.

Problem report

Técnica cuantitativa. Es una técnica muy útil y sencilla de aplicar para recabar información concreta sobre el tema de estudio. Consiste en diseñar un instrumento, una hoja de notificación, que contenga preguntas que recojan las oportunidades de mejora. El instrumento será administrado a los/as profesionales para recoger las oportunidades.

Objetivo: Recoger las oportunidades de mejora detectadas por personas claves.

Participantes: Dependiendo del tema que vayamos a estudiar, es una técnica que permite un gran número de participantes.

Procedimiento:

1. Diseñar una hoja de notificación que contenga preguntas sobre las oportunidades de mejora del tema de estudio.
2. Informar a los/as participantes sobre el estudio y pedir su colaboración.
3. Poner distintos puntos de recogida y entrega de la hoja de notificación en la organización.
4. Establecer un plazo de entrega de la hoja de notificación.
5. Analizar la información obtenida.
6. Elaborar un informe final de resultados.

Recomendaciones:

- Las preguntas que contengan la hoja de notificación deben estar formuladas abiertamente, sin categorías de respuestas cerradas, para no inducir las respuestas.
- Las preguntas deben estar enunciadas de forma clara, concisa y concreta.
- Los puntos de recogida y entrega de la hoja deberán garantizar la privacidad y el anonimato.
- Garantizar el anonimato de los datos en el tratamiento de la información.
- Analizar la información obtenida por dos o más personas.
- Utilizar tablas y gráficos en el informe para sintetizar la información.

Resultado: Informe sobre las oportunidades detectadas.

Ventajas: Sencilla y económica, permite el anonimato de los/as participantes y un número alto de participantes.

Inconvenientes y Limitaciones: El tiempo empleado para la recogida de información depende de los/as participantes.

Las encuestas de opinión

Técnica cuantitativa. Es una técnica que consiste en la administración de un cuestionario para recoger información que permita identificar oportunidades de mejora del tema de estudio. Las encuestas pueden ser diseñadas, aunque es aconsejable, dada la complejidad del diseño, adaptar encuestas validadas. Han sido muy aplicadas para conocer la satisfacción de los usuarios/as y para determinar mejoras sobre aspectos concretos de la atención (31).

Objetivo: Recoger información para monitorizar la satisfacción de los/as usuarios/as e identificar oportunidades de mejora.

Participantes: Permite la participación de un gran número de usuarios/as.

Procedimiento:

1. Diseñar o adaptar un cuestionario que contenga preguntas sobre el tema de estudio. Las preguntas pueden ser cerradas, útiles para la monitorización de la satisfacción de clientes, o abiertas, útiles para la recogida de información cualitativa sobre la identificación de oportunidades de mejora.
2. Pilotaje del cuestionario.
3. Seleccionar el muestreo.
4. Informar y administrar a los/as usuarios/as sobre el cuestionario.
5. Recogida de los cuestionarios.
6. Análisis de la información.

Recomendaciones:

- Formular las preguntas del cuestionario de forma clara, concisa y concreta.
- No diseñar un cuestionario muy extenso, con muchas preguntas.
- Garantizar la confidencialidad y el anonimato en el tratamiento de los datos.

Resultado: Relación de oportunidades de mejora.

Ventajas: Económica, fácil aplicación del cuestionario, puede participar un gran número de usuarios/as y proporciona bastante información.

Inconvenientes y limitaciones: Complejidad en el diseño del cuestionario.

3.2.2. Técnicas y herramientas para priorizar las oportunidades de mejora

Identificadas las oportunidades de mejora, se procederá a la priorización de las mismas. Por ejemplo, entre las oportunidades de mejora detectadas para alcanzar la excelencia en la satisfacción de los/as usuarios/as con diabetes Tipo II, ¿cuáles son las más factibles de llevar a cabo? Como muestra la [tabla IV](#), hay técnicas específicas para ello. A continuación se explica detenidamente cómo el equipo de mejora puede aplicar algunas de las técnicas.

La ordenación simple

Herramienta de mejora de aplicación grupal. Consiste en que un grupo de personas, en base a un criterio establecido, priorizan las oportunidades de mejora.

Objetivo: Priorizar las oportunidades de mejora identificadas.

Participantes: De 6 a 10 personas.

Tiempo: De 45 a 60 min.

Condiciones necesarias:

- Un lugar adecuado que garantice la privacidad de la reunión y la adecuación del espacio para el desarrollo de la técnica.
- Un/a moderador/a con habilidades para liderar la reunión.

Materiales: Bolígrafo, papel, rotuladores, pizarra y agua.

Pautas para su aplicación:

Fase 1. Inicio de la sesión. El/la moderador/a comienza la sesión informando a los/as participantes del objetivo de la sesión y de cómo será la dinámica de trabajo. Posteriormente se abre un espacio de tiempo para que los/as participantes se presenten y pregunten las posibles dudas que puedan tener. El/la moderador/a lee en voz alta la relación de oportunidades de mejora, que deberá estar escrita en la pizarra —en un lugar visible— y abre un turno de preguntas para las posibles dudas; explica el criterio para la priorización; y reparte las cartulinas a los/as participantes. Tiempo aproximado: 10 min.

Fase 2. Priorización individual. Los/as participantes, individualmente y en silencio, puntuarán los ítems de la lista. Por ejemplo, si la lista contiene 7 ítems, se le asignará 7 puntos al ítem que se considere más importante y así sucesivamente hasta puntuar 1 al ítem que se considere menos importante en base al criterio establecido. Para ello el/la moderador/a entregará tantas cartulinas como ítems para que escriban en cada cartulina el ítem con la puntuación correspondiente. Finalizado el proceso, el/la moderador/a recoge las cartulinas y, tras barajarlas para conservar el anonimato e impedir la identificación de patrones en la votación, va anotando en la pizarra las puntuaciones de los ítems y suma la puntuación total de cada ítem. Tiempo aproximado: 15 min.

Recomendaciones:

- Evitar que las personas que hayan terminado interfieran en los/as que no han terminado con la puntuación.
- Definir con claridad y concreción el criterio de priorización.

Fase 3. Discusión de la lista priorizada. El/la moderador/a abre un turno de debate, por turnos, sobre los ítems que han obtenido mayor y menor puntuación con el objetivo de analizar las causas. El/la moderador/a leerá en voz alta los ítems y preguntará si alguien desea aclarar, mostrar acuerdo o desacuerdo, o preguntar algo. Si hay diferencias de opinión, el moderador debe registrarlas. Tiempo aproximado: 25 min.

Fase 4. Priorización final. Los/as participantes vuelven a puntuar los ítems bajo el mismo sistema. El/la moderador/a suma las puntuaciones totales de cada uno de los ítems. Tiempo aproximado: 15 min.

Resultado: Una relación de oportunidades priorizadas.

Ventajas: Fácil de aplicar y requiere poco tiempo.

Inconvenientes y limitaciones: Poca precisión.

Comparación por pares

Herramienta que puede ser aplicada de forma individual o en grupo. Consiste en comparar, dos a dos, todas las oportunidades de mejora para priorizarlas en base a un criterio establecido. Los criterios que más se utilizan son: magnitud, importancia, vulnerabilidad, factibilidad, eficacia y coste.

Objetivo: Priorizar las oportunidades de mejora identificadas.

Participantes: De 6 a 9.

Tiempo: De 45 a 60 min.

Condiciones necesarias:

- Un lugar que garantice la privacidad de la reunión y la adecuación del espacio para el desarrollo de la técnica.
- Un/a moderador/a con habilidades para liderar la reunión.

Material: Bolígrafo, papel, rotuladores, pizarra, agua.

Pautas para la aplicación:

Fase 1. Inicio de la sesión. El/la moderador/a comienza la sesión informando a los/as participantes de los objetivos de la sesión y de cómo será la dinámica de trabajo. El/la moderador/a: 1. Explica cuál es el criterio establecido. 2. Lee en voz alta la relación de oportunidades de mejora. 3. Escribe la matriz de oportunidades en un lugar visible y reparte la matriz de oportunidades en papel a los/as participantes (Fig. 4). Posteriormente se abre un espacio de tiempo para que los/as participantes se presenten y pregunten las posibles dudas que puedan tener. Tiempo aproximado: 15 min.

Recomendaciones:

- Poner la matriz de oportunidades de mejora por escrito, en la pizarra, en un lugar que sea visible.
- Poner el criterio para priorizar por escrito, en la pizarra, en un lugar que sea visible.

Fase 2. Priorización individual. Los/as participantes, individualmente y en silencio, priorizan las oportunidades de mejora, dos a dos, en base al criterio establecido. En la matriz de oportunidades, en la primera fila aparecen las oportunidades de mejora, y en la primera columna las mismas oportunidades pero en orden inverso. Todas las oportunidades de mejora tienen asignada una letra diferente, con el objetivo de que la lectura y escritura sea más ágil. El/la participante deberá priorizar en la celda que intersecciona con las dos oportunidades, la oportunidad que considere más prioritaria. Tiempo aproximado: 15 min.

