

SISTEMAS DE GARANTÍA DE CALIDAD EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Autores:

- Ignacio Perez- Montaut Merino. Médico Dispositivo de Cuidados Críticos y Emergencias. Centro de Salud de Las Lagunas. Málaga
- Isabel Carrillo Becerra. Médico. Unidad de Medicina Hiperbárica. Clínica El Angel. Málaga.
- Juan Manuel Olmedo Fernández. Médico Dispositivo de Cuidados Críticos y Emergencias. Centro de Salud de Las Lagunas. Málaga
- Agustín Cases Garrido. Médico Dispositivo de Cuidados Críticos y Emergencias. Centro de Salud de Las Lagunas. Málaga
- M^a Dolores Lirio Fernández. Médico Dispositivo de Cuidados Críticos y Emergencias. Centro de Salud de Las Lagunas. Málaga

Correspondencia:

Ignacio Pérez- Montaut Merino.

e-mail: naperez@ariam.net

SISTEMAS DE GARANTÍA DE CALIDAD EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

- I. JUSTIFICACIÓN
- II. INTRODUCCIÓN
- III. CONCEPTO DE CALIDAD Y CALIDAD ASISTENCIAL. CALIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS.
- IV. DIMENSIONES MENSURABLES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL
- V. IMPORTANCIA DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD
- VI. SISTEMAS DE CALIDAD EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS.
 - VI.1. DEFINICIÓN DE SISTEMA.*
 - VI.2. MONITORIZACIÓN*
 - VI.3. CICLOS DE MEJORA*
- VII. BIBLIOGRAFÍA
- VIII. PREGUNTAS TEST

I. JUSTIFICACIÓN

El tema SISTEMAS DE GARANTÍA DE CALIDAD EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS pretende acercar a los profesionales que trabajan en urgencias y emergencias el enfoque de la calidad en nuestra actividad, tanto la calidad científico-técnica de los medios que empleamos en el tratamiento de los pacientes con un problema agudo, de inicio súbito, como la calidad percibida por el paciente.

Para ello se exponen los motivos por los que la calidad debe estar presente en nuestro sistema organizativo y cuales son los conceptos más usados en lo relativo a calidad asistencial.

De igual forma, se explican someramente las dimensiones o componentes de la calidad asistencial, es decir, que factores debemos tener en cuenta al diseñar un sistema de garantía de calidad, algunos tan importantes como la accesibilidad al sistema sanitario y la continuidad asistencial entre los distintos servicios hasta la resolución del proceso que llevó al paciente a consultar con un servicio de urgencias.

Por último, se detalla esquemáticamente como desarrollar un sistema de garantía de calidad en un servicio de urgencias, partiendo de la definición del sistema (misión, visión y líneas estratégicas), el establecimiento de un sistema de monitorización de nuestras actuaciones (criterios relevantes, indicadores y estándares), tanto de estructura y proceso, como de resultado y como emplear los ciclos de mejora, ya que una de características fundamentales de la calidad asistencial es su dinamismo, es decir, siempre se puede mejorar, dado que en la ciencia médica, los principios incuestionables de hoy, dejaran de serlo mañana y habrá que aplicar nuevas tecnologías y nuevas terapéuticas que harán que replanteemos el sistema.

II. INTRODUCCIÓN

Desde hace algunos años el término calidad asistencial está de moda. En todas partes oímos hablar de calidad asistencial.

¿Porqué está de moda la calidad? Fundamentalmente por tres razones:

1. **Es una exigencia ciudadana.** Generalmente cuando compramos un determinado producto anteponeamos su calidad a cualquier otro factor, incluso al precio. Esto hace que las distintas

organizaciones y empresas, tengan al cliente en el centro de sus decisiones. La idea principal está en satisfacer al cliente, pero además, con el objetivo de proporcionarle un producto o servicio que incorpore un valor adicional, no esperado o sugerido por aquél, al mismo precio que otro producto similar.

En el terreno sanitario esto se traduce en que ya no es suficiente curar al enfermo con la técnica adecuada y con un trato humano correcto, sino que además, el enfermo debe estar satisfecho con la atención recibida. Los términos enfermo/ paciente/usuario/cliente van adquiriendo otros significados. Así, la palabra **enfermo o paciente** se ha complementado con la de **usuario**, para reflejar que, como tal, puede opinar y participar en general sobre cualquier estructura u organización sanitaria, usando la palabra **cliente** cuando hacemos referencia a la capacidad del paciente para elegir y recabar información para decidir sobre aquellos temas que él crea más convenientes para su estado de salud o de enfermedad.

2. Hasta un 80% de los problemas de calidad que se detectan están relacionados con **deficiencias en la organización**, entendiendo esta de un modo amplio: formación, protocolización, normativización, control, etc. Estas deficiencias son susceptibles de mejoras sin necesidad de recursos adicionales.
3. Los **costes de la no-calidad** pueden llegar a suponer un 25% del coste total de la producción. Ejemplos de costes de no-calidad en los servicios sanitarios de urgencias y emergencias son las peticiones innecesarias y repeticiones de exploraciones complementarias (ECG, Rx, analíticas) por errores técnicos o extravíos, uso de material o medicamentos inadecuados, reclamaciones por mala práctica, demoras injustificadas, etc.

Los costes de la no-calidad y las mejoras organizativas que pueden obtenerse sin apenas costes adicionales, junto con las exigencias de los ciudadanos, son potentes razones que explican porqué la calidad es una variable estratégica en cualquier plan de gestión de un hospital, un servicio o una unidad funcional.

III. CONCEPTO DE CALIDAD Y CALIDAD ASISTENCIAL. CALIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS.

El concepto de calidad tiene su origen en los procesos industriales. Así, en el ámbito de las empresas se habla de **Calidad total** como el conjunto de principios, de métodos organizados y de estrategia global que intentan 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.

Juran define la Calidad como la idoneidad o aptitud para el uso de un determinado producto o servicio; es decir, un producto o servicio será de Calidad si sirve para lo que está previsto que sirva. Este concepto exige una definición previa de qué necesidades y expectativas están previstas que sean satisfechas por el producto o servicio a evaluar.

Deming define la Calidad en función del sujeto que ha de juzgar el producto o servicio. Para **Ishikawa** el concepto de Calidad es muy parecido, ya que la Calidad del producto o servicio es la satisfacción de los requisitos de los consumidores de ese producto o servicio.

La **American Society for Quality Control** define la Calidad como la totalidad de funciones y características de un producto o servicio dirigidas a satisfacer las necesidades de un cierto usuario.

En los **manuales de normas ISO (ISO 29004-2)** se define la calidad como el conjunto de especificaciones y características de un determinado producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o presuponen.

Hasta aquí hemos visto lo que es la Calