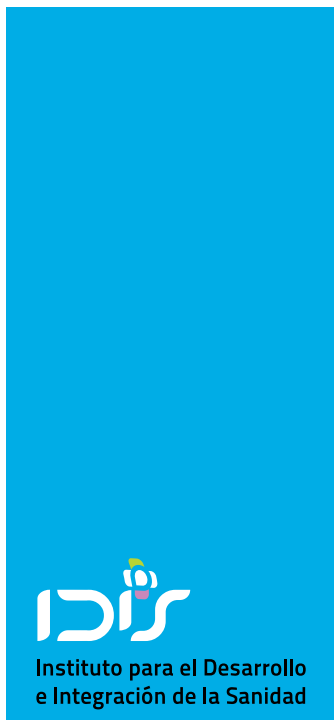


Sistema de Reconocimiento a la **Calidad Asistencial**



INDICADOR SINTÉTICO DE CALIDAD

con la colaboración de



Índice

PRESENTACIÓN	4
1. INTRODUCCIÓN Y CONTEXTO	7
2. OBJETIVOS	15
2.1. Objetivos	16
2.2. Factores clave para el cumplimiento de los objetivos deseados	16
3. MATERIAL Y MÉTODO	19
3.1. Análisis de fuentes de datos	20
3.2. Desarrollo metodológico	21
3.2.1. Etapa 0: Lanzamiento del proyecto	22
3.2.2. Etapa 1: Análisis y formulación	22
3.2.3. Etapa 2: Método Delphi	23
3.2.4. Etapa 3: Desarrollo del Indicador Sintético de Calidad	25
4. RESULTADOS	29
4.1. Revisión de la literatura	30
4.2. Reclutamiento de los panelistas	31
4.3. Elaboración del Cuestionario	32
4.4. Desarrollo del Delphi	35
4.5. Explicación de los resultados alcanzados en la primera y segunda ronda	38
4.6. Ponderación de cada una de las Áreas y Dimensiones	42
4.7. Construcción del Indicador Sintético de Calidad	44
4.7.1. Valor de los coeficientes α_i y β_i	44
4.7.2. Valor de cada dimensión (rangos posibles)	45
4.7.3. Cálculo del ISC	45
4.8. Validación de la construcción del Indicador Sintético de Calidad	45
4.9. Distintivo gráfico del Sistema de Calidad Asistencial	46
4.10. Conclusiones y recomendaciones	46
5. ANEXOS	49
Anexo 1. Expertos participantes en el Estudio Delphi	50
Anexo 2. Cuestionario Delphi de valoración de sistemas de calidad. Ronda 1	52
Anexo 3. Bibliografía	61

ACREDITACIÓN QH, UN REFERENTE DE RECONOCIMIENTO A LA CALIDAD PARA EL SECTOR SANITARIO

La garantía de la calidad de los servicios ofertados es uno de los atributos más demandados por los ciudadanos de las sociedades avanzadas en cualquier ámbito, pero especialmente en lo que se refiere al cuidado de la salud. De este modo, ofrecer una asistencia sanitaria que iguale o supere los estándares de calidad de los países más evolucionados de nuestro entorno constituye un reto prioritario y permanente para todos los agentes implicados en el sector.

Desde IDIS, sabemos lo importante que es para los ciudadanos recibir una asistencia sanitaria con las garantías adecuadas. Además, somos conscientes de que la apuesta por la excelencia es la mejor forma de garantizar el desarrollo e integración de la sanidad en su conjunto y de contribuir a la mejora de la calidad de vida de la sociedad española. Por eso, decidimos impulsar la búsqueda de la excelencia de los operadores sanitarios. De hecho, ésta fue una de las líneas de acción que propuse al tomar posesión como Presidente de IDIS, propuesta que fue respaldada de forma unánime por los patronos y demás miembros de la institución como fórmula para legitimar la participación del sector privado en los futuros diseños del Sistema Sanitario.

Para promover una espiral de mejora continua en el sector identificamos dos elementos imprescindibles: por un lado, era necesaria la implicación de todos los agentes involucrados en la calidad asistencial; y por otro, debíamos disponer de unos indicadores fiables, rigurosos y contrastables con los que medir de forma objetiva la calidad de los procesos y de la asistencia sanitaria.

Respecto al primer factor, he de destacar que la búsqueda de la excelencia no es algo nuevo en el sector, ya que existe una tradición arraigada especialmente en la sanidad privada. Muestra de ello son los distintos informes que elabora anualmente IDIS sobre diferentes aspectos de actualidad e interés para el sector sanitario privado, y que tratan con especial énfasis las cuestiones relativas a la calidad de los procesos, los procedimientos y los servicios. Entre estos informes destacan el Barómetro de la Sanidad Privada, que trata de dar voz a pacientes y familias para que expresen su grado de satisfacción y sugerencias de mejora de los diferentes servicios de la sanidad privada, y el estudio RESA (Resultados en Salud), que tiene por finalidad medir de forma lo más objetiva posible la calidad de la sanidad privada mediante un conjunto de indicadores de nivel de servicio.

Respecto al segundo factor, es verdad que la mayoría de los operadores cuentan ya con certificaciones y acreditaciones emitidas por distintos organismos conforme a distintos estándares de medición y seguimiento de la calidad, tales como la Joint Commission, ISO, EFQM, etc. Sin embargo, **hasta hoy no existía una única escala de valoración de los diversos esfuerzos por la mejora de la calidad**

de las organizaciones sanitarias materializados en las distintas acreditaciones y certificaciones existentes. Esta carencia hacía que no fuera posible entender el grado de madurez alcanzado en la excelencia en la prestación asistencial por cada uno de los agentes del sector y que estos no supieran qué pasos debían dar para alcanzar mayores cuotas de calidad.

De ahí la importancia de crear un Indicador Sintético de Calidad (ISC) que permitiera cuantificar el nivel de excelencia alcanzado por un operador sanitario a partir de una herramienta que agrupa los diferentes atributos de los sistemas de calidad existentes.

Para su elaboración, hemos contado con la colaboración de distintos grupos de expertos entre los que destacamos la **Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)**, que participa por primera vez en un proyecto de colaboración público-privado, y la **Asociación Española para la Calidad (AEC)**. El papel de estas organizaciones ha resultado fundamental para definir una metodología robusta que garantizara la validez científica de este índice.

Otra característica de **este indicador es que nace con vocación de convertirse en una referencia en el sector sanitario**. Al igual que la sanidad es una, independientemente de que quien la preste sea un operador público o privado, creíamos necesario contar con un índice que pudiera ser utilizado por todos los agentes de la sanidad española. Consideramos que es un ejercicio de transparencia en el que la sanidad privada ha sido pionera, en línea con las mejores prácticas de nuestro entorno, y que debía extenderse al resto del sector.

Antes de concluir permítanme destacar otro valor diferencial de esta iniciativa. En la medida en que hemos puesto en relación los distintos estándares y normas existentes, hemos sido capaces de definir una senda de la calidad. De este modo, la sociedad podrá percibir más fácilmente los avances de la sanidad privada de forma agregada, así como de cada uno de sus operadores. Desde IDIS difundiremos periódicamente estos avances, lo que reforzará el mensaje de que la sanidad privada es un activo que ha de participar en el diseño del modelo sanitario del futuro. **Un modelo orientado a resultados que permita prestar una asistencia sanitaria de calidad que iguale o supere los estándares de los países más avanzados, respondiendo así a la demanda de nuestra sociedad.**

Javier Murillo

Presidente del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS)



1. Introducción y contexto

1. INTRODUCCIÓN Y CONTEXTO

El Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) es una entidad que nace en 2010 con el objetivo fundamental de promover la mejora de la salud de todos los españoles, fomentando y desarrollando iniciativas que desde la sanidad privada estén encaminadas a la consecución de un óptimo nivel asistencial y sanitario de todos los sectores de la población.

El IDIS adoptó la personalidad jurídica de Fundación privada, su órgano de gobierno, el Patronato, está formado por representantes de los principales actores del ámbito de la sanidad privada.

El IDIS se constituye para aportar valor al sector de la sanidad privada. Con este referente, la Misión del IDIS se formula como *“dar a conocer, promover y fomentar la representación institucional del sector sanitario privado español de forma acorde con su peso económico y social”*.

A lo largo de estos cuatro años, el IDIS ha desarrollado estudios de investigación y varios informes de situación y análisis sobre diferentes aspectos de actualidad e interés para el sector sanitario privado, con especial énfasis en la calidad de los servicios. Entre ellos, y como muestra, se incluyen:

- ✿ El Estudio RESA, del que recientemente se ha publicado ya la tercera edición: **Estudio RESA 2014, Indicadores de Resultados en Salud de la Sanidad Privada.**

La publicación del tercer estudio consecutivo de indicadores de resultados de la sanidad privada tiene como objetivo consolidar y ampliar un ejercicio de transparencia ante la sociedad, presentando -ya con la perspectiva de tres años- un conjunto de indicadores representativos del sector elaborados a partir de la información disponible actualmente, visualizando el papel y los principales logros de calidad de la sanidad privada, siendo además comprensibles por ciudadanos y profesionales. En la edición 2014 han participado un total de 186 centros (120 centros hospitalarios y 66 centros de ámbito ambulatorio), un 48% más que en la edición anterior. El desempeño de los centros se ha evaluado mediante 25 indicadores (ver tabla, tomada del Estudio RESA 2014):

Indicadores Estudio RESA 2014

Cód	Nombre del indicador	Tipo de indicador
1	Estancia media ajustada por casuística	Resultado
2	Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias (Mamografía, RM y TAC)	Proceso
3	Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (Mamografía, RM y TAC)	Proceso
4	Tiempo medio de espera de citación primera consulta especialista (Oftalmología, Dermatología, Traumatología, Ginecología y Obstetricia)	Proceso
5	Tiempo medio de asistencia en “triaje” en urgencias	Proceso
6	Tiempo medio de primera asistencia facultativa en urgencias	Proceso
7	Espera media quirúrgica	Proceso
8	Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama	Proceso
9	Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de colon	Proceso
10	Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de pulmón	Proceso
11	Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta por el mismo diagnóstico	Resultado
12	Tasa de reingresos en hospitalización a 30 días del alta	Resultado
13	Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios	Proceso
14	Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente	Proceso
15	Ratio de intervenciones de cirugía segura (“check list” quirúrgico)	Proceso
16	Tasa de supervivencia de pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo	Resultado
17	Ratio de cirugías de prótesis de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso	Resultado
18	Ratio de colonoscopias realizadas con sedación profunda	Proceso
19	Ratio de gastroscopias realizadas con sedación profunda	Proceso
20	Tasa de reingresos post alta de cirugía ambulatoria a 30 días	Resultado
21	Estancia media pre-quirúrgica	Resultado
22	Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias	Resultado
23	Ratio de complicaciones en los 30 días posteriores a la cirugía de cataratas que requieren procedimientos quirúrgicos adicionales	Resultado
24	Tasa de recién nacido vivo único a término por ciclo iniciado	Resultado
25	Ratio de ciclos resultantes en embarazo	Resultado

Fuente: Estudio RESA 2014

- * El Barómetro de la Sanidad Privada, del que recientemente se ha publicado ya la tercera edición: **Barómetro de la Sanidad Privada 2014**.