Recomendación:

- El/la moderador/a debe evitar que las personas que hayan terminado interfieran en la puntuación de los/as que no han terminado.

Fase 3. Puesta en común de la priorización. El/la moderador/a abre un turno para que los/as participantes lean las oportunidades de mejora que han priorizado. Los/as participantes expresan una oportunidad de mejora por turno y así sucesivamente hasta terminar con todas las oportunidades de mejora de la matriz. El/la moderador/a escribe en la pizarra, a la vista de los/as participantes, las respuestas de la matriz de oportunidades. En esta fase los/as participantes se limitan a leer las oportunidades priorizadas sin que sean debatidas. Finalmente, el/la moderador/a anota en la matriz de oportunidades la oportunidad de mejora que haya sido más priorizada y suma el total de las oportunidades priorizadas por los/as participantes (Fig. 5). Tiempo aproximado: 20 min.

Resultado: Relación priorizada de oportunidades de mejora.

Ventajas: Económica, requiere poco tiempo y es relativamente sencilla.

Inconvenientes y Limitaciones: A pesar de ser más precisa que otras técnicas de priorización, su precisión es limitada.

Figura 4. “Matriz de Priorización Individual”

Oportunidad	A	B	C	D	E	F
F	A			D		
E		E	C			
D			D			
C	D					
B						
A						

Figura 5. “Matriz de Priorización Común”

Oportunidad	A	B	C	D	E	F
F	F	B	C	F	E	F
E	A	E	E	E	E	1
D	A	D	C	D	2	
C	D	C	C	1		
B	A		3			
A		1				
	3					

Árbol de decisiones

Herramienta que puede ser empleada de forma individual o grupal. Consiste en establecer un orden en la priorización de las oportunidades de mejora basándose en la combinación de tres criterios establecidos. Los criterios se establecen en formato pregunta y tienen un orden de importancia diferente; el primer criterio tiene mayor importancia que el segundo, el segundo mayor importancia que el tercero y el tercero menor importancia que el primero y el segundo ($C1 < C2 < C3$) (32).

Objetivo: Establecer un orden en la priorización de las oportunidades de mejora.

Participantes: De 6 a 9.

Tiempo: De 45 a 60 min.

Condiciones necesarias:

- Un lugar que garantice la privacidad de la reunión y la adecuación del espacio para el desarrollo de la técnica.
- El/la moderador/a debe tener experiencia en el manejo de la técnica.

Materiales necesarios: Bolígrafos, rotuladores, papel, pizarra y agua.

Pautas para su aplicación:

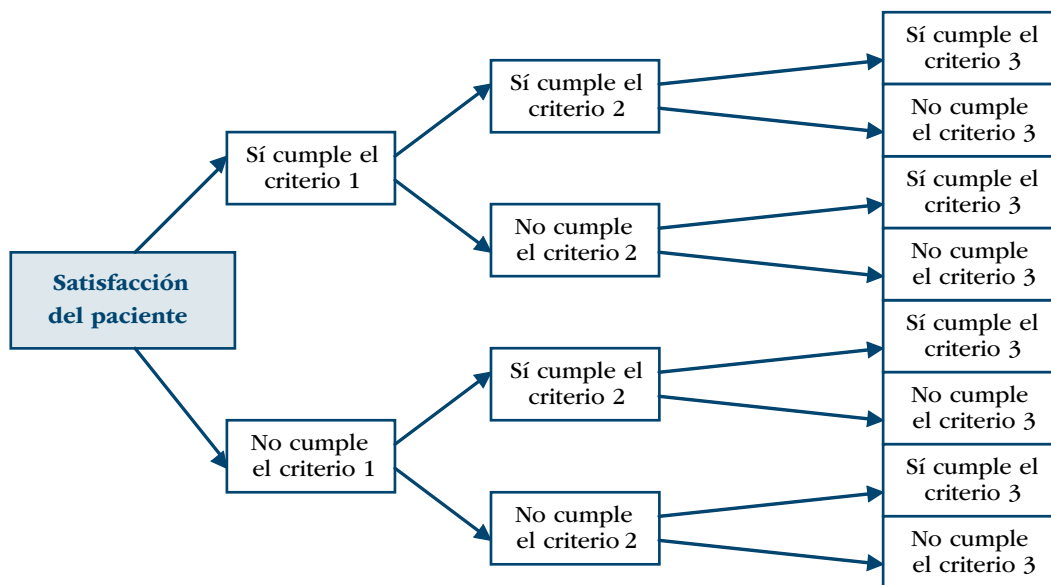
Fase 1. Inicio de la sesión. El/la moderador/a comienza la sesión informando a los/as participantes de cuál es el objetivo de la sesión y cómo será la dinámica de trabajo. En segundo lugar, explica y define los tres criterios establecidos para la priorización de las oportunidades, seguidamente lee las tres preguntas que contiene los criterios y la relación de oportunidades de mejora, que estarán escritas en un lugar visible del aula. El/la moderador/a abre un turno para que se presenten los/as participantes y pregunten las posibles dudas. En tercer lugar el/la moderador/a, a la vista de los/as participantes, escribe la primera oportunidad de mejora en el diagrama de árbol, que deberá estar ubicado en un lugar visible (ver Fig. 6). Seguidamente se reparte en papel el diagrama de árbol de todas las oportunidades de mejora a los/as participantes y se les pide que las prioricen en base a las preguntas establecidas. Tiempo aproximado: 15 min.

Recomendaciones:

- Poner las preguntas de priorización y el diagrama de árbol por escrito, en la pizarra.
- Las preguntas deben estar formuladas de forma clara, concisa y concreta.

Fase 2. Priorización individual. Los/as participantes, individualmente y en silencio, priorizan una a una las oportunidades de mejora en función de las tres preguntas que han sido formuladas por orden de importancia. Para cada oportunidad de mejora hay un diagrama de árbol con las tres preguntas. El participante deberá respetar el orden de las preguntas a la hora de responder, empezar por la primera casilla y así sucesivamente hasta la última casilla, rellenándolas todas. Cada pregunta contiene dos casillas de respuesta: sí y no. Tiempo aproximado: 20 min.

Figura 6. "Árbol de Decisión"



Ejemplo: Oportunidad de Mejora = Satisfacción del paciente.

Criterio 1 = ¿Depende de los/as profesionales?

Criterio 2 = ¿Es un riesgo para el paciente?

Criterio 3 = ¿Afecta a muchos pacientes?

Fase 3. Puesta en común de la priorización. Se abre un espacio de tiempo para que los/as participantes expongan la priorización de las oportunidades de mejora. La exposición se realizará de forma que cada participante exprese una oportunidad de mejora por turno, y así sucesivamente, hasta terminar con todas las oportunidades de mejora. El/la moderador/a escribe en el diagrama de árbol la matriz de oportunidades de la pizarra, a la vista de los/as participantes, las respuestas. En esta fase los/as participantes se limitan a leer las oportunidades priorizadas sin que sean debatidas. Finalmente, el/la moderador/a suma el total de las oportunidades priorizadas por los/as participantes. Tiempo aproximado: 20 min.

Resultados: Un lista priorizada de oportunidades de mejora.

Ventajas: Precisión.

Inconvenientes y Limitaciones: Compleja de aplicar.

3.3. RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS

- V. Delgado, JM., Gutiérrez, J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación ciencias sociales. Ed. Síntesis.
- VI. Valles, M. (1997) Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Ed. Síntesis.

Ejemplos de casos prácticos:

- Rodríguez, C., Millán, A., March, J., Venegas, J. Acuerdos y discrepancias sobre las oportunidades de mejora del servicio de dispensación en atención primaria. Adicciones, 2009.
- Fernández, I. Oportunidades de mejora como herramienta de cambio: Implantación de un sistema de calidad en una miniresidencia. Informaciones Psiquiatría. 2003; 174.

4. ANALIZAR LAS CAUSAS

El objetivo del presente capítulo es explicar al lector/a la segunda fase del ciclo de mejora: el análisis de las causas. Para ello se explica su razón de ser dentro del ciclo de mejora, así como las herramientas para su puesta en práctica.

4.1. IDENTIFICAR PARA ANALIZAR

El objetivo general, en la **segunda fase del ciclo de mejora**, consiste en identificar y analizar las causas que originan los fallos o errores de calidad, en la actividad o servicio, de la organización que se pretende mejorar. En este sentido, la información que se obtiene en esta fase es esencial para posteriormente planificar e implantar medidas y acciones correctoras que sean adecuadas y eficaces en la mejora de los fallos identificados⁷. Ahora bien, hay que tener en cuenta que no todos los fallos o problemas que repercuten en la calidad asistencial presentan la misma complejidad. De tal modo que los problemas pueden (33):

- Requerir una solución inmediata a través de medidas de mejora concretas, claras y factibles.
- Requerir una solución más compleja de tal modo que se necesite realizar un análisis causal más completo para implementar acciones de mejora eficaces.
- Requerir de una solución externa, es decir, de medidas de mejora que no dependen del equipo de mejora.
- No requerir solución, es decir, que no son abordables por el equipo de mejora.

Pero antes de iniciar el análisis causal, el primer paso que tiene que realizar el equipo de mejora para iniciar esta segunda fase del ciclo es: **Delimitar el problema** que concierne a las oportunidades priorizadas. En definitiva, se trata de responder a las siguientes cuestiones: ¿cuál es la situación actual del problema?, ¿cuál es o son los aspectos de la calidad asistencial que se han de mejorar?, ¿cuáles son los procesos que afectan a este problema de calidad asistencial?, ¿cuál es el proceso más relevante que afecta al problema? Al igual que en la primera fase del ciclo, el equipo de mejora empleará una serie de técnicas para delimitar el problema (ver [Tabla V](#)).

Una vez delimitado el problema que se quiere abordar, el siguiente paso será **Analizar las causas** que lo originan. En el campo de calidad, la causa o raíz de un problema se define como “*aquella que si es eliminada podría eliminar o prevenir la ocurrencia del fallo de calidad*” (34). La mayoría de las situaciones mejorables o problemas de calidad suelen tener varias causas, por lo que será infrecuente obtener una sola en el análisis. Pero el análisis causal no sólo da a conocer cuáles son las causas que originan el fallo en la calidad asistencial, si no que también permite medir

⁷ Recomendamos al lector/a la lectura de la reseña: VII

la influencia de ellas en el problema. A través del análisis causal se trata de responder a las siguientes cuestiones: ¿Cuáles son las causas que influyen en el problema?, ¿cuál es el peso de cada causa en el problema? Con el objetivo de obtener información que permita resolver estas cuestiones, el equipo de mejora aplicará unas técnicas específicas (Ver Tabla V).

Finalmente, el tercer paso en esta segunda fase —y fundamental para el posterior diseño de acciones y medidas correctoras— es **Clasificar las causas**. Una vez que se han identificado las causas, el equipo de mejora tiene que determinar cuál es la naturaleza de dichas causas, pues el tipo de acciones o medidas de mejora que se implanten dependerá en gran medida de la naturaleza de ellas. En función de la naturaleza u origen de las causas se establece la siguiente tipología (35):

- *Causas que dependen de los clientes externos*. El nombre ya indica que son causas que dependen del cliente o paciente, donde influyen poco los/as profesionales sanitarios y la organización. Suelen ser causas que dependen del nivel sociocultural, del nivel económico y del estado de salud de la población.
- *Causas que dependen de los/as profesionales*. Suelen ser causas que dependen de la competencia profesional (habilidades comunicativas, conocimientos técnicos, empatía...) o que dependen de la actitud.
- *Causas que dependen de la organización interna*. Suelen ser causas de las que dependen los procedimientos, protocolos de actuación, distribución de responsabilidades y funciones de los/as profesionales, horarios, circuitos y accesibilidad.
- *Causas estructurales*. En muchas ocasiones dependen de recursos materiales.
- *Causas que dependen de la organización externa*. Suelen ser causas que dependen de otro nivel de la organización sanitaria.

Tabla V. “Técnicas para la Segunda Fase del Ciclo”

Técnicas	Delimitar	Analizar	Clasificar
Diagrama Flujos	X	X	X
Diagrama Pareto		X	X
Diagrama Dispersión		X	X
Diagrama Ishikawa			X
Hoja de recogida de datos	X	X	
Gráfico de control	X	X	X
Histograma			X
Diagrama de sectores	X	X	X

4.2. PASOS PARA ANALIZAR

4.2.1. Técnicas y herramientas para delimitar el problema

Al igual que el anterior capítulo de la guía, en este apartado se expone cómo el equipo de mejora debe aplicar una serie de técnicas y herramientas para delimitar el problema. No obstante, en algunas ocasiones no es necesario el empleo de dichas

técnicas, pues hay fallos de calidad que se identifican y delimitan claramente. A continuación se explican detalladamente algunas de las técnicas.

Diagrama de flujos

Herramienta de análisis de datos muy útil para describir el proceso del problema identificado. Consiste, básicamente, en representar gráficamente los flujos de entrada y salida de las actividades, servicios, procedimientos y materiales del proceso del tema de estudio (35).

Objetivo: “Delimitar el proceso del problema identificado”.

Participantes: De 5 a 9 personas.

Procedimiento: El equipo de mejora tiene que:

1. Delimitar el inicio y el final del proceso del tema de estudio.
2. Realizar un esquema general del circuito del proceso.
3. Esbozar un esquema detallado de los pasos del proceso.
4. Identificar los pasos innecesarios y los fallos.
5. Reducir los tiempos de los pasos identificados.

Resultado: Gráfico de las distintas etapas del proceso en el que se ubica el problema y las posibles causas.

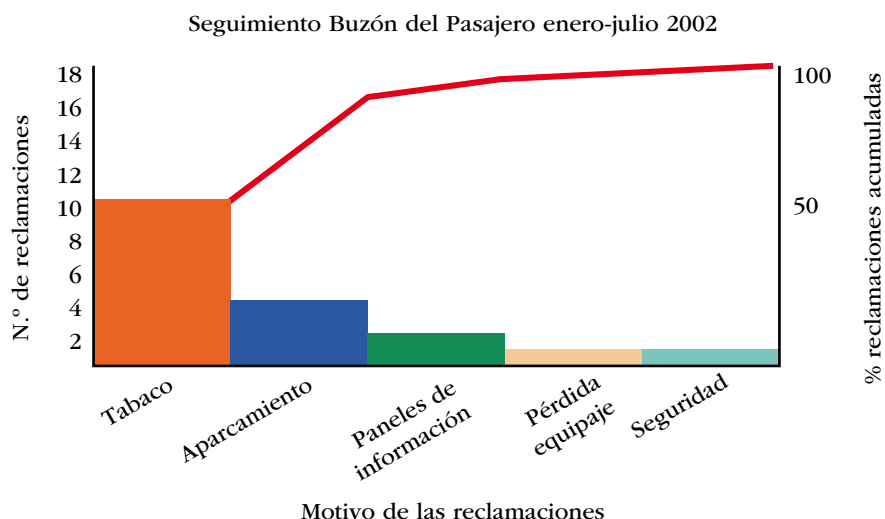
Ventajas: Permite tener una visión global del problema y sus causas.

Inconvenientes y limitaciones: Aplicación compleja.

Diagrama de Pareto

Herramienta de análisis cuantitativo muy útil para delimitar y acotar los problemas. Consiste en organizar la información, a través de un diagrama de barras, del problema de estudio. Técnica que se fundamenta en el principio de Pareto: “*Existen pocos problemas con suficiente magnitud frente a la cantidad de problemas que existen sin importancia*” (36). La representación de los datos en el gráfico permite ver fácilmente las dimensiones del problema, así como establecer un orden de prioridad de las causas identificadas. Ejemplo: satisfacción del paciente y reclamaciones de los/as usuarios/as.

Figura 9. “Diagrama de Pareto”



Objetivo: “Definir el problema relacionado con las oportunidades de mejora priorizadas”.

Procedimiento: El equipo de mejora debe seguir las siguientes pautas:

1. Establecer qué fuentes van a ser empleadas para definir el problema y qué datos, es decir, cuáles son las categorías.
2. Delimitar el intervalo de tiempo del problema que va a ser estudiado.
3. Definir cuál va a ser la unidad de medida; números absolutos, relativos, unidad temporal, coste.
4. Recopilar los datos.
5. Crear base de datos e introducirlos.
6. Tabular los datos: calcular frecuencias.
7. Realizar un diagrama de barra: en el eje horizontal se ponen las categorías de análisis y en el eje vertical las frecuencias, la magnitud del efecto.
8. Trazar el gráfico lineal.
9. Analizar el diagrama.

Resultado: Un gráfico lineal sobre la magnitud de los fallos del problema.

Ventajas: Visión sencilla y rápida sobre la importancia de los problemas. Permite concentrarse en las causas del problema que tienen un mayor impacto.

Inconvenientes y Limitaciones: Requiere conocimientos de estadística y de fuentes de datos.

Hoja de recogida de datos

Instrumento de recogida de información. Consiste en recopilar información a través de una batería de preguntas sobre los aspectos del problema de calidad asistencial a estudiar.

Objetivo: Recoger datos sobre el problema de estudio.