Se trata de un estudio que tiene como objetivo dar voz a nuestros pacientes y a sus familias para que valoren la calidad del servicio prestado por la sanidad privada e identifiquen áreas de mejora, permitiendo así una imagen global del sector basada en la mejora continua. Un año más las conclusiones de este estudio ponen de manifiesto el excelente estado de salud de la atención asistencial ofrecida.

- * El estudio Delphi denominado **“Flexibilidad estratégica del sector privado ante la transformación de la sanidad pública: Análisis de escenarios de futuro 2013-2018”**.

Entre las conclusiones que se desprenden del citado informe destacan la apuesta del IDIS para que el sector privado contribuya a la consolidación de la accesibilidad, la calidad, la equidad, la eficiencia y sostenibilidad del Sistema Sanitario. El informe destaca la necesidad de acometer reformas estructurales, adoptadas con el mayor consenso institucional y político posible, e inspiradas en la eficiencia y en la calidad de la atención asistencial. Asimismo aboga por la transparencia en la rendición de cuentas por parte de los proveedores privados, con información estandarizada y comparable sobre la calidad que se presta, la situación financiera y sus resultados en salud.

- * El informe IDIS **“Sanidad Privada Aportando Valor” 2014**, al igual que en ediciones anteriores, recoge la preocupación del sector privado español por la mejora continua de la calidad en la prestación asistencial. Añade que, con el fin de demostrar la calidad en sus centros, se muestra dispuesto a promover y **fomentar la utilización de un conjunto diverso de instrumentos en este ámbito**, como estudios de comparabilidad de resultados, modelos de excelencia internacionales, certificaciones y acreditaciones.

El IDIS ha desarrollado a lo largo de los últimos años informes y análisis haciendo especial énfasis en la calidad de los servicios.

Estos informes también señalan cómo el sector sanitario privado cuenta con un gran número de dispositivos asistenciales que disponen de acreditaciones y certificados de calidad para mejorar y verificar la calidad de sus centros sanitarios, utilizando sistemas de calidad como la certificación ISO (*International Organization for Standardization*), modelos de calidad como el modelo de excelencia europeo EFQM (*European Foundation for Quality Management*), modelos de acreditación como el de la Joint Commission o la certificación OHSAS 18001 de gestión de salud y seguridad en el trabajo, entre muchas otras.

Por ello resulta evidente que en las instituciones de salud privada la medida de la calidad, su certificación y acreditación se efectúan a través de diferentes modelos, al igual que en el ámbito público. **El problema radica en que no existe un modelo universal y unánimemente aceptado de reconocimiento de la calidad.** Cada uno de ellos toma como referencia diferentes dimensiones de análisis y cuantificación.

Actualmente no existe un modelo universal y unánimemente aceptado de reconocimiento de la calidad.

El IDIS es una organización de referencia en el sector por la importancia sanitaria, social y económica que representa, por su clara apuesta por la calidad asistencial, así como por la excelente reputación adquirida desde su constitución. Esta imagen consolidada gracias a la objetividad y transparencia de los estudios, análisis y actividades que desarrolla. Por todo ello y en el contexto anteriormente citado, **se ha propuesto desarrollar un sistema IDIS de reconocimiento de la calidad de las organizaciones sanitarias**, independiente de su titularidad.

A estos efectos y para poder acreditar la calidad ofertada por el sector sanitario, en aras de seguir aportando valor añadido al Sistema Sanitario español, ha llevado a cabo varias iniciativas en las que han colaborado distintos grupos de expertos en el campo de la calidad.

Fruto de estas reuniones de trabajo ha surgido **la necesidad de desarrollar un “constructo” o unidad de medida común**, que integre en un solo dato o indicador sintético un conjunto agregado y ponderado de componentes de la calidad, obteniéndose una puntuación dependiendo del valor asignado a cada uno de ellos. **Este Indicador Sintético de Calidad (ISC), resultará muy útil para resumir en una visión global los distintos modelos y reconocimientos de certificación y acreditación**, al ser un tema sumamente complejo y multidimensional. Además, facilitará la comparación y el *benchmarking* en términos homogéneos entre las diferentes organizaciones sanitarias.

Para la confección del ISC, el IDIS ha considerado preciso la realización de un estudio utilizando técnicas cualitativas, mediante el método Delphi, en el que han participado un grupo de expertos de reconocido prestigio, en el ámbito de la calidad, conducido por Globesalud, empresa consultora con amplio conocimiento de los distintos modelos aplicados, tanto en el sector salud español, como en el ámbito internacional.

El IDIS pone a disposición una herramienta de evaluación que podrá ser utilizada por cualquier organización sanitaria independientemente de su titularidad.

El IDIS se complace por lo tanto en poner a disposición de la globalidad de nuestro Sistema Nacional de Salud una herramienta de evaluación que podrá ser utilizada por cualquier organización sanitaria independientemente de su titularidad, pública o privada, preocupada por la calidad y la mejora continua, **no solo para su propia evaluación, sino también para comparar su nivel de calidad con el de otros centros de características similares.**

A continuación, y a fin de facilitar la comprensión del Estudio, incluimos un resumen, a modo de manual, de los objetivos del proyecto, la fase previa a la realización del Estudio Delphi, el desarrollo metodológico y los resultados obtenidos, en la elaboración del Indicador Sintético de Calidad.



2. Objetivos



2. OBJETIVOS

2.1. Objetivos

Desarrollar un sistema de reconocimiento de calidad (indicador sintético), mediante la colaboración de un grupo de expertos que identifiquen, consensuen y ponderen **los distintos estándares de los sistemas de calidad aplicados en los servicios sanitarios españoles**, para estratificar a las organizaciones sanitarias en clusters o grupos de calidad, promoviendo la mejora continua, el *benchmarking* y el reconocimiento de la excelencia.

2.2. Factores clave para el cumplimiento de los objetivos deseados:

- * **Realizar una revisión de la bibliografía nacional e internacional** relacionada con el ámbito del estudio, para analizar y extraer las principales características de los distintos sistemas de reconocimiento, certificación y acreditación de la calidad.
- * **Identificar expertos de reconocido prestigio en el campo de la mejora continua de la calidad**, para recabar su participación como panelistas en el estudio Delphi, y sustentar de manera firme el indicador sintético de calidad.
- * **Diseñar un cuestionario claro y conciso.**
- * **Realizar el estudio:** enviar los cuestionarios a los panelistas, solicitando sus aportaciones, y explotar los resultados, hasta alcanzar el máximo consenso.
- * **Diseñar con los resultados obtenidos un Indicador Sintético de Calidad** (ISC, en adelante), que integra, agrupa y pondera en términos matemáticos cada uno de los componentes o estándares, expresando en un solo dato la puntuación alcanzada por cada centro.
- * **Emplear el ISC para desarrollar un sistema de reconocimiento y un distintivo de calidad propio**, aparejado a cada nivel de puntuación, que facilite la comparación, en términos homogéneos, entre las instituciones sanitarias y conlleve algún beneficio asociado.

- * **Difundir mediante un plan de comunicación interna y externa el ISC** para facilitar su utilización por las instituciones sanitarias que deseen evaluarse y conseguir el distintivo IDIS de reconocimiento de la calidad alcanzada.
- * **Facilitar la posterior implantación de un observatorio de calidad en el IDIS** que permita a cada institución, autoevaluarse y compararse con sus pares, garantizando la confidencialidad del dato.

Sistema de reconocimiento a la calidad para estratificar a las organizaciones sanitarias en clusters o grupos de calidad.



3. Material y Método



3. MATERIAL Y MÉTODO

La elaboración del ISC se sustenta en metodología cualitativa, para ello se ha llevado a cabo un estudio Delphi. El cuestionario inicial se elaboró de acuerdo con la siguiente metodología:

3.1. Análisis de fuentes de datos

Las fuentes de datos empleadas han sido entre otras las siguientes

* Búsqueda bibliográfica realizada “ad hoc”

- Tendencias de vanguardia y buenas prácticas en gestión de calidad en el sector de los servicios, y concretamente en el ámbito sanitario.
- Análisis de los distintos estándares, de su sistema de puntuación y ponderación de los sistemas de reconocimiento, certificaciones y acreditaciones más empleados en las instituciones sanitarias.
- Revisión de indicadores sintéticos de calidad aplicados al ámbito sanitario en España, a nivel internacional y en la OCDE. Entre otras se ha llevado a cabo una búsqueda en las siguientes bases:
 - Estudios de calidad desarrollados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
 - Estudios y sistemas de calidad aplicados en las distintas CC.AA.
 - European Hospital and Healthcare Federation (HOPE).
 - Hospitales en transición del Consejo de Europa.
 - Observatorio Europeo de la Organización Mundial de la Salud.
 - European Health Management Association.
 - Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).
 - Federación Nacional de Hospitales.
 - Sistemas de salud de Reino Unido, Francia, Canadá y Estados Unidos.

* Información aportada por el IDIS:

- Estudios previos realizados.
- Grupo de expertos identificado.

3.2. Desarrollo metodológico

El trabajo se ha estructurado en tres etapas, precedidas de una fase previa organizativa o de lanzamiento, y de una fase transversal de información y comunicación directa con panelistas.



A continuación se describen brevemente los objetivos y principales actividades que se han llevado a cabo en cada etapa.

3.2.1. Etapa 0: Lanzamiento del proyecto

En ella se han llevado a cabo un conjunto de actuaciones, necesarias para garantizar el éxito del estudio:

- * Validación, por parte del equipo directivo del IDIS, de los objetivos y expectativas respecto a los resultados del estudio.
- * Revisión de la metodología a emplear y del cronograma de trabajo.
- * Identificación y búsqueda de las fuentes de información necesarias para llevar a cabo el estudio.
- * Identificación de interlocutores de referencia, canales de comunicación y modelos de acta para la ejecución del proyecto.
- * Constitución del Comité de Dirección del Proyecto. Este Comité ha sido responsable de la validación de los principales hitos del Proyecto, funcionando como Comité de refrendo y ha estado formado por los Directores de Calidad de un numeroso grupo de miembros de IDIS y algunos invitados, siempre relacionados con el mundo de la Calidad, como la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) o la Asociación Española para la Calidad (AEC), por citar algunos.