Procedimiento: El equipo de mejora tiene que seguir las siguientes pautas:

1. Establecer una relación de dimensiones y aspectos del problema de estudio sobre las que interesan recoger los datos.
2. Definir y seleccionar la muestra.
3. Diseñar el instrumento: formular preguntas cerradas o abiertas dependiendo de la característica de la dimensión o aspecto de la calidad asistencial a estudiar.
4. Pilotar el instrumento diseñado.
5. Realizar el trabajo de campo: establecer un cronograma para la recogida de datos donde se establezca el intervalo de tiempo para la recogida.
6. Control de calidad: el equipo de mejora debe realizar un control de calidad sobre los datos recopilados.
7. Análisis de la información.
8. Representar gráficamente los resultados: realizar un histograma con los datos obtenidos del análisis.

Recomendación:

- Entrenar a las personas que llevarán a cabo el trabajo de campo.

Resultados: Representación gráfica de la magnitud de los aspectos del problema de calidad.

Ventajas: Visión sencilla y rápida sobre la importancia de los problemas. Permite concentrarse en las causas del problema que tienen un mayor impacto.

Inconvenientes y Limitaciones: El tiempo empleado para la recogida de información depende de los/as participantes.

Figura 10. "Hoja de Recogida de Datos"

HOSPITAL DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Datos sociodemográficos: _____

Años en tratamiento: _____

Aspectos importantes que usted considera para que la atención a su enfermedad sea de calidad: _____

Valoración de esos aspectos en la atención que recibe: _____

De la atención que recibe, qué aspectos mejoraría: _____

Qué impacto tendría en su enfermedad: _____

Puntúe en una escala de 0 a 10 la satisfacción general con la atención recibida: _____

En los últimos 12 meses ha notado algún cambio, para mejor o peor, en la calidad recibida: _____

Indique cuáles: _____

4.2.2. Técnicas y herramientas para analizar las causas

Una vez que se haya delimitado el problema, el equipo de mejora tiene que proceder al análisis causal. A continuación se exponen algunas de las técnicas que hay para ello.

Estratificación

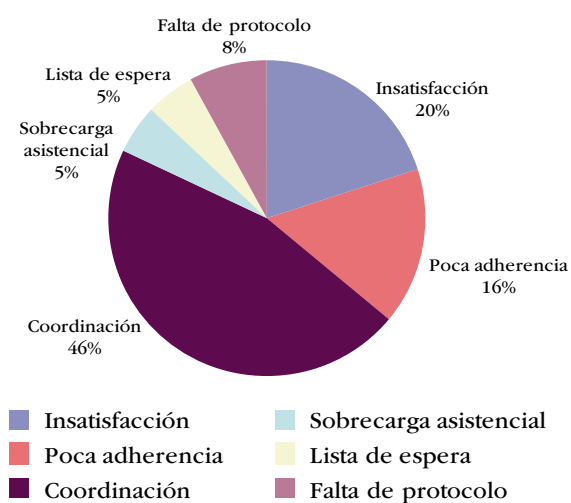
Técnica cuantitativa de análisis de información muy útil para visualizar los aspectos que más influyen en el problema de estudio. A través de fuentes se recaban datos del problema, cuya representación gráfica será a través de un Diagrama de Sectores.

Objetivo: Identificar los aspectos que más influyen en el problema.

Procedimiento:

1. Establecer una relación de las dimensiones y aspectos del problema de estudio sobre las que interesa recoger los datos.
2. Seleccionar las fuentes de recogida de información.
3. Ordenar y clasificar los datos.
4. Representar gráficamente los datos. Ejemplo:

Figura 11. "Diagrama de Sectores"



Resultado: Representación de los aspectos que influyen en el problema.

Ventajas: Fácil y sencillo de aplicar. Permite una primera clasificación de los aspectos.

Inconvenientes y Limitaciones: Simplifica la información.

Diagrama Ishikawa

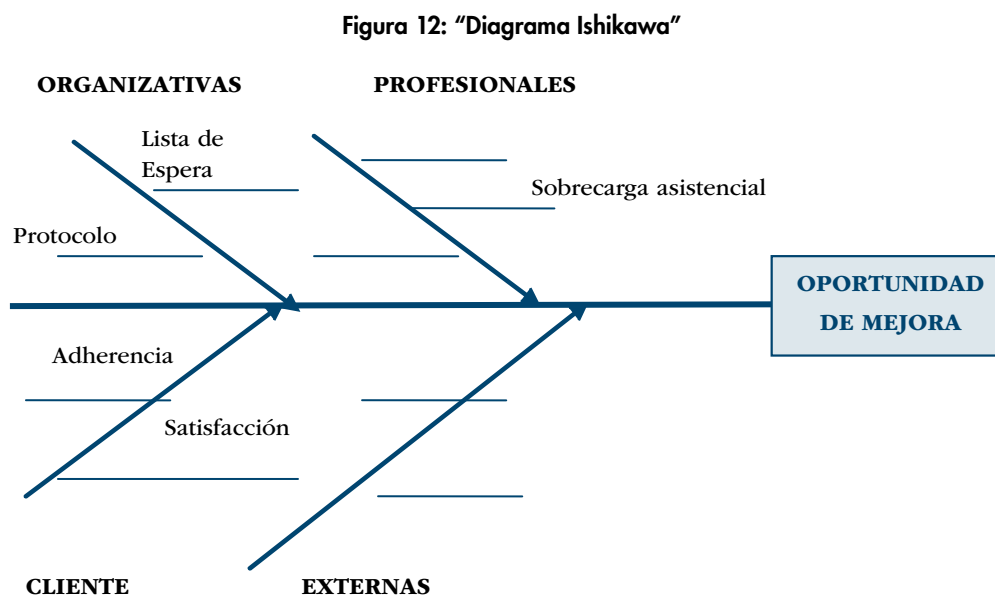
Herramienta de análisis muy útil para organizar la información relativa al problema de estudio, identificando y categorizando las causas que intervienen. También clasifica y relaciona las causas entre sí y con el problema. Es una representación

gráfica sobre la relación de las causas con el problema. Se le conoce como “gráfico de espina de pez” (37).

Objetivo: Identificar la relación entre las causas y el problema.

Procedimiento:

1. Definir el problema de estudio y escribirlo en el rectángulo del gráfico.
2. Identificar las posibles causas, por ejemplo con la técnica lluvia de ideas, identificando no más de seis y no menos de dos.
3. Clasificar las causas según su origen: clientes, organización, externas y profesionales.
4. Colocar los factores identificados en cada causa. Por ejemplo:



Resultado: Gráfico con las causas del problema de estudio.

Ventajas: Ayuda a objetivar los resultados. Simple y rápido de aplicar.

4.3. RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS

- VII. Varo, J. Gestión Estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. 1993. Ed. Díaz de Santos.

5. IMPLANTAR LAS ACCIONES DE MEJORA

El objetivo del presente capítulo es explicar al lector/a la tercera fase del ciclo de mejora: las acciones de mejora. Para ello explicaremos su razón de ser dentro de la cultura de la mejora continua, así como las herramientas para su implantación.

5.1. ANALIZAR LAS CAUSAS PARA MEJORAR

El objetivo general, en la tercera fase del ciclo, consiste en implantar medidas o acciones de mejora que corrijan los fallos del problema que afecta a la calidad asistencial de la organización. De lo que se trata es de buscar las soluciones más eficientes, eficaces, factibles y aceptadas, en base a las cuales diseñar e implementar un plan de acciones de mejora del problema delimitado (33).

Por tanto, el primer paso que el equipo de mejora tiene que dar para poner en marcha esta tercera fase del ciclo es **Identificar todas las posibles soluciones de las causas del problema**. En este proceso de identificación es primordial tener presente la naturaleza de las causas del problema que ha sido delimitado en la fase anterior, de modo que para cada una de las causas del problema se identificarán todas las posibles soluciones. En definitiva, se trata de responder a la siguiente pregunta: ¿cuáles son las posibles soluciones? Al igual que en otras fases del ciclo, el equipo de mejora aplicará una serie de técnicas con el objetivo de obtener información que ayude a responder esta cuestión (ver Tabla VI).

Identificadas todas las posibles soluciones del problema de calidad asistencial que se quiere mejorar, el segundo paso es **Seleccionar las soluciones**. Debido a que es inviable poner en marcha todas las soluciones planteadas, el equipo de mejora ha de priorizar, en base a unos criterios, la relación de soluciones obtenidas. Normalmente los criterios que se emplean para proceder a la priorización son: efectividad, eficacia, factibilidad y aceptación. En definitiva, se trata de responder a la pregunta: ¿Cuáles son las mejores soluciones que pueden implantarse teniendo en cuenta su eficiencia, eficacia, factibilidad y aceptación? Como en las anteriores fases del ciclo, el equipo de mejora aplicará determinadas técnicas para obtener la información que le permita seleccionar las soluciones (ver Tabla VI).

El siguiente y último paso de esta tercera fase del ciclo es **Implementar las acciones de mejora**. Hasta el momento, se ha obtenido una relación por causas de las soluciones más eficaces, eficientes, factibles y aceptadas. En base a esta relación de soluciones, el equipo de mejora tiene que planificar e implementar un plan de acciones que mejore el problema de calidad identificado. Ahora bien, la implantación del plan de acciones no sólo implica al equipo de mejora sino que también requiere del resto de profesionales de la organización en la que su labor profesional atañe al problema de calidad delimitado. Antes de poner en marcha el plan es aconsejable realizar un análisis de las posibles debilidades y fortalezas con el objetivo de obtener

información que facilite la gestión del cambio lo mejor posible. De tal modo que si se conocen cuáles son las debilidades del plan, podrá buscarse alternativas para anticiparse a las dificultades o resistencias que puedan generarse durante el proceso de cambio. Al mismo tiempo, al conocerse las fortalezas del plan de acciones, estas podrán ser reforzadas para que el proceso de cambio sea más efectivo. Una vez que se ha realizado el plan de análisis, el siguiente paso es que los líderes de la organización que han sido elegidos para este proceso de mejora continua, junto con el equipo de mejora, procedan a la implantación del plan de acciones. En este sentido, como en cualquier planificación estratégica de una organización, se recomienda:

- Diseñar un plan de comunicación interna del plan de acciones.
- Establecer un cronograma para la implantación del plan de acciones, en el que los tiempos establecidos para llevar a cabo las acciones de mejora sean reales y factibles.
- Delimitar los objetivos y las funciones de los/as profesionales en el plan de acciones.

La siguiente tabla muestra la relación de técnicas que hay para la puesta en marcha de esta fase del ciclo.

Tabla VI. “Técnicas para Implementar la Tercera fase del Ciclo”

Técnicas	Identificación de soluciones	Selección de Soluciones	Implantar medidas
Brainstorming	X		X
Grupo Nominal	X	X	X
Grupo Focal	X	X	X
Entrevistas	X	X	X
Delphi	X	X	
Cuestionarios	X	X	X
Hoja de análisis soluciones		X	
Priorización por criterios		X	
Matriz de análisis de fortalezas y debilidades			X

5.2. PASOS PARA MEJORAR

5.2.1. Técnicas y herramientas para identificar soluciones

Entre las distintas técnicas que hay para esta fase de identificación suele emplearse, por su fácil aplicación, así como por el tiempo que requiere, el Brainstorming. Dado que esta técnica ha sido explicada con anterioridad, remitimos al lector/a al apartado de la guía 3.2. No obstante, es aconsejable que cuando se aplique dicha técnica en la fase de identificación de soluciones se tenga en cuenta la naturaleza de cada causa. Con el objetivo de identificar soluciones por el mayor número posible de profesionales, se propone emplear en esta fase la administración, por e-mail, de un cuestionario abierto.

Cuestionario abierto

Instrumento cuantitativo. Consiste en recoger información a través de preguntas abiertas sobre las posibles soluciones y acciones de mejora de las causas identificadas del problema. El cuestionario será enviado por correo electrónico a los/as participantes (28).

Objetivo: “Identificar las soluciones de las causas del problema identificado”.

Participantes: El mayor número posible de personas que tengan conocimiento del problema.

Tiempo: De uno a dos meses.

Condiciones necesarias:

— Dirección de correo de los/as participantes.

Procedimiento: El equipo de mejora tiene que:

1. Diseñar un cuestionario con preguntas abiertas que recoja las soluciones de todas las causas identificadas.
2. Pilotar el cuestionario.
3. Seleccionar las personas a las que se les va a remitir el cuestionario.
4. Informar a los/as participantes del objetivo del cuestionario y solicitar su participación.
5. Llevar a cabo el trabajo de campo: administración y recogida del cuestionario.
6. Análisis de la información.

Recomendación:

— Establecer un plazo límite para la recogida del cuestionario.

Resultados: Relación de soluciones por cada causa del problema.

Ventajas: Permite un gran número de participantes.

Inconvenientes y Limitaciones: El tiempo de recogida de información dependerá de los/as participantes. El diseño del cuestionario puede ser complejo.

5.2.2. Técnicas y herramientas para seleccionar soluciones

Hoja de análisis de soluciones

Herramienta de análisis que puede ser aplicada individualmente o en grupo, consistente en ponderar, en base a los criterios de eficacia, efectividad, factibilidad y aceptación, las soluciones identificadas de las causas.

Objetivo: “Ponderar las soluciones del problema identificado”.

Participantes: De 6 a 9.

Tiempo: De 45 a 60 min.

Condiciones necesarias:

- Un lugar que garantice la privacidad de la reunión y la adecuación del espacio para el desarrollo de la técnica.
- Un/a moderador/a con habilidades para liderar la reunión.

Material: Bolígrafo, papel, rotuladores, pizarra, agua.

Figura 13. “Hoja de Análisis de soluciones”

Causa	Solución	Acciones	Efectividad	Eficacia	Factibilidad	Aceptación	Total

Pautas para la aplicación:

Fase 1. Inicio de la sesión. El/la moderador/a comienza la sesión informando a los/as participantes de los objetivos de la sesión y de cómo será la dinámica de trabajo. El/la moderador/a:

1. Explica la matriz de análisis de soluciones, haciendo hincapié en la definición de los cuatro criterios.
2. Lee en voz alta cada causa con la relación de soluciones correspondientes.
3. Explica el procedimiento de ponderación. Cada una de las acciones de mejora serán puntuadas en base a los criterios en un escala de 1 a 4, siendo 1. Muy efectivo o eficaz o factible o aceptado; 2. Efectivo o eficaz o factible o aceptado; 3. Poco eficaz o eficiente o factible o aceptado y 4. Nada eficaz o eficiente o factible o aceptado.
4. Reparte la hoja de análisis a cada participante.

Posteriormente se abre un espacio de tiempo para que los/as participantes se presenten y pregunten las posibles dudas que puedan tener. Tiempo aproximado: 20 min.

Recomendaciones:

- Poner la matriz de soluciones por escrito, en la pizarra, en un lugar visible.
- Poner los criterios por escrito, en la pizarra, en un lugar visible.

Fase 2. Ponderación individual. Los/as participantes, individualmente y en silencio, escriben la puntuación de las soluciones, en base a cada uno de los criterios, de cada causa en la matriz de análisis. Tiempo aproximado: 20 min.

Fase 3. Puesta en común de la ponderación. El/la moderador/a abre un turno para que los/as participantes lean la ponderación de las soluciones. Los/as participantes expresan una ponderación de la solución por turno y así sucesivamente hasta terminar con todas las soluciones de mejora de la matriz. El/la moderador/a escribe en la hoja de análisis, a la vista de los/as participantes, cada puntuación. En esta fase los/as participantes se limitan a leer la ponderación que han otorgado a las soluciones sin debatir. Finalmente el/la moderador/a suma el total de las puntuaciones individuales. Tiempo aprox: 15 min.

Resultado: Una relación ponderada en base a criterios de las soluciones planteadas.

Ventajas: Fácil aplicación, requiere de poco tiempo y de pocas habilidades de el/la moderador/a para liderar la reunión y precisión.

Limitaciones e Inconvenientes: Poca generalización.

5.2.3. Técnicas y herramientas para implementar el plan de acciones

Hoja de análisis de debilidades y fortalezas

Herramienta de recogida de información sobre las fortalezas y debilidades de las acciones de mejora seleccionadas.

Objetivo: “Identificar las debilidades y fortalezas del plan de acciones”.

Participantes: De 6 a 9.

Tiempo: De 45 a 60 min.

Condiciones necesarias:

- Moderador/a con habilidades para aplicar la técnica.
- Lugar adecuado para la aplicación de la técnica.

Material necesario: Bolígrafos, papel, pizarra, agua.

Pautas de aplicación:

Fase 1. Inicio de la sesión. El/la moderador/a comienza la sesión informando a los/as participantes de los objetivos de la sesión y de cómo será la dinámica de trabajo. El/la moderador/a:

1. Explica la matriz de análisis de fortaleza y debilidades.
2. Lee en voz alta las soluciones con sus acciones de mejora correspondientes.
3. Reparte la hoja de análisis a cada participante. Posteriormente se abre un espacio de tiempo para que los/as participantes se presenten y pregunten las posibles dudas que puedan tener. Tiempo aproximado: 15 min.

Recomendaciones:

- Aclarar los términos de debilidades y fortalezas.
- Poner la matriz de análisis por escrito, en la pizarra, en un lugar que sea visible.

Figura 14. “Hoja de Análisis”

Soluciones	Acciones previstas	Debilidades	Fortalezas

Fase 2. Identificación de debilidades y oportunidades. Los/as participantes, individualmente y en silencio, escriben las debilidades y fortalezas que identifican para la puesta en marcha de cada acción de mejora. Tiempo aproximado: 20 min.