3.2.2. Etapa 1: Análisis y formulación

Durante esta etapa se llevaron a cabo las siguientes actuaciones:

- * **Revisión de la literatura relacionada** con los sistemas de reconocimiento, certificación y acreditación de la calidad, empleados en el sector de la salud.
- * **Análisis documental bibliográfico.**
- * **Análisis y síntesis de las dimensiones, criterios y niveles de medición y ponderación de los grados de calidad** obtenidos en cada uno de los sistemas incluidos en el estudio, extrayendo sus principales características.

- * **Identificación de expertos para participar en el estudio. La muestra de expertos no fue aleatoria:** la Sociedad Española de Calidad Asistencial y el IDIS, propusieron panelistas con alto grado de conocimiento y experiencia sobre los sistemas de calidad empleados en el sector de la salud. La representación de expertos abarcaba a diversos ámbitos profesionales y geográficos, tratando de tener representación de la mayor parte de Comunidades Autónomas.

- * **Formulación de las preguntas del cuestionario para la aplicación del Método Delphi a plantear al grupo de expertos del estudio.** Se aseguró la consistencia del resultado verificando que las preguntas no introdujeran sesgos, partiendo de la adecuada selección de la información obtenida de la revisión de la literatura. Con tal fin, se plantearon las cuestiones de forma clara, concisa y directa para que fueran entendidas fácilmente por los expertos y no condicionaran la respuesta. Se realizó un estudio piloto con el Comité Director.

- * **Presentación del cuestionario al grupo de expertos de refrendo,** que testaron y enriquecieron el contenido con sus aportaciones, verificando su validez.

Se presentó el cuestionario al grupo de expertos de refrendo que lo testaron y enriquecieron con sus aportaciones, verificando su validez.

3.2.3. Etapa 2: Método Delphi

Las técnicas de investigación cualitativa se utilizan cuando los objetivos no son asequibles desde planteamientos cuantitativos. Se optó por un método Delphi para llevar a cabo el estudio. Este método fue desarrollado por la Corporación Rand al inicio de la Guerra Fría para investigar el impacto de la tecnología en la guerra. Su nombre se basa en las predicciones del oráculo de Delfos.

Este método integra aspectos de investigación cualitativa y cuantitativa. Permite ser aplicado sin necesidad de alcanzar representación significativa estadística, utilizando únicamente ésta para ponderar las opiniones.

De este modo, extrae y maximiza las ventajas que presentan otras herramientas basadas en grupos de expertos, y minimiza sus inconvenientes. Aprovecha el debate en grupo y se enriquece con el conocimiento y valor agregado que cada panelista, si está bien seleccionado, aporta al estudio. Ofrece las prerrogativas propias de las respuestas grupales, eludiendo las diferencias y las limitaciones derivadas de la asistencia presencial (Geist, 2010). Los panelistas contribuyen con su opinión, sin estar sometidos a la influencia de sus pares (Dalkey y Helmer, 1963).

Además, el Método Delphi en combinación con las tecnologías de la información y la comunicación, facilita la participación y conexión “on line” de personas que están en ubicaciones geográficas lejanas (Okoli y Pawloaki, 2004).

Como cualquier metodología, no está exenta de limitaciones, en el caso del Método Delphi, se pueden concretar en los problemas derivados de la identificación adecuada de los expertos y del tiempo que éstos disponen para responder. Ambos aspectos están relacionados con la tasa de abandonos (Gustafson et al, 1973). Otro condicionante radica en la incertidumbre que produce no poder supervisar directamente el modo en el que se cumplimentó el cuestionario. A pesar de sus limitaciones, el método Delphi es un instrumento que favorece el proceso de toma de decisiones. Su empleo está ampliamente recogido en la literatura como fórmula adecuada para la definición de un indicador sintético (Palomares Montero D, et al, 2008).

El método Delphi es un instrumento que favorece el proceso de toma de decisiones.

El logro de los objetivos en la aplicación del método Delphi a un tema concreto depende de dos cuestiones fundamentales, que fueron cuidadas de forma preeminente en este estudio (Astigarraga E, 2006):

- * Correcta selección de panelistas.
- * Validez contrastada del cuestionario.

Asimismo, para la aplicación del método se siguieron las pautas que en la literatura se marcan como adecuadas para su correcto empleo (Helmer O, 1983; Landeta J, 2006; Gordon T, 2007):

- * **Anonimato:** no debe existir contacto ni permitir la identificación y conocimiento entre los panelistas participantes.
- * **Retroalimentación controlada:** los resultados completos de la ronda previa no son entregados a los panelistas, solo circulan aquellos en los que no se consigue consenso.
- * **Remisión de la respuesta del grupo en forma estadística:** toda la información se presenta tabulada a cada uno de los expertos indicando los promedios y grado de dispersión.

El cuestionario elaborado se remitió a los panelistas para que puntuaran y ponderaran, las distintas dimensiones, hasta alcanzar el consenso. Inicialmente se consideró que, dada la complejidad del objeto a estudio, serían necesarias 3 rondas para alcanzar el consenso.

El tratamiento estadístico de las puntuaciones y ponderaciones, realizadas por los expertos, se llevó a cabo mediante la determinación de parámetros de posición (media, mediana y moda) y de dispersión (rango intercuartílico, desviación típica y percentiles). El objetivo era analizar la simetría y concentración de la distribución alrededor de un valor medio, de los pesos otorgados a cada dimensión y variable.

Con los resultados estadísticos y las aportaciones e interpretación de cada ronda, se formularon los de la siguiente etapa.

3.2.4. Etapa 3: Desarrollo del Indicador Sintético de Calidad

Hasta ahora, la mayor parte de los Sistemas de Calidad (SC) empleados en el sector sanitario, evaluaban de forma independiente distintos componentes de la calidad de una organización sanitaria. El diseño de un indicador sintético multidimensional e integral resulta relevante para homogenizar y evaluar en términos de calidad a las instituciones de salud, cualquiera que haya sido el SC implantado en su organización.

Según la Comisión Europea, los indicadores sintéticos “se basan en distintos submodelos que no tienen una unidad común de medida, y que no tienen una forma obvia de ponderarlos”. Para la OCDE “son variables que ofrecen información resumida sobre determinados fenómenos o espacios, gracias a la concesión de un valor suplementario que amplía la significación del parámetro individualmente considerado”.

Los tres atributos básicos que la OCDE otorga a los indicadores sintéticos son la simplificación, la cuantificación y la difusión (OCDE, 1997). El Indicador Sintético de Calidad (ISC):

- * Reduce a un número las áreas, dimensiones y atributos de la calidad.
- * Pondera cuantitativamente la importancia que tiene cada uno de los aspectos valorados con respecto a otro.
- * Permite transmitir y difundir información referente al objeto de análisis y valoración.

Se ha elaborado un ISC que expresa matemáticamente, de forma agregada, la medición y ponderación otorgadas a las variables del cuestionario.

En nuestro caso, con los resultados de los panelistas, consensuados por el Método Delphi, se ha elaborado un ISC que expresa matemáticamente de forma agregada la medición y ponderación que otorgaron a las variables (áreas, dimensiones y atributos), recogidas en el cuestionario. Estas variables se encuentran en mayor o menor medida en cada uno de los sistemas de calidad de reconocimiento, certificación, acreditación o premio.

La construcción de un indicador sintético resulta siempre compleja. El enfoque metodológico empleado ha tenido en consideración los requerimientos recomendados en la bibliografía para su obtención (Cherchye et al, 2007; Domínguez M, et al, 2011):

- * **Minimizar la cantidad de información perdida** al realizar la agregación, de forma que el indicador sintético sea una medida multidimensional.
- * **Evitar la compensación**, de modo que aquellas variables a las que los expertos asignaron menor ponderación pero cuyo volumen de casuística sea alto, alcancen los mismos valores que otras con mayor peso.
- * **Limitar al máximo el papel del analista** que determina la agregación de las distintas variables que componen el indicador, siendo en todo momento la opinión de los panelistas la que prima.

- * **Permitir la máxima discriminación entre los atributos considerados**, asignando valores de 1 al que cuenta con ese requisito y 0 al que no cumple con él.
- * **Conseguir que los valores del indicador sintético sean sencillos y de fácil interpretación**, proporcionando la mayor cantidad de información posible con un único estimador.

EL ISC no constituye un fin en si mismo sino una herramienta que facilitará la construcción de bases de datos en las que sustentar comparaciones homogéneas y analizar la evolución del nivel de calidad alcanzado, por las distintas organizaciones sanitarias que voluntariamente deseen autoevaluarse.

El ISC proporcionará una imagen de la posición de una determinada institución en un momento dado, pero no puede ser considerado como una foto fija de un año concreto. Se recomienda que para valorar a una organización sanitaria, se tomen periodos de comparación más amplios que un único año (5-10 como mínimo).



4. Resultados



4. RESULTADOS

4.1. Revisión de la literatura

De cada sistema de reconocimiento, certificación o acreditación de la calidad empleados en el sector sanitario, se extrajeron las principales características agrupadas en los apartados referidos en el cuadro que puede verse a continuación.

Sistema de Calidad (SC)	
A1	Tipo de Sistema de Calidad
A2	Características y requisitos de la agencia
A3	Métodos de evaluación empleados
A4	Componentes que monitoriza el sistema
B1	Política y estrategia para la implantación
B2	Alcance y % de los servicios
B2	Madurez del sistema

Este análisis de cada SC fue empleado en la confección del cuestionario inicial.

En un principio se iba a solicitar a los panelistas que otorgaran una puntuación directa a cada uno de los sistemas. Con posterioridad y tras una profunda valoración se produjo un cambio en el enfoque para evitar sesgos y en lugar de preguntar explícitamente por los diferentes SC, se consideró más pertinente utilizar las dimensiones o características que los definen.

4.2. Reclutamiento de los panelistas

Los panelistas fueron identificados entre aquellos que cumplían los siguientes criterios:

- * **Profesionales expertos del sector sanitario** (público o privado), con reconocido prestigio en el ámbito de la gestión de la calidad, amplio conocimiento, elevado grado de experiencia práctica e impacto por su contribución a la comunidad científica en este campo.
- * Al estar descentralizada la gestión de las competencias sanitarias a las **Comunidades Autónomas** en nuestro Sistema de Salud, sobre la base de los criterios anteriores, se ha buscado la **representatividad de todas** las CC.AA., con panelistas pertenecientes a la mayor parte de ellas.