Fase 3. Puesta en común. El/la moderador/a abre un turno para que los/as participantes lean las debilidades y fortalezas de las acciones de mejora. Los/as participantes por turnos expresan para cada acción de mejora las debilidades y fortalezas correspondientes y así sucesivamente hasta terminar con todas las acciones de mejora de la matriz. El/la moderador/a escribe en la hoja de análisis, a la vista de los/as participantes, las debilidades y fortalezas. En esta fase los/as participantes se limitan a leer la ponderación que han otorgado a las soluciones sin debatir. Finalmente el/la moderador/a suma el total de las puntuaciones individuales. Tiempo aproximado: 20 min.

Resultado: Una relación de las debilidades y fortalezas de las acciones de mejora.

Ventajas: Fácil de aplicar, requiere de poco tiempo.

Limitaciones e inconvenientes: Poca generalización.

5.3. RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS

- VIII. Periañez, I., De La Peña, J. I. (2005). De las Acciones de Mejora a la Acreditación. Documento de Trabajo presentado al VII Foro de Almagro: Criterios y Directrices para la Garantía de la Calidad de las Universidades en el EEES. Universidad Castilla-La Mancha. Ciudad Real.
- IX. Martínez Fernández, J. (2002). Factores que influyen en la prescripción de benzodiazepinas y acciones para mejorar su uso: un estudio Delphi en médicos de atención primaria. Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria, 30(5), 297-303.

6. EVALUAR LA MEJORA

El objetivo del presente capítulo es explicar al lector/a la última fase del ciclo de mejora: **Evaluar la mejora**. Para ello se explicará la razón de ser dentro de la cultura de la mejora continua y cómo llevarla a la práctica.

6.1. MEJORAR PARA EVALUAR

La cuarta fase del ciclo consiste en **evaluar la mejora** que se ha obtenido en el problema de calidad asistencial definido en la segunda fase del ciclo. Con otras palabras, se trata de conocer cuánto es de eficaz, en términos de mejora, el plan de acciones que se ha implementado en la fase anterior del ciclo de mejora.

La evaluación de la mejora se realiza a través del establecimiento de un sistema de monitorización periódico que permita el seguimiento prospectivo del aspecto de calidad asistencial a mejorar. De modo que el primer paso que el equipo de mejora tiene que dar para llevar a cabo esta última fase es: **Definir y establecer el sistema de monitorización**. Un sistema de monitorización consiste en instaurar parámetros de medida del nivel de calidad del problema que se pretende mejorar y que, tras su seguimiento prospectivo, proporcionará información cuantitativa sobre los cambios producidos (38). Normalmente se utilizan, como parámetros de medida del cambio del aspecto a mejorar, indicadores. Según Miralles, un indicador es una medida cuantitativa que se establece para monitorizar y evaluar los aspectos importantes de la calidad asistencial (33).

A la hora de establecer el sistema de monitorización, el equipo de mejora tiene que tener en cuenta que este cumpla con dos características básicas: **Efectivo y completo**. Un sistema de monitorización efectivo significa que los indicadores que se han establecido miden con fiabilidad el problema de la calidad asistencial en el que se ha intervenido, y completo significa que el espectro de indicadores establecidos abarcan los distintos aspectos del problema de calidad asistencial. De modo que, para que un sistema de monitorización cumpla con estas dos características, es esencial diseñar adecuadamente los indicadores. La Joint Commission recomienda seguir el siguiente esquema para la construcción de indicadores (39):

1. Enunciado del indicador.
2. Definición de términos.
3. Identificación del tipo de indicadores.
4. Base del razonamiento.
5. Descripción de la población.
6. Fuente de los elementos de los datos.
7. Factores responsables.
8. Bases de datos existentes.

Este esquema será desarrollado en el apartado siguiente de la guía.

En definitiva, se trata de diseñar un sistema de monitorización que permita el seguimiento y la evaluación de la mejora del aspecto de la calidad asistencial de la organización en el que se ha intervenido, es decir, debe responder a las preguntas: ¿Qué aspectos han mejorado?, ¿cuáles son las medidas del plan de acciones que hay que mantener y cuáles no? Además, a su vez, este sistema de monitorización también ofrece información sobre futuras oportunidades de mejora de la calidad asistencial.

Finalmente, una vez que se ha llevado a cabo la cuarta fase del ciclo, un elemento importante en este proceso de mejora y de cambio organizacional es **Comunicar los resultados, en términos de mejora alcanzada y por alcanzar**⁸. Para ello el equipo de mejora deberá elaborar un plan de comunicación interna de los resultados en cuanto a la mejora obtenida y por obtener en la organización. Antes de proceder a comunicar los resultados, será de gran utilidad realizar un informe ejecutivo que recoja todo el proceso de mejora llevado a cabo, así como las debilidades y fortalezas del mismo.

Aunque la puesta en marcha del plan de comunicación, estrictamente, se encuentra fuera de la metodología del ciclo de mejora, es un elemento importante que no debe descuidarse en el plan estratégico del proceso de cambio cultural hacia la mejora continua de la organización. Elaborar una buena estrategia de comunicación interna puede ayudar a disminuir las resistencias al cambio en la organización, así como aumentar la participación y el apoyo en la implantación del proceso de mejora continua. De modo que para ello han de contemplarse en la elaboración del plan de comunicación los cuatro elementos clásicos que determinan el proceso de comunicación: los emisores y receptores, los canales y flujos, el mensaje y el contexto (40).

6.2. PASOS PARA EVALUAR

Como se ha comentado anteriormente, la mejora será evaluada a través de un sistema de monitorización. Para ello el equipo de mejora procederá al diseño de indicadores del aspecto de la calidad asistencial en el que se ha implementado un plan de acciones, con el objetivo de aumentar la efectividad y utilidad del mismo. En definitiva, se trata de transformar las causas de los fallos del aspecto de la calidad asistencial, que fueron identificadas en la tercera fase del ciclo, en criterios de buena práctica clínica a través del seguimiento de indicadores.

6.2.1. Diseño de indicadores

En este apartado de la guía se explican los pasos a seguir, según la Joint Commission, en el diseño de indicadores. En la [figura 15](#) se muestra el formulario recomendado para la elaboración de indicadores (39).

⁸ Recomendamos la lectura de la reseña X.

Figura 15. “Formulario para el desarrollo de un indicador clínico”

I. Indicador	Elementos de datos	Fuentes de datos												
<p>II. Definición de términos Definir los términos contenidos en el indicador que puedan ser ambiguos o necesiten mayor explicación para objetivos de recopilación.</p>	<p>A. B. C. D. E.</p>													
<p>III. Tipo de Indicador A. Indicar si el indicador es: 1. De suceso centinela (todos los sucesos justifican una investigación). 2. Indicador basado en índices (hay una valoración posterior si la tasa de incidencia muestra una tendencia significativa, excede umbrales predeterminados o indica diferencias significativas cuando se compara con instituciones similares). B. Indicar si este indicador se dirige principalmente a: 1. Un proceso asistencial. 2. Un resultado.</p>	<p>VII. Factores subyacentes Factores no incluidos en el indicador que pueden explicar índices significativos o la actividad del mismo. Debe valorarse cada factor según la importancia relativa para la interpretación de los datos del indicador. A. Factores de paciente (factores fuera del control de la organización sanitaria que contribuyen a los resultados del paciente). 1. Gravedad de la enfermedad (factores relacionados con el grado o fase de la enfermedad anterior al tratamiento). 2. Condiciones de comorbilidad (factores de enfermedad, no intrínsecos de la enfermedad primaria, que pueden tener un impacto en la adaptabilidad del paciente, tolerancia, diagnóstico o asistencia terapéutica). 3. Otros factores de paciente (factores ajenos a la enfermedad que pueden tener un impacto en la asistencia, como la edad, sexo, negativa a dar consentimiento). 4. Factores relacionados con los riesgos: Identificar cuáles de las causas subyacentes anteriores pueden considerarse como factores relacionados con los riesgos y los respectivos datos que definen los factores y fuentes de datos.</p>													
<p>IV. Fundamento A. Explicar por qué es útil el indicador y el proceso específico o resultado que se controlará. B. Referencias de apoyo (identificar las fuentes de información utilizadas para desarrollar el fundamento anterior). C. Identificar los componentes de asistencia al paciente valorados por este indicador: 1. Algo importante 2. Importante 3. Muy importante 4. Esencial 5.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="810 1160 991 1182">Factor subyacente</th> <th data-bbox="1075 1160 1126 1182">Dato</th> <th data-bbox="1225 1160 1299 1182">Fuente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="810 1193 826 1216">a.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="810 1227 826 1249">b.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="810 1261 826 1283">c.</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Factor subyacente	Dato	Fuente	a.			b.			c.			
Factor subyacente	Dato	Fuente												
a.														
b.														
c.														
<p>V. Descripción de la población del indicador A. Subcategorías (identifican las subpoblaciones de pacientes en que se separarán los datos del indicador para el análisis). B. Lógica del indicador (describe la secuencia de adición de datos que identificarán a los pacientes valorados por el indicador). C. Formato de datos del Indicador (define la manera en que el indicador expresará los datos: 1. Formato de indicador basado en índices: a) Numerador b) Denominador 2. Formato de indicador de suceso centinela.</p>	<p>5. Si alguno de los factores subyacentes se usa para definir al propio indicador, y en consecuencia se añade a la definición del indicador, debe subrayarse de manera clara. B. Factores ajenos a los pacientes (factores dentro del control de la organización sanitaria o áreas problemáticas que provocan la actividad del indicador). 1. Factores médicos (factores relacionados con los médicos específicamente, enfermeras y terapeutas respiratorias). 2. Factores basados en la organización (factores relacionados con la organización sanitaria que contribuyen a aspectos específicos de la asistencia al paciente o a la capacidad general de los asistentes directos a proporcionar los servicios).</p>													
<p>VI. Fuentes de elementos de los datos Hacer una lista de los datos que se recogerán (por ejemplo, código ICD-9-CM) y las fuentes de documentación más probables, de las enumeradas en el Apéndice A (por ejemplo, informe de anestesia) para cada elemento de dato enumerado a la izquierda.</p>	<p>VIII. Bases de datos existentes ¿Hay Investigaciones o datos clínicos operativos a partir de los que se puedan establecer y verificar los índices de incidencia del Indicador y/o la variante institucional?</p>													