Los panelistas son expertos del sector sanitario, buscando la representatividad de todas las CC.AA.

La invitación a participar en el estudio se efectuó en dos fases:

- * **Una primera en la que se contactó personalmente con cada uno de ellos,** explicándoles:
 - La relevancia y principales características del estudio, y su posible impacto para el Sistema de Salud español.
 - Los objetivos y el alcance del proyecto.
 - El método empleado: número previsible de rondas, tiempo empleado en responder al cuestionario, duración aproximada del estudio, garantía de anonimato de las respuestas.
 - La tipología de los candidatos, así como los motivos por los que habían sido elegidos y los beneficios esperados que conllevaba su participación.
 - El potencial uso e impacto del estudio y la posible publicación de los resultados, figurando su nombre, para lo cual se solicitó su autorización.

- ✳ Tras la aceptación del panelista, el Director General del IDIS remitió el cuestionario a cada experto, formalizando su participación mediante una carta de presentación del estudio, en la que agradecía su participación.

Los análisis de coste beneficio aconsejan que los estudios realizados con Método Delphi empleen un panel de expertos que se sitúe entre 30 y 40 participantes, con un máximo de 60 (Landetta, 2006). Un número superior no es aconsejable porque supone integrar un gran volumen de puntuaciones para lograr el consenso, que no se traduce en una mejora en el resultado.

En nuestro caso se cursó invitación telefónica a 51 expertos, distribuyéndose de la siguiente forma:

- 14 pertenecientes a sociedades científicas (ACCA, AMCA, ANECA, AVCA-AKEB, FAD, PASQAL, SADECA, SECA, SCLM, SCQA, SOGALCA, SOMUCA, SOVCA).
- 21 procedentes de diferentes CC.AA.
- 16 representantes de instituciones sanitarias españolas.

Todos ellos pertenecientes a entidades de reconocido prestigio en el ámbito de la gestión de la calidad en asistencia sanitaria, tanto pública como privada (Anexo 1).

Todos los expertos pertenecen a entidades de reconocido prestigio en el ámbito de la gestión de la calidad en asistencia sanitaria.

4.3. Elaboración del Cuestionario

La confección del cuestionario se fundamentó tanto en la revisión bibliográfica efectuada, como en la información extraída de cada modelo. Con carácter previo a su remisión, el instrumento fue testado por el equipo director del proyecto y por los expertos del grupo de refrendo. Con sus aportaciones se elaboró el cuestionario definitivo en formato Excel.

El cuestionario de la primera ronda fue de tipo semicerrado, para que los expertos pudieran realizar aportaciones.

El cuestionario constaba de dos apartados:

- ✳ El **primer apartado** estaba orientado a valorar el **marco conceptual (área A) y el marco operativo (área B)** de cualquier posible SC implantado por un centro sanitario. El marco conceptual englobaba cuatro dimensiones (A1, A2, A3 y A4) y el marco operativo tres (B1, B2 y B3), sumando un total de siete. Este apartado incluyó en la primera ronda un total de **sesenta y nueve atributos**, de los cuales cincuenta y seis se relacionaban con el área A y trece con el área B.
- ✳ El **segundo apartado** estaba orientado a obtener una valoración preliminar global de una lista inicial de los SC comúnmente empleados en instituciones sanitarias. Se solicitó a los panelistas que incorporaran aquellos SC que no se encontraban incluidos y estimaban relevantes.

Las definiciones de cada área o marco se incluyeron en cada página del cuestionario. Cada dimensión se correspondía con un sombreado de un determinado color, para facilitar su cumplimentación.

A modo de síntesis, se muestran los apartados, áreas y dimensiones del cuestionario (Tabla 1):

Cuestionario para la valoración de los Sistemas de Calidad (SC)		
	ÁREA A: Marco conceptual del SC	ÁREA B: Marco operativo o modo de implementación del SC
Apartado 1	A1: Tipo de SC	B1: Política y estrategia para la implantación del SC
	A2: Características y requisitos de la agencia del SC	B2: Alcance y % de servicios con SC
	A3: Métodos de evaluación que utiliza el SC	B3: Madurez del SC
	A4: Componentes que monitoriza el SC	
Apartado 2	Puntuación de los sistemas seleccionados	

Tabla 1: Síntesis de apartados, dimensiones y áreas de cuestionario aplicado.

Para proceder a la valoración de los distintos Sistemas:

- * **Cada panelista debía puntuar de 0 a 10 (0 mínima puntuación y 10 máxima)**, cada uno de los atributos incluidos en las cuatro dimensiones del marco conceptual (A), y en las tres dimensiones del marco operativo (B) del SC. Cada dimensión incluía un número de atributos diferente. Cada panelista no valoró en realidad cada dimensión globalmente, sino la importancia que para él representaba cada uno de los atributos incluidos en las dimensiones contempladas en el marco conceptual (A1, A2, A3 y A4) y en el operativo (B1, B2 y B3), en una escala de 0 a 10 (donde el 10 representa la máxima importancia).
- * **Tras la asignación de puntuación a cada uno de los ítems de las 7 dimensiones**, el panelista debía definir cuál era el orden de prioridad de cada ítem, en comparación a los restantes de esa dimensión: si ésta tenía 5 ítems la prioridad se situaba en el rango de 1 a 5, si era de 7 de 1 a 7 y así para cada una de ellas. Al determinar que el 1 era el valor de máxima prioridad se produjo cierta “contaminación” a la hora de fijar la puntuación por los expertos (resuelta con las aclaraciones pertinentes). Esta situación se originó porque las puntuaciones de cada variable corrían en sentido inverso (0 mínimo valor y 10 máximo) que las ponderaciones, que valoraban la importancia relativa de un ítem frente a otro, de la misma dimensión (el 1 era la máxima prioridad).
- * Finalizada la puntuación de este primer apartado, **el panelista tenía que abordar el segundo, asignando una valoración ponderada a** cada uno de los SC incluidos en el cuestionario.
- * En la primera vuelta, **todas las dimensiones incluyeron una valoración discriminativa del nivel de dificultad** que el panelista había encontrado en su cumplimentación.

Se solicitó a los expertos que tuvieran en cuenta los siguientes supuestos al realizar su valoración:

- * Ningún modelo resultaba, a priori, mejor que otro.
- * Todas las instituciones que han obtenido una acreditación, certificación o reconocimiento externo se han preocupado por mejorar la calidad de la atención que prestan.
- * Existe una abundante casuística y variabilidad en los Sistemas de Calidad, que se actualiza casi constantemente, por lo que cualquier listado corre el riesgo de resultar obsoleto en poco tiempo.

4.4. Desarrollo del Delphi

El tiempo para la realización del estudio se estimó, inicialmente, en tres meses. **El tiempo transcurrido, entre la remisión del primer cuestionario y la recepción del segundo, fue de cincuenta y seis días**, tal y como se muestra en la Tabla 2:

	Fecha de Remisión	Fecha Límite	Último Panelista
1ª Ronda	30 de Abril	16 de Mayo	25 de Mayo
2ª Ronda	11 de Junio	17 de Junio	26 de Junio
Panelistas rezagados: 10 - 15 días se considera aceptable			

Tabla 2: Tiempo empleado en la primera y la segunda ronda.

La bibliografía consultada califica el resultado como óptimo a aquellos estudios Delphi que emplean un tiempo inferior a dos meses. En la primera ronda se suelen conceder tres semanas para responder. En este estudio se acortó este periodo a dieciséis días, aunque en esas fechas acontecieron varios días festivos (primeros días de mayo).

Se ha contrastado la concepción inicial del estudio con los resultados alcanzados con la aplicación práctica del método, que se pueden sintetizar del modo siguiente:

- * Frente a las tres rondas inicialmente planteadas para la realización del estudio, finalmente solo se precisaron dos.
- * El indicador de abandonos en ambas rondas fue mínimo y claramente inferior al que apunta como habitual o aceptable la literatura.

La bibliografía establece en los estudios que emplean el método Delphi, una relación directa entre la tasa de los abandonos y los siguientes aspectos:

- * El tiempo requerido para la cumplimentación del cuestionario
- * El tiempo empleado en la totalidad de las rondas necesarias para la realización del estudio.

A mayor duración de tiempo, para cada uno de los dos aspectos mencionados, mayor número de expertos se retiran del estudio.

De los 51 panelistas identificados, 2 desistieron de participar (uno de ellos una vez que hubo recibido el cuestionario); de los 49 restantes, sólo 4 no devolvieron el cuestionario cumplimentado, con lo que el número de participantes asciende a 45 (91,84% de los panelistas participantes) en la primera ronda del Delphi.

En la Tabla 3 se recoge el número de panelistas que finalmente participaron y los que abandonaron el estudio en cada ronda.

	1ª ronda Delphi	2ª ronda Delphi
Número de panelistas	49	45
Panelistas que desisten	4	1

Tabla 3: Resumen de participantes en la primera y segunda ronda del Delphi.

Se incluye a continuación la Figura que sintetiza la comparación del planteamiento inicial del estudio con su desarrollo real, en términos de rondas, tasas de abandono y de respuesta planteadas y obtenidas, en cada una de las rondas.



Figura 4: Comparación del planteamiento inicial del estudio con su desarrollo real.

La tasa de respuestas obtenida fue superior al 90%. Esta tasa arroja una alta validez al estudio (Gordon T, 1993).

El número de atributos incluidos en cada una de las rondas, tanto para las áreas del apartado 1 como para el apartado 2, se recogen en la Tabla 5.

Parte	Área	Dimensión	Nº de Atributos Ronda 1 (Σ 69)	Nº de Atributos Ronda 2 (Σ 32)
1	A Marco Conceptual	A1: Tipo de Sistema de Calidad (SC)	7	4
		A2: Características y Requisitos de la Agencia del SC	10	5
		A3: Métodos de Evaluación que utiliza el SC	15	6
		A4: Componentes que monitoriza el SC	24	11
	B Marco Operativo	B1: Política y estrategia para la implantación del SC	5	2
		B2: Alcance y % de servicios con SC	5	2
		B3: Madurez del SC	3	2
2		Puntuación de los sistemas pre-seleccionados	48 opciones, con cuestiones abiertas para que los panelistas pudiesen valorar sistemas adicionales por ellos propuestos.	<ul style="list-style-type: none"> Se incorporan únicamente aquellos puntuados por, al menos, 5 panelistas. Se descartan aquellos cuya presencia no se correspondía con los objetivos del estudio, quedando finalmente 34 opciones a valorar.

Tabla 5: Comparación del número de ítems incluidos en la primera y segunda ronda.