Fuente: Joint Commission

6.2.1.1. Enunciado del indicador

El punto de partida en el diseño de todo indicador es el enunciado del mismo. El enunciado de un indicador, grosso modo, describe y expresa un suceso relacionado con el aspecto de la calidad asistencial que se va a valorar. Por ejemplo, si se quiere valorar el proceso asistencial de la diabetes, un indicador podría ser: pacientes diabéticos a los que se les ha realizado al menos una auscultación cardiaca. Concretamente, el enunciado de un indicador contiene lo que se conoce por numerador y denominador de un suceso de la actividad asistencial que se quiere evaluar. En líneas generales, se dice que el numerador es la población a la que le ocurre dicho suceso, mientras que el denominador es la población que está expuesta al suceso, independientemente de que le ocurra o no. Por ejemplo, para el caso anterior el numerador sería el número de pacientes diabéticos a los que se les ha realizado una o más auscultaciones cardiacas y el denominador el número de pacientes diabéticos.

Al expresar el enunciado de un indicador ha de tenerse en cuenta la claridad del mismo, pues ello influye en la consistencia del indicador, y por lo tanto en la fiabilidad del mismo. De ahí que la Joint Commission establezca las siguientes consideraciones (39):

- El enunciado de todo indicador debe ir en plural.
- Los indicadores son sucesos y el enunciado del indicador debe reflejarlo.

Por otro lado también hay que tener en cuenta que los enunciados de los indicadores pueden variar en su complejidad. Por ejemplo: Pacientes diabéticos con tratamiento X a los que se les ha realizado al menos una auscultación cardiaca y han sufrido un episodio cardiaco. De modo que los enunciados pueden ser (39):

- Simples: aquellos enunciados cuyos términos contienen pocos atributos y condiciones. Ejemplo: pacientes en los que ha fracasado la angioplastia coronaria transluminal percutánea ACTP.
- Complejos: aquellos enunciados cuyos términos contienen muchos atributos y condiciones. Ejemplo: mortalidad postoperatoria de pacientes sometidos a procedimientos de bypass aortocoronario CABG aislados con los subgrupos 1). Procedimientos primarios y subsiguientes y 2). Procedimientos electivos y de emergencia.

Por tanto, el primer paso que el equipo de mejora realizará es enunciar los indicadores del aspecto de la calidad asistencial en el cual se implanta un plan de acciones de mejora.

6.2.1.2. Definición de términos

El segundo paso es definir los términos que contiene el enunciado del indicador. Básicamente consiste en acotar y especificar los atributos del suceso de la actividad asistencial que se pretende valorar, es decir explicitar los criterios para la medición del suceso. De modo que cualquier profesional u organización puede conocer con precisión cómo ha sido medido el suceso y proceder a la comparación de sus resultados con los de otras organizaciones que han definido el suceso con los mismos términos. En este sentido se recomienda, siempre que sea posible, utilizar indicadores que hayan sido empleados con anterioridad por otras organizaciones, como por ejemplo los indicadores definidos por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (42).

La precisión en la definición de los términos es primordial para garantizar la validez, sensibilidad y especificidad de un indicador. La validez, sensibilidad y especificidad son las características que determinan la utilidad de un indicador como instrumento de medida. Se dice que un indicador es válido cuando mide lo que pretende medir, sensible cuando detecta todos los casos posibles del suceso, independientemente de la magnitud del mismo, y específico cuando identifica sólo los casos del suceso. De modo que, para que un indicador reúna estas características, es esencial acotar con exhaustividad y precisión los términos del indicador. Así, siempre que sea posible, en la definición de los términos suele emplearse la terminología de los códigos ICD-9-CM, clasificación de comorbilidades por AHRQ. Por ejemplo, los términos a definir en el caso anterior serían pacientes diabéticos y auscultación cardíaca, según los códigos ICD-9-CM.

La Joint Commission establece la siguiente consideración (39):

- El orden que aparece en la definición de los términos del “Formulario de desarrollo del indicador clínico” debe exponerse en el mismo orden que aparece en la definición del indicador.

6.2.1.3. Identificación del tipo de indicadores

El tercer paso es identificar el tipo de indicadores. Los indicadores pueden clasificarse atendiendo a la gravedad y al tipo de suceso que miden (39). En función de la gravedad del suceso se establecen dos tipos de indicadores: los indicadores de registro de sucesos o centinela y los indicadores basados en índices. Los indicadores denominados de sucesos o centinela son aquellos que miden un suceso grave, indeseable y a menudo evitable. A pesar de tener una incidencia en el tiempo pequeña, es tal la gravedad del suceso que ello implica la puesta en marcha de una revisión de casos (39). Por ejemplo, un indicador centinela sería pacientes diabéticos que fallecen por un episodio cardíaco. Por el contrario, los indicadores basados en índices son aquellos que miden un suceso de la actividad asistencial que, por pequeños que sean los valores obtenidos, no pone en alerta la asistencia sanitaria dada. En este caso, tan solo se requiere la revisión de casos cuando los valores obtenidos a lo largo del tiempo pasan los umbrales de normalidad o aceptación, o cuando son significativamente mayores que los valores obtenidos en otra organización.

La segunda clasificación de indicadores se establece en función del tipo de suceso que miden, es decir, según midan un resultado o proceso asistencial. Los indicadores de resultados miden lo que le ocurre al paciente después de haber recibido algún tipo de asistencia médica. Por ejemplo: niveles de glucosa X en pacientes diabéticos tras el periodo de inducción de la dosis del fármaco prescrito. En este sentido los indicadores de resultados pueden ser deseables, cuando miden un resultado de la asistencia que es esperado, y no deseables, que serían aquellos que miden lo opuesto del indicador anterior. Por el contrario, los indicadores de procesos miden sucesos de la actividad asistencial proporcionada al paciente. Normalmente los indicadores de proceso suelen medir aquellos aspectos claves o más importantes del proceso asistencial. Por ejemplo: pacientes diabéticos a los que se les ha realizado al menos una auscultación cardíaca.

6.2.1.4. El fundamento

El cuarto paso es fundamentar el indicador. Generalmente los indicadores, ya sean de resultado, proceso, centinela o de índice, deben estar fundamentados en: las

guías de práctica clínicas, recomendaciones de expertos/as y la evidencia científica. De modo que, documentándose en las fuentes mencionadas anteriormente, hay que fundamentar el porqué del indicador y de su utilidad. Ello ayudará a entender e interpretar los valores obtenidos, así como a compararlos.

6.2.1.5. Descripción de la población del indicador

El quinto paso es describir la población, concretamente la que constituye el numerador y el denominador del indicador. Dependiendo de si el indicador es simple o complejo, la descripción de las poblaciones estará sujeta, en mayor o menor medida, a las condiciones y atributos de los enunciados. Por ejemplo, en indicadores complejos las poblaciones a definir suelen ser subcategorías de poblaciones. La definición de la población del indicador es esencial para garantizar la especificidad del indicador.