La diferencia entre ambas rondas generó una reducción de ítems.

En el Primer apartado no se incluyeron en la segunda ronda aquellos que en la primera habían alcanzado amplio consenso, tanto en los valores máximos como en los mínimos. El número de ítems disminuyó de los 69 iniciales a 32.

En el Segundo apartado del cuestionario, de los cuarenta y ocho sistemas que fueron evaluados en la primera ronda, solo se incorporaron a la segunda aquellos puntuados, al menos, por cinco panelistas. Además, se eliminaron aquellos que no representaban un sistema, sino una entidad acreditadora. Solo dos panelistas propusieron incorporar nuevos SC al apartado pero al no alcanzar un mínimo de 5 adhesiones, no fueron considerados.

Los resultados de este apartado fueron poco concluyentes, al reducirse la tasa de respuestas

obtenidas con respecto a las valoraciones de las dimensiones y asignar más puntos a aquellos sistemas con los que estaban más familiarizados, tal y como se recoge en los resultados obtenidos en la primera ronda.

En el anexo 2, se incluye el cuestionario remitido en la primera ronda.

4.5. Explicación de los resultados alcanzados en la primera y segunda ronda.

A partir de las valoraciones obtenidas de la importancia asignada por cada panelista a cada atributo, se realizó un análisis estadístico descriptivo. Se calcularon parámetros de posición (media, mediana y moda) y dispersión (rango intercuartílico, desviación típica y percentiles) para determinar la simetría y concentración de la distribución de la importancia concedida por los expertos alrededor de un valor medio, resultado de la puntuación otorgada a cada atributo.

En cada dimensión se segmentaron los atributos sobre la base del valor de la media y la mediana y la dispersión de las valoraciones. **La mediana se consideró el valor determinante**, aunque se tuvieron en cuenta todos ellos.

Como resultado de todo el proceso, se obtuvieron dos grupos de atributos en cada dimensión: aquellos en los que había consenso (bien por considerarse los más importantes o bien por considerarse los menos importantes) y aquellos en los que era preciso confirmar la importancia asignada en una segunda vuelta del estudio Delphi.

En la primera ronda, para determinar aquellos ítems el consenso, y si éste se alcanzó por ser de máxima o mínima relevancia, se empleó un código cromático de identificación que ha facilitado su interpretación.

En la Tabla 6 se recoge el código cromático empleado para agrupar los diferentes atributos según la valoración obtenida en la primera ronda:

	Atributos con alto consenso en relación a su importancia alta
	Atributos con alto consenso en relación a su importancia baja
	Atributos a valorar en la segunda ronda con valores de media más alta
	Atributos a valorar en la segunda ronda con valores de media más bajos

Tabla 6: Asignación de colores a los atributos según valoración obtenida.

Por tanto, en la segunda ronda:

- * Solo se incluyeron los dos últimos tipos de atributos (anaranjado y blanco).
- * Los grupos de atributos con consenso alto (verde) o bajo (rosa) durante la primera ronda, no pasaron a la segunda.

Para favorecer la comprensión del método, en las tablas siguientes se recogen a modo de ejemplo, los resultados obtenidos para la primera dimensión (A1) del área A, del apartado 1, con el mismo formato que se emplea aquí para la dimensión A1 (Tipo de SC).

La Tabla 7 detalla los resultados estadísticos obtenidos en la primera ronda para la dimensión A1: Tipo de SC

Dimensión A. Área A1. Tipo de SC. Resultados Estadísticos de la 1ª ronda								
		IP-1	IP-2	IP-3	IP-4	IP-5	IP-6	IP-7
N	Válidos	44,00	44,00	44,00	44,00	44,00	42,00	42,00
	Perdidos	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	3,00	3,00
Media		6,59	3,71	8,43	4,30	7,71	7,19	6,86
Mediana		8,00	4,00	9,00	4,00	8,00	8,00	7,00
Moda		8,00	1,00	9,00	3,0a	10,00	10,00	8,00
Mínimo		0,00	0,00	5,00	0,00	2,00	2,00	2,00
Máximo		10,00	7,00	10,00	9,00	10,00	10,00	10,00
Percentiles	10	1,50	1,00	6,00	1,50	4,50	4,00	4,00
	25	5,00	1,25	8,00	3,00	6,25	5,00	5,00
	50	8,00	4,00	9,00	4,00	8,00	8,00	7,00
	75	9,00	6,00	9,00	6,00	9,00	9,25	8,00
	90	9,50	7,00	10,00	7,00	10,00	10,00	9,70

Tabla 7: Resultados estadísticos obtenidos en la primera ronda para la dimensión A1.

Leyenda: **IPx**: Importancia de la Pregunta o valoración del atributo de la dimensión al que hace referencia la pregunta.

En la Tabla 8 se sintetizan los atributos que obtuvieron consenso alto en cuanto a su importancia tras el procesamiento estadístico de la primera ronda, y que no fueron valorados de nuevo, así como los que pasaron a la segunda ronda. Se incluye una pequeña explicación de la puntuación que motivó su retirada o inclusión en el cuestionario de la segunda vuelta.

<p>IP-3 no pasa a la segunda ronda al haber consenso por su alta importancia: Media y mediana cercanas o iguales a 9. Percentil 25 igual a 8.</p>
<p>IP-5, IP-6 e IP-1 a valorar en la segunda ronda con valores de media alta Mediana en 8, media superior a 6 y percentil 25 superior a 5. Atendiendo a los diversos parámetros, la jerarquización sería: IP-5; IP-6 e IP-1.</p>
<p>IP-7 a valorar en la segunda ronda con valores de media bajos Mediana en 7, media superior a 6 y percentil 25 igual a 5.</p>
<p>IP-2 e IP-4 no pasan a la segunda ronda al existir consenso sobre su baja importancia Mediana en 4, media por debajo de 5 y percentil 25 igual o por debajo de 3.</p>

Tabla 8: Clasificación de atributos según nivel de consenso y asignación de atributos a la segunda ronda.

Por tanto, en la dimensión A1, tipo de SC, se excluyeron de la segunda ronda los atributos IP-3 por su alta importancia e IP-2 e IP-4 por su baja importancia. Los 4 restantes fueron incluidos en el cuestionario de la segunda ronda.

Los resultados obtenidos por los atributos de la dimensión A1 en la segunda ronda, Tabla 9, mantuvieron el mismo orden que la primera, siendo los siguientes:

Área A. Dimensión A1. Tipo de SC. Resultados Estadísticos de la 2ª ronda					
		IP-1	IP-5	IP-6	IP-7
N	Válidos	42,00	42,00	42,00	41,00
	Perdidos	2,00	2,00	2,00	3,00
Media		7,60	7,79	7,79	6,98
Mediana		8,00	8,00	8,00	7,00
Moda		8,00	9,00	8,00	7,00
Mínimo		3,00	0,00	0,00	0,00
Máximo		10,00	10,00	10,00	10,00
Percentiles	10	6,00	6,00	5,00	4,00
	25	7,00	7,00	7,00	7,00
	50	8,00	8,00	8,00	7,00
	75	8,00	9,00	9,00	8,00
	90	9,00	9,00	10,00	9,00

Tabla 9: Resultados estadísticos dimensión A1, segunda ronda.

Para dar la puntuación final a cada atributo, en función de los resultados obtenidos se plantea un valor basado en dos aspectos:

- ✿ Su mediana.
- ✿ La ronda en la que se produjo el consenso.

No pueden tener el mismo valor aquellos atributos que en la primera vuelta obtuvieron consenso por estar de acuerdo los expertos en su gran importancia (verdes), que aquellos otros que fueron puntuados en la segunda ronda, aún a pesar de obtener valores altos. Asimismo, los atributos que fueron considerados de forma unánime por su escasa relevancia, obtuvieron un valor mínimo.

Expresado de otro modo, para ponderar de forma más significativa aquellos atributos considerados como más importantes y penalizar a los etiquetados como menos importantes, se planteó la incorporación de una nueva escala o "escala corregida".

El criterio de corrección, o cómo se modifica el valor o peso de la mediana obtenida, queda establecido de la siguiente forma:

Criterios de corrección (B)	
max (1ª2ª)	
1ªv	2ªv
9-10=10	9-10=8
8=8	8=7
7=6	7=5
6=4	6=3
5=2	<6=1
<5=1	

Los criterios de corrección o de cambio de escala, se aplican sobre el valor de la mediana obtenida en la primera y en la segunda ronda; así cuando en la primera ronda se obtiene una mediana en la importancia del atributo de entre 9 y 10 (color verde), el cambio de escala incrementa el valor a 10; en el caso de que esa puntuación de 9 a 10 se obtenga en la segunda ronda, el cambio de escala sitúa la puntuación en 8, penalizado, por tanto, pues para el consenso requirió realizar una vuelta adicional.

La misma situación se produce con los clasificados en la primera ronda como de baja importancia. Si su valor era 5 se transformaba en 2 mediante la aplicación del cambio de escala y en 1 punto si era menor de 5. Si en la segunda ronda su valor era inferior a 6 también se le asignaba un 1.

transformaba en 2 mediante la aplicación del cambio de escala y en 1 punto si era menor de 5. Si en la segunda ronda su valor era inferior a 6 también se le asignaba un 1.

La puntuación de 8 se establece como un punto de inflexión: cuando la primera y la segunda ronda coinciden en el valor de mediana de 8, el cambio de escala no aplica, continuando con la puntuación de 8. En el resto de casos y según se trate de la primera o de la segunda ronda, las puntuaciones de 8 o por debajo suponen una reducción de su valor en el cambio de escala. En el caso de haber obtenido una puntuación de 7 en las dos rondas, se considera aplicar a esta valoración constante la corrección correspondiente a la primera ronda, a fin de evitar la penalización en una valoración que se mantiene en ambas vueltas.

Con la aplicación del cambio de escala se penaliza la adición de atributos de baja puntuación para impedir que puedan obtener, al ser sumados, un valor con cierta significación.

4.6 Ponderación de cada una de las Áreas y Dimensiones

Para la realización de la posterior ponderación de las diferentes áreas y dimensiones en la 2ª ronda, se solicitó a los panelistas que llevaran a cabo:

- ✱ Un reparto de 100 puntos entre las áreas A y B del apartado 1 del cuestionario, de modo que $A + B = 100$ puntos.
- ✱ Un reparto de 100 puntos entre las 4 dimensiones que componen el área A, de forma que $A1 + A2 + A3 + A4 = 100$.
- ✱ Un reparto de 100 puntos entre las 3 dimensiones que componen el área B de tal manera que $B1 + B2 + B3 = 100$.

Los resultados obtenidos se tabularon tal como aparece en las tablas siguientes (Tablas 10, 11 y 12):

Ponderación sobre 100 puntos de las Áreas A y B			
		Área A	Área B
N	Válidos	42	42
	Perdidos	2	2
Media		xA	xB
Mediana		α	β
Moda		MoA	MoB
Percentiles	10		
	25		
	75		
	90		

Tabla 10: Ponderaciones de las áreas A y B.

Ponderación sobre 100 puntos de las Dimensiones del Área A: Marco Conceptual					
		Dimensión A1	Dimensión A2	Dimensión A3	Dimensión A4
N	Válidos	41	43	43	43
	Perdidos	3	1	1	1
Media		x1	x2	x3	x4
Mediana		A1	A2	A3	A4
Moda		MoA1	MoA2	MoA3	MoA4
Percentiles	10				
	25				
	75				
	90				

Tabla 11: Ponderación dimensiones área A.

Ponderación sobre 100 puntos de las Dimensiones del Área B: Marco Operativo				
		Dimensión B1	Dimensión B2	Dimensión B3
N	Válidos	43	43	43
	Perdidos	1	1	1
Media		y1	y2	y3
Mediana		B1	B2	B3
Moda		MoB1	MoB2	MoB3
Percentiles	10			
	25			
	75			
	90			

Tabla 12: Ponderación dimensiones área B.

4.7 Construcción del Indicador Sintético de Calidad

El Indicador Sintético de Calidad es una combinación lineal de las 7 dimensiones contempladas:

$$ISC = (\alpha_1 \cdot A_1) + (\alpha_2 \cdot A_2) + (\alpha_3 \cdot A_3) + (\alpha_4 \cdot A_4) + (\beta_1 \cdot B_1) + (\beta_2 \cdot B_2) + (\beta_3 \cdot B_3)$$

Se pretendía que su valor tuviera una interpretación sencilla, por lo que se ha construido de forma que varíe de 0 a 100. El problema era determinar el valor de los coeficientes α_i y β_i , constantes en el Indicador y no dependientes de ningún centro, y la puntuación en cada dimensión A_i y B_i , variable según cada centro.

4.7.1. Valor de los coeficientes α_i y β_i

Para su obtención se han considerado:

- * Las ponderaciones asignadas por los panelistas a cada una de las Áreas A y B.
- * Las ponderaciones asignadas por los panelistas a cada dimensión de las Áreas A y B.

4.7.2. Valor de cada dimensión (rangos posibles)

Las hipótesis y condiciones de partida fueron:

- * Cada atributo incluido en cada dimensión solo puede tomar dos valores: 1 = se cumple el contenido del atributo en el SC, 0 = no se cumple el atributo en el SC.
- * El valor de cada atributo no puede ser igual en una dimensión, debe variar según la importancia que representa en esa dimensión, consensuada entre los panelistas.
- * El máximo valor de una dimensión, si se cumplen todos los ítems, ha de ser igual a su peso o coeficiente en el Indicador.

Las puntuaciones de dos atributos en una dimensión solo serán iguales si la importancia atribuida (mediana) es la misma. Estas puntuaciones son fijas en el modelo y no dependen de los centros.

4.7.3. Cálculo del ISC

$$ISC = \alpha_1 \cdot A_1 + \alpha_2 \cdot A_2 + \alpha_3 \cdot A_3 + \alpha_4 \cdot A_4 + \beta_1 \cdot B_1 + \beta_2 \cdot B_2 + \beta_3 \cdot B_3$$

La puntuación en cada dimensión se obtiene sumando el valor de las puntuaciones obtenidas por los atributos (j, si les denominamos con esa letra genérica) de esa dimensión:

$$A_i = \sum A_j \cdot C; \quad B_i = \sum B_j \cdot C$$

donde C puede tomar dos valores: 1 si se cumple el ítem y 0 si no se cumple. Variable, por tanto, en cada centro y con valor dicotómico.

A_i = Peso de los atributos j en la dimensión A_i (Mediana de la importancia asignada al atributo j / Suma de las medianas de los atributos de la dimensión A_i). B_i = Peso de los atributos j en la dimensión B_i (Mediana de la importancia atribuida al atributo j / Suma de las medianas de los atributos de la dimensión B_i). Este indicador fue remitido a todos los participantes en el estudio y presentado al grupo de refrendo, tras ser aprobado por el Comité de Dirección.

4.8. Validación de la construcción del Indicador Sintético de Calidad

Para evaluar la aplicabilidad del mismo, se llevó a cabo una simulación en 5 hospitales de distintas características: 2 hospitales públicos de referencia y alta complejidad, 1 hospital público de media complejidad, 1 hospital de media estancia y en 1 hospital privado de alta complejidad. **La simulación permitió clasificar los hospitales.**

4.9. Distintivo gráfico del Sistema de Calidad Asistencial

El IDIS ha confeccionado un distintivo de marca de calidad, ligado al ISC, que se asignará a los centros de acuerdo con el nivel de puntuación logrado, como reconocimiento al grado de calidad alcanzado por una determinada institución sanitaria.

4.10. Conclusiones y recomendaciones

Asignar puntuaciones a un determinado SC resulta complejo. No es una actividad meramente académica o técnica, sino que responde a una serie de fines determinados (Molas Gallart y Castro Martínez, 2007). Probablemente esa sea la causa por la que hasta la fecha no se ha alcanzado consenso para la confección de un ISC.

En este estudio se ha conseguido obtener un Indicador Sintético de Calidad que permite una agregación en un solo constructo de cada una de las áreas y dimensiones principales de la calidad, gracias a los siguientes factores:

- * **Claridad de objetivos**, que desde el inicio se centraron en conseguir una herramienta que permitiera evaluar, en términos homogéneos, la calidad de las instituciones sanitarias públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud, como reconocimiento a la excelencia y el esfuerzo sostenido para su mejora.
- * **Cambio de enfoque sobre el planteamiento inicial**, al centrar el estudio en las áreas y dimensiones de la calidad y no en la puntuación de un determinado SC, que puede generar sesgos, por ejemplo por tener el panelista un mayor conocimiento o estar más familiarizado con la aplicación de un determinado SC.
- * **Alta implicación en el estudio de las Sociedades Científicas relacionadas con la calidad**, involucradas desde su planteamiento y selección de panelistas, hasta su seguimiento y evaluación de resultados.
- * **Identificación de los panelistas participantes en el estudio entre aquellos de las distintas Comunidades Autónomas** que cuentan con amplio conocimiento, dilatada experiencia y reconocido prestigio en gestión de la calidad asistencial.
- * **Validez del cuestionario**, al estar sustentado en las principales dimensiones de la calidad y haber sido enriquecido con las aportaciones del equipo directivo del proyecto, el grupo de refrendo y los panelistas participantes.

- * **Alto grado de compromiso de los participantes en el estudio**, consiguiendo un elevado grado de consenso y una significativa tasa de respuesta, que permitió acortar el tiempo del estudio a dos rondas y conseguir un Indicador Sintético de Calidad robusto.
- * **Realización de una simulación**, aplicando el Indicador Sintético de Calidad elaborado en varios hospitales que de forma voluntaria y anónima han aplicado la herramienta, remitiendo las respuestas obtenidas y permitiendo la comparación.
- * **La confección del ISC se ha realizado con rigor científico**, mediante el método Delphi que emplea un análisis cualitativo (opinión de expertos) y un procesamiento de las respuestas cuantitativo (tratamiento estadístico).
- * **El ISC, tal y como ha sido diseñado, premia a aquellas instituciones que se esfuerzan en implantar un SC** progresivo y continuado en el tiempo, que es evaluado por una agencia independiente y que recibe un reconocimiento/certificación y acreditación externa por su esfuerzo.
- * **El ISC obtenido es un indicador “vivo”**, dada la constante aparición de nuevos SC en el ámbito de los servicios y, más concretamente, en el sector de la salud. En este contexto resulta obligado efectuar actualizaciones periódicas del ISC obtenido.
- * **La creación por el IDIS de un distintivo diferencial, en función del rango de puntuación del ISC**, obtenido por una institución, permite conseguir un reconocimiento externo que otorga visibilidad a la organización sanitaria por sus resultados en términos de calidad. Este aspecto resulta muy atractivo, en una sociedad globalizada como la actual y un contexto como el europeo, donde la libre circulación de pacientes y profesionales representa una oportunidad para el sector sanitario español, tanto desde el punto de vista social, como del sanitario, tecnológico y económico.

Con este proyecto IDIS pone a disposición de cualquier institución sanitaria, pública o privada, que preste asistencia en atención primaria, especializada o socio-sanitaria una herramienta gratuita que le permitirá realizar una autoevaluación con el ISC y compararse de forma homogénea y anónima, con sus pares o consigo misma en otro periodo, preservando la confidencialidad de esta herramienta. Su mayor punto fuerte es que agrupa todos los sistemas de calidad existentes, que conviven en nuestro ámbito, buscando las sinergias entre ellos.



5. Anexos

ANEXO 1 EXPERTOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO DELPHI

Comunidad Autónoma	Entidad a la que pertenece	Nombre	Apellidos
Andalucía	Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía	Antonio	Torres Olivera
Andalucía	Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía	Victor	Reyes Alcazar
Aragón	Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación	José María	Abad Diez
Madrid	Aliad	Julio	González Bedia
Madrid	ASISA	Carlos	Zarco Alonso
Canarias	Asociación Canaria de Calidad Asistencial	Ángel	Hernández Borges
Asturias	Asociación de Calidad Asistencial del Principado de Asturias	Fernando	Vázquez Valdés
Madrid	Asociación Española para la Calidad	Enrique	González María
Madrid	Asociación Madrileña de Calidad Asistencial	Susana	Lorenzo Martínez
P. Vasco	Asociación Vasca de Calidad Asistencial	Alberto	Colina Alonso
Cataluña	Asociació Catalana D'Entitats de Salut	Genís	Carrasco Gomez
P. Vasco	Clínica Iguatorio Médico Quirúrgico (IMQ) Zorrotzaurre	Nicolás	Guerra Zaldúa
Castilla-León	Complejo Asistencial Universitario de Salamanca	Paz	Rodríguez Pérez
Madrid	Subdirección de Calidad. Dirección General de Atención al Paciente, Servicio Madrileño de Salud	Alberto	Pardo Hernández
Madrid	DNV GL	Carlos	Navarro Bilbao
Valencia	ERESA Grupo Médico	Antonio	Mollá Bau
Madrid	Fundación Ad Qualitem	Joaquín	Estévez Lucas
Cataluña	Fundación Avedis Donabedian	Rosa	Suñol Sala
La Rioja	Fundación Hospital Calahorra	Pelayo	Benito García
Madrid	Grupo Hospitalario Quirón	Paloma	Leis García
Madrid	Grupo Vithas	Ángel	Caicoya de Urzaiz
Madrid	HM Hospitales	Celia	Moar Martinez
Extremadura	Hospital San Pedro de Alcántara	Isabel	Tovar García
Cantabria	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	Concepción	Fariñas Alvarez
Madrid	Hospital de Guadarrama	Rosa	Salazar de la Guerra
Baleares	Servei de Salut de les Illes Balears	Carlos	Campillo Artero
Asturias	Hospital Monte Naranco	Alberto	Fernández León
Madrid	Hospital Puerta de Hierro	Dolors	Montserrat Capella
Madrid	IDC Salud	Celia	García Menéndez
P. Vasco	InnovaSalud	Óscar	Moracho del Río
Cataluña	Instituto Catalán de Oncología	Jordi	Trelis i Navarro