6.2.1.6. Fuente de elementos de los datos

El sexto paso consiste en desagregar los términos definidos del indicador en los distintos elementos sobre los que habrá que recabar información para valorar el suceso. De modo que el equipo de mejora tiene que listar todos los elementos de recogida de información que contiene el indicador, y las distintas fuentes de datos que van a emplearse para recoger dicha información (Ver Fig. 15). En cuanto a las fuentes de datos, suelen emplearse fuentes de datos de la organización, como la historia clínica, registro de datos de los servicios asistenciales, partes de urgencias, encuestas de usuario/as, reclamaciones, etc. o fuentes elaboradas específicamente para la recogida de información del indicador.

6.2.1.7. Factores subyacentes

Antes de proceder a la recogida de información y por consiguiente a la valoración de los resultados del indicador, el equipo de mejora tiene que identificar todos aquellos factores que pueden intervenir en los resultados del suceso de la actividad asistencial que va a valorarse. A grandes rasgos, se establece que en los resultados de un indicador intervienen:

- Factores que dependen del paciente: pueden ser desde factores endógenos a la propia enfermedad que padece (gravedad, enfermedades concomitantes...) hasta factores que dependen del paciente, como las variables sociodemográficas.
- Factores que dependen del médico.
- Factores que dependen de la organización asistencial.

6.2.1.8. Bases de datos existentes

El último paso es identificar todas las posibles bases de datos de la organización relacionadas con el suceso que se quiere valorar.

6.3. RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS

- X. Aguilera, J., Camacho, N. Gerencia Integral de Comunicaciones. Editorial Ecoe 2008.

7. CÓMO SEGUIR MEJORANDO

Este último capítulo de la guía recomienda el modelo EFQM de autoevaluación para seguir caminando hacia la consecución de la excelencia.

7.1. RECOMENDACIONES PARA SEGUIR MEJORANDO

Dado que está fuera del propósito de esta guía esbozar y desarrollar un modelo de autoevaluación, este apartado tan solo pretende dar claves de cómo seguir mejorando la calidad asistencial en nuestra organización sanitaria. No debe olvidarse que el objetivo último del enfoque de mejora continua es **alcanzar la excelencia sostenida o la calidad total**.

Una vez que se ha implantado y llevado a cabo el ciclo de mejora continua, se recomienda al lector/a **el modelo EFQM de autoevaluación** para seguir avanzando en la mejora de la calidad asistencial por la senda de la excelencia.

La **autoevaluación** es definida por la EQFM como “*el proceso que permite a la organización diferenciar claramente sus puntos fuertes de las áreas donde pueden introducirse mejoras (7)*”. En definitiva el proceso de autoevaluación evidencia las áreas de mejora de la organización, en concreto las oportunidades de mejora que siguen existiendo para alcanzar la excelencia en calidad asistencial.

En síntesis, al aplicar este proceso de autoevaluación, las organizaciones sanitarias tienen la oportunidad de: aprehender sus puntos fuertes y débiles; qué significa la “excelencia” para ellas; conocer la distancia que ha recorrido la organización en el camino hacia la excelencia, cuánto le queda todavía por recorrer y cómo se compara con otras organizaciones (7).

BIBLIOGRAFÍA

1. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO). En: <http://www.jointcommission.org>.
2. Masaaki, Imai. *Cómo implementar el Kaizen en el sitio del Trabajo*. 1998. Mac Graw-Hill.
3. Juran, JM. *Conceptos básicos*. En: Juran JM, Gryma FM, Bringham JR, editores. *Manual de control de la calidad*. 2ª ed. Barcelona: Reverté; 1990.
4. International Organization for Standardization (ISO). En: http://www.iso.org/iso/search.htm?qt=840&published=on&active_tab=standards.
5. Valerie, A., Zeithaml, A., Parasuraman. 1993. *Calidad Total en la Gestión de los Servicios. Cómo lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores*. Díaz de Santos.
6. European Foundation for Quality Management (EFQM). *Conceptos Fundamentales de la Excelencia*. 2003. EFQM.
7. European Foundation for Quality Management (EFQM). *Introducción a la Excelencia*. 2003. EFQM.
8. Bohigas, L. *La Política de Calidad en el Sistema Nacional de Salud*. *Rev. Calidad Asistencial* 2001;16:476-518.
9. Miralles, JD. *Comparativa de tres modelos de gestión de calidad: EFQM, ISO, JCAHO*. *Temas a debate. Fondo Monetario Internacional*, 2007; 14(6): 304-8.
10. Pérez Lázaro JJ. *Introducción conceptual del concepto de calidad*. EASP. En: <http://campus.easp.es/course/view.php?id=62>.
11. Castells, M. *La era de la información*. 1998. *Economía, Sociedad y Cultura*. Vol.1. La sociedad red. Alianza Editorial.
12. Masaaki, I. *KAIZEN. La Clave de la ventaja competitiva japonesa*. 1989. CECSA.
13. Berwick, D. *Continuous improvement as an ideal in health care*. *New England Journal Medicine*. 1989. Vol. 320, 1: 53-56.
14. Laffel, G., Blumenthal, D. *The case for using industrial quality management science in health care organization*. *JAMA*, 1989; 262:2869-73.
15. Shortell, S., Bennett, C., Byck, G. *Assesing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: What it will take to accelerate progress*. *Milbank Q.*, 1998: 76: 593-624.
16. Colton D. *Quality improvement in health care. Conceptual and Historical Foundations Evaluation*. 2000.
17. Mon Pan de Soraluze, S. *El liderazgo como motor de la gestión de la calidad*. *Rev. Calidad Asistencial*, 2002; 17 (7): 411-29.
18. Miralles, J., Revuelta, E. *Grupos de mejora para elevar la calidad de los equipos de atención primaria. Cuadernos de Gestión para el profesional de la atención primaria* 1996; 2 (1).
19. Maguerez, G., Erbault, M., Terra, J., *Evaluation of 60 continuous quality improvement projects in Frech hospital*. *International Journal for Quality in Health Care* 2001; 13: 89-97.
20. Chan YC, Ho SJ. *Continuos quality improvement: A survery of American and Canadian healthcare executive*. *Hosp Health ServAdm* 1997; 42:525-44.
21. Deming, WE. 1989. *Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
22. *Procesos de mejora continua*. Documento interno. Federación Española de Municipios y Provincias.
23. Vouri, H. *El control de Calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología*, SG- Masson. 1998; 37-102.
24. Palmer, R. *Considerations in defining quality of health care*. Health Administration Press, 1991:1-53.
25. Hang, RY. y Niedzwiecki, ME. 1999. *Las herramientas para la mejora continua de la calidad*. Vol. I. Barcelona: Ediciones Granica.
26. Pérez, C. *¿Deben estar las técnicas de consenso incluidas entre las técnicas de investigación cualitativa?* *Rev. Esp. Salud Pública*.2000; 4(74):319-21.

27. Machado, A. 1999. La gestión de calidad total en la administración pública. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
 28. Tudor, R. Técnicas de grupo basadas en las prácticas y principios del brainstorming. En: Creatividad, análisis y solución de problemas empresariales. Bilbao: Deusto; 1997.
 29. Peiró, S. El grupo nominal en el entorno sanitario. Quaderns 1. Institut Valencia d Estudis en Salut Publica (IVESP).1994. Atención primaria, 2000.
 30. García Calvente, MM., Mateo, I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud. Diseño y puesta en práctica. Atención Primaria, 2000; 25(3): 115-122.
 31. El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación. García Ferrando y Jesús Ibáñez. Compilación. Madrid: Alianza. 1990.
 32. Vélez, I. Sequential decisions, decisión trees. Working paper series, 2003; 20.
 33. Miralles, J. La gestión de la calidad. EASP. En: <http://campus.easp.es/course/view.php?id=62>.
 34. Ruiz, P., Salinas, C., Alcalde, J. Análisis causa raíz una herramienta útil para la prevención de errores. Calidad Asistencial, 2005; 20 (2):71-8.
 35. Consuelo D. La mejora continua de la calidad de los servicios de salud: los gráficos de control estadístico de proceso. Papeles de Gestión. Volumen I. MCQ Ediciones, Valencia.
 36. Kume, K. Herramientas estadísticas básicas para el mejoramiento de la Calidad. Serie de Desarrollo gerencial. Barcelona: Parragón-Norma, 1992.
 37. Ishikawa, K. Guía de Control de Calidad. New Cork: Unipub, 1985.
 38. Donabedian, A. Una aproximación a la monitorización de la Calidad. Control de Calidad Asistencial 1991; 6:31-39.
 39. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO). Primer on Indicator Development and application. Measuring quality in health care. Chicago: JCAHO, 1990.
 40. Antoñanzas, A., Magallón, R. Medición de la calidad: criterios, normas, estándares, requisitos, indicadores. En Saturno PJ, Gascón JJ, Parra P. Calidad asistencial en atención primaria. Madrid: Du Pont Pharma. 1997.
-