Comunidad Autónoma	Entidad a la que pertenece	Nombre	Apellidos
Madrid	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria	Mª Antonia	Blanco Galán
Madrid	NISA Hospitales	Mª Carmen	Abarca Torralba
P. Vasco	Osakidetza	Susana	Candela Casado
P. Vasco	Hospital Galdakoa-Usansolo	Santiago	Rabanal Retolaza
Madrid	Sanitas	Luis	Delgado Cabezas
Castilla-La Mancha	Servicio de Salud de Castilla-La Mancha	Jesús	Fernández Sanz
Murcia	Servicio Murciano de Salud	José Manuel	Alcaraz Muñoz
Andalucía	Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial	Reyes	Álvarez-Ossorio García de Soria
Cataluña	Sociedad Catalana de Calidad Asistencial	Ángel	Vidal Milla
Castilla-La Mancha	Sociedad de Calidad Asistencial Castilla - La Mancha	Cesar	Llorente Parrado
Andalucía	Sociedad Española de Calidad Asistencial	José Manuel	Martín Vázquez
Andalucía	Sociedad Española de Calidad Asistencial	Emilio	Ignacio García
Aragón	Sociedad Española de Calidad Asistencial	Pilar	Astier Peña
Cataluña	Sociedad Española de Calidad Asistencial	Manel	Santiña Vila
Galicia	Sociedad Gallega de Calidad Asistencial	Mercedes	Carreras Viñas
Murcia	Sociedad Murciana de Calidad Asistencial	Rafael	Gomis Cebrián
Valencia	Sociedad Valenciana de Calidad Asistencial	Tomás	Quirós Morato
Valencia	Universidad Miguel Hernández	José Joaquín	Mira Solves

ANEXO 2 CUESTIONARIO DELPHI DE VALORACIÓN DE SISTEMAS DE CALIDAD. RONDA 1

Cuestionario para la valoración de los sistemas de calidad en organizaciones asistenciales		
	ÁREA A: Marco conceptual del Sistema de Calidad (SC)	ÁREA B: Marco operativo o modo de implementación del SC
Apartado 1	A1: Tipo de SC	B1: Política y estrategia para la implantación del SC
	A2: Características y requisitos de la agencia del SC	B2: Alcance y % de servicios con SC
	A3: Métodos de evaluación que utiliza el SC	B3: Madurez del SC
	A4: Componentes que monitoriza el SC	
Apartado 2	Puntuación de los sistemas pre-seleccionados	

Valoración Atributos

Dimensión A.1: Tipo de Sistema de calidad (SC)													
<p>En este estudio partimos de una concepción amplia de los Sistemas de Calidad (SC) pero en todo caso circunscrita a un reconocimiento externo. Sin embargo, algunas instituciones han decidido implantar sistemas de calidad estandarizados, otras pueden no tener certificados o acreditaciones pero sí evidencias de seguir una metodología de mejora continua, en otras ocasiones los centros únicamente disponen de evidencias de reconocimiento a sus resultados por haberse presentado a premios o distinciones. En muchos centros encontraríamos conviviendo ambas situaciones y en otros ninguna de ellas. Por ello, es necesario ponderar. Aquellas instituciones que no cuenten con ningún tipo de SC estandarizado no son objeto de este estudio. Por favor puntúe los siguientes aspectos relacionados con esta dimensión:</p>													
	Valoración por el panelista de la importancia del ítem (de 0 "nula" a 10 "máxima")										Ordenación por el panelista de los ítems de esta dimensión según su percepción de la importancia que tiene cada uno de ellos (1 a 7)	Aportación por el panelista de Observaciones / sugerencias	
1) El SC otorga un reconocimiento externo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
2) El SC otorga un reconocimiento externo basado en premios (ranking, award, puntuación) sobre los procesos o resultados de una institución, pero no requiere evidencias de implementación de un sistema de gestión de calidad que identifique áreas de mejora, ni exige evaluaciones periódicas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
3) El SC otorga un reconocimiento externo (certificación/acreditación) a la institución que se sustenta en un proceso de mejora continua que identifica áreas de mejora y requiere evaluaciones periódicas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
4) Un centro obtiene una ponderación progresiva si cuenta con más de un premio, distinción o reconocimiento, aunque éstos no requieren evidencias de implementación de un sistema de gestión de calidad que identifique áreas de mejora, ni exige evaluaciones periódicas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
5) Un centro obtiene una ponderación progresiva si cuenta con más de un reconocimiento externo de un SC basado en la mejora continua.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
6) Un centro obtiene una ponderación progresiva si cuenta con más de un premio, distinción o reconocimiento del tipo recogido en la pregunta 4 de esta dimensión, y además cuenta con más de un SC de los recogidos en la pregunta 5 de esta dimensión.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
7) Un centro obtiene una ponderación progresiva si cuenta con más de un reconocimiento a la gestión de la organización.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué grado de dificultad le ha supuesto analizar los ítems contenidos en esta dimensión? (De 0 muy fácil a 10 nada fácil)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

Dimensión A.2: Características y requisitos de la agencia del SC													
Dado que el enfoque de los Sistemas de Calidad (SC) puede ser muy diferente en cada una de las instituciones, la valoración que se otorgue a cada uno de ellos, tendrá en consideración determinados criterios, tales como los que se exponen a continuación: si el SC es obligatorio o voluntario, si tiene validez en el ámbito internacional/nacional/regional, si su alcance es total o parcial, si abarca una o más áreas y si éstas se relacionan o no con un área clínica, así como otras características relativas a la entidad propietaria del SC.													
	Valoración por el panelista de la importancia del ítem (de 0 "nula" a 10 "máxima")										Ordenación por el panelista de los ítems de esta dimensión según su percepción de la importancia que tiene cada uno de ellos (1 a 10)	Aportación por el panelista de Observaciones / sugerencias	
1) El SC es un requisito legal de ámbito estatal (requisito institucional legal de la Administración o del grupo propietario).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
2) El SC es un requisito legal de ámbito autonómico (requisito institucional legal de la Administración o del grupo propietario).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
3) El SC es voluntario.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
4) La agencia que otorga el reconocimiento forma parte de la administración (local/regional o nacional).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
5) El SC se revisa y actualiza periódicamente por la agencia u organismo responsable de su elaboración y desarrollo (versiones).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
6) El SC tiene mayor valor si es de ámbito internacional que nacional.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
7) El SC tiene mayor valor si es de ámbito nacional que autonómico.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
8) El SC tiene mayor valor si es específico del sector salud que si es común para todos los sectores	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
9) Cuando el SC se trata de un modelo común para todos los sectores, tiene mayor valor si cuenta con una adaptación propia para el sector sanitario.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
10) El SC tiene mayor valor cuando en su desarrollo han participado sociedades científicas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué grado de dificultad le ha supuesto analizar los ítems contenidos en esta dimensión? (De 0 muy fácil a 10 nada fácil)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

Dimensión A.3: Métodos de evaluación que utiliza el SC													
Criterios utilizados por la entidad o agencia acreditadora para la implementación del SC, así como la metodología para alcanzar la acreditación/certificación o reconocimiento externo.													
	Valoración por el panelista de la importancia del ítem (de 0 "nula" a 10 "máxima")										Ordenación por el panelista de los ítems de esta dimensión según su percepción de la importancia que tiene cada uno de ellos (1 a 15)	Aportación por el panelista de Observaciones/ sugerencias	
1) El SC dispone de criterios explícitos de evaluación.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
2) El SC se fundamenta en evaluaciones puntuales y sin periodicidad establecida.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
3) El SC se basa en evaluaciones continuas y sistematizadas periódicamente.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
4) El SC valora indicadores o medidas de estructuras, procesos y resultados.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
5) El SC exige, para puntuar, que los indicadores alcancen determinados niveles mínimos o puntos de corte.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
6) El reconocimiento externo del SC exige únicamente un cuestionario de autoevaluación que cumplimenta el propio centro.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
7) El reconocimiento del SC exige además del cuestionario de autoevaluación que cumplimenta el propio centro, una visita posterior de auditoría realizada por evaluadores externos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
8) El SC requiere que los evaluadores externos cuenten con formación específica.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
9) En caso de existir una evaluación externa del SC, ésta tiene que contar con una duración superior a un día.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
10) El informe final de evaluación externo se basa únicamente en no-conformidades.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
11) El informe final de evaluación externo considera únicamente puntuaciones.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
12) El informe final de evaluación externo además de incluir puntuaciones/no conformidades, incorpora puntos fuertes y áreas de mejora.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
13) El SC tiene que contemplar varios niveles o grados de reconocimiento externo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
14) El SC tiene que valorar la comparación con otros centros.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
15) El SC (no sólo los certificados o reconocimientos) tiene que valorar que los resultados de la evaluación externa sean accesibles y públicos para pacientes y ciudadanos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué grado de dificultad le ha supuesto analizar los ítems contenidos en esta dimensión? (De 0 muy fácil a 10 nada fácil)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

Dimensión A.4: Componentes que monitoriza el SC													
En esta dimensión se tendrá en consideración si el SC evalúa o contempla los principios de la excelencia en las organizaciones sanitarias.													
	Valoración por el panelista de la importancia del ítem (de 0 "nula" a 10 "máxima")										Ordenación por el panelista de esta dimensión según su percepción de la importancia que tiene cada uno de ellos (1 a 24)	Aportación por el panelista de Observaciones / sugerencias	
1) El SC contempla la implicación de todos los líderes, profesionales y directivos en la gestión del SC.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
2) El SC contempla una política de motivación de apoyo y reconocimiento a las personas por parte de los líderes.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
3) El SC contempla la implicación de los trabajadores y profesionales del centro en la difusión y análisis de los resultados obtenidos con él.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
4) Los resultados del SC se tienen en consideración para reformular la política y estrategia del centro.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
5) Los resultados de SC permiten una evaluación comparada (Benchmarking) externa e interna.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
6) El SC evalúa y reconoce el desempeño del profesional.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
7) El SC potencia la formación continua del personal.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
8) El SC cuenta con requisitos sobre la certificación/ acreditación de los profesionales.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
9) El SC potencia la seguridad del personal.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
10) El SC monitoriza la satisfacción de los profesionales y/o el clima laboral.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
11) El SC potencia la utilización adecuada de la tecnología y los sistemas de la información.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
12) El SC favorece las relaciones con los "socios" y proveedores.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
13) El SC tiene en consideración todos los procesos claves de la organización.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
14) El SC cuenta con un sistema formal de estandarización de la práctica clínica (guías clínicas, "clinical pathways", protocolos asistenciales basados en la evidencia científica).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
15) El SC valora la monitorización de las funciones relacionadas con la atención y satisfacción del paciente.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
16) El SC valora la monitorización de los procesos de seguridad de los pacientes.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
17) El SC valora la monitorización de los sucesos adversos y especialmente la mortalidad "evitable".	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
18) El SC valora la monitorización de los protocolos de uso seguro de la medicación.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

	Valoración por el panelista de la importancia del ítem (de 0 "nula" a 10 "máxima")										Ordenación por el panelista de esta dimensión según su percepción de la importancia que tiene cada uno de ellos (1 a 24)	Aportación por el panelista de Observaciones / sugerencias	
19) El SC valora la existencia de un sistema de registro de incidentes y su análisis para poner en marcha medidas preventivas y correctoras de mejora.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
20) El SC valora la implicación de los profesionales y directivos para lograr una institución "segura".	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
21) El SC incluye requisitos específicos sobre la evaluación y control de las historias clínicas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
22) El SC incluye requisitos específicos para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información disponible en el centro.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
23) El SC incluye requisitos sobre herramientas (informáticas,...) para prácticas seguras, que permitan un mejor aprovechamiento de la información para la prevención, corrección y mejora.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
24) El SC incluye requisitos específicos sobre la evaluación y control del impacto medioambiental.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué grado de dificultad le ha supuesto analizar los ítems contenidos en esta dimensión? (De 0 muy fácil a 10 nada fácil)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		



Dimensión B.1: Política y estrategia para la implantación del SC														
Trata de evaluar en qué medida se ha planificado el sistema de calidad y su coherencia con la planificación estratégica del centro, así como si en su elección se ha tenido en consideración a todos los grupos de interés.														
	Valoración por el panelista de la importancia del ítem (de 0 "nula" a 10 "máxima")										Ordenación por el panelista de los ítems de esta dimensión según su percepción de la importancia que tiene cada uno de ellos (1 a 5)	Aportación por el panelista de Observaciones / sugerencias		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			10	
1) El SC alcanza a toda la organización.														
2) El SC pondera que la organización cuente con una estructura organizativa (Servicio/ Unidad) responsable de la gestión de la calidad (Ej.: existe un departamento o servicio de calidad con personal adscrito al mismo, además de unas comisiones y grupos de mejora).														
3) El SC valora la monitorización de los indicadores de calidad que forman parte de la agenda de Dirección.														
4) El SC valora la transparencia en la rendición de cuentas y su difusión ante la sociedad y los grupos de interés.														
5) El SC valora que la organización cuente con un cuadro de mandos de revisión periódica que incluye indicadores sobre resultados clínicos y satisfacción de pacientes.														
¿Qué grado de dificultad le ha supuesto analizar los ítems contenidos en esta dimensión? (De 0 muy fácil a 10 nada fácil)														

Dimensión B.2: Alcance y % de servicios con SC														
En esta cuestión deberá de tenerse en consideración qué peso tiene en el SC el alcance o áreas (% sobre el total del centro) en las que está implantado.														
	Valoración por el panelista de la importancia del ítem (de 0 "nula" a 10 "máxima")										Ordenación por el panelista de los ítems de esta dimensión según su percepción de la importancia que tiene cada uno de ellos (1 a 5)	Aportación por el panelista de Observaciones/ sugerencias		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			10	
1) El SC evalúa el conjunto del centro.														
2) El SC permite valorar sólo uno o varios servicios centrales o de soporte asistencial.														
3) El SC permite valorar sólo uno o varios servicios generales (por ejemplo cocina) o logísticos (por ejemplo almacén).														
4) Cuando el SC alcanza a todo el centro, valora el porcentaje de servicios de la organización en los que está implantado:														
Más del 70% de los servicios.														
Entre el 30% y el 70% de los servicios.														
Menos del 30%.														
5) El SC es puntual, con un alcance limitado.														
¿Qué grado de dificultad le ha supuesto analizar los ítems contenidos en esta dimensión? (De 0 muy fácil a 10 nada fácil)														



Dimensión B.3: Madurez del SC													
	Valoración por el panelista de la importancia del ítem (de 0 "nula" a 10 "máxima")										Ordenación por el panelista de los ítems de esta dimensión según su percepción de la importancia que tiene cada uno de ellos (1 a 3)	Aportación por el panelista de Observaciones/ sugerencias	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			10
1) El SC incluye la ponderación del número de años que la organización lleva con algún tipo de SC implantado.													
2) El SC valora si la organización ha mejorado el reconocimiento adquirido en la evaluación previa.													
3) El SC puntúa con minusvaloración progresiva el número de veces que la organización ha perdido el reconocimiento.													
¿Qué grado de dificultad le ha supuesto analizar los ítems contenidos en esta dimensión? (De 0 muy fácil a 10 nada fácil)													

ANEXO 3 BIBLIOGRAFÍA:

Astigarraga E. (2006). El método Delphi [citado 10 de nov. 2006]. www.codesyntax.com/prospectiva/Metodo_delphi.p. (Consultado en marzo 2014)

Cherchye L, Moesen W, Rogge N, y Puyenbroeck T (2007). An Introduction to "Benefit of the Doubt". Composite Indicators. Social Indicators Research. 82, (1) pp.111-145.

Domínguez Serrano M, Blancas Peral FJ, Gerrero Casas FM, Gonzalez Lozano M.(2011) Una revisión crítica para la construcción de indicadores sintéticos. REVISTA DE MÉTODOS CUANTITATIVOS PARA LA ECONOMÍA Y LA EMPRESA (11). pp 41-70.. ISSN: 1886-516X. D.L: SE-2927-06.URL: <http://www.upo.es/RevMetCuant/art.php?id=48>. (Consultado en 2014)

Dalkey N, y Helmer O. (1963). An experimental application of the Delphi method to the use of Experts. Management Science, 9 (3), 458-467.

Geist MR. (2010). Using the Delphi Method to engage stakeholders. A comparison of two studies. Evaluation and Program Planning, 33 (2), 147-154.

Gordon T. (1993). The Delphi Method. The Millennium Project. En <http://millennium-project.org/>

Gordon T. (2007)." Energy forecasts using a "roundless" approach to running a Delphi study,"Foresight, 9, (2), 27-35.

Gustafso D, Shukla RK, Delbecq A, Walster GW. Comparative study of the differences in subjective likelihood estimates made by individuals, interacting groups, Delphi groups and nominal groups. Organizational behaviour and human performance. 9 (2), 280-291.

Helmer O. (1983). Looking forward: a guide to futures research. Sage Publications.

IDIS. (2014). Estudio RESA. Indicadores de Resultados en Salud de la Sanidad Privada.

IDIS. (2013) "Flexibilidad estratégica del sector privado ante la transformación de la sanidad pública: Análisis de escenarios de futuro 2013-2018".

IDIS. (2014) "Sanidad Privada Aportando Valor. Análisis de Situación".

Landeta J. (2006).Current Validity of the Delphi method in social sciences. Technological Forecasting and Social Change, 73 (5),467-482.

Molas-Gallart J, Castro Martínez. (2007). Ambiguity and conflict in the development of "Third Mission" indicators. Research evaluation. 16 (4), 321-330.

Okoli, C and Pawlowski, SD. (2004) *The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications*. Information & Management. 42 (1), 15-29.

OCDE. (1997) Better understanding our cities. The rule of urban indicators.

Palomares Montero D, García-Aracil A, Castro-Martínez E. (2008). Evaluación de las instituciones de educación superior: revisión bibliográfica del sistema de indicadores. Revista Española de Documentación Científica, 31 (2), 205-229.

ENTIDADES QUE FORMAN PARTE DEL IDIS

Patronos IDIS

- ACES
- ADESLAS
- ASISA
- AXA
- CASER
- DKV
- ERESA
- Gehosur Hospitales
- Grupo Hospitalario Quirón
- Grupo Hospitalario Recoletas
- Grupo IMO
- HM Hospitales
- Hospitales Nisa
- Hospiten
- IDC Salud
- IMQ
- Innova Ocular
- Instituto Hispalense de Pediatría
- MAPFRE
- Red Asistencial Juaneda
- Sanitas
- Unilabs
- Vithas

Patronos de libre designación

- Alianza General de Pacientes
- Asebio
- Consejo General de Colegios de Enfermería
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
- Facme
- Farmaindustria
- Fenin
- Foro Español de Pacientes
- Organización Médica Colegial

Patrocinadores

- Boston Scientific
- DNV Business Assurance
- GE Healthcare
- Johnson & Johnson Medical Companies
- Medtronic
- Otsuka
- Philips
- Sanofi Pasteur MSD
- Siemens
- Zeltia

Colaboradores IDIS

- Aliad
- A.M.A.
- Amgen
- Carbueros Medica
- Covidien
- Dräger
- Elekta
- Emsor
- Esteve
- Future Health
- Grupo Cofares
- Hartmann
- InterSystems
- Kantar Health
- LEO Pharma
- Mindray
- MSD
- Novartis
- Palex
- Pfizer
- Roche
- Sanofi
- Willis Iberia
- 3M Health Care

Asociados IDIS

- Abacid
- Asefa
- Cerba Internacional
- Clínica La Luz
- Clínica Rotger
- Clínica San Francisco
- Clínica San Roque
- Diaverum
- Fundación Tejerina
- Ginefiv
- Grupo Hospitalario Modelo
- Grupo Previsión Sanitaria Nacional
- HealthTime
- Hospital General Santísima Trinidad
- Hospital Perpetuo Socorro
- Hospital San Francisco de Asís
- Instituto Oncológico de San Sebastián. Onkologikoa
- Policlínico La Rosaleda
- Sanyres
- Santalucía
- Xanit Hospital Internacional



Con el patrocinio de:



con la colaboración de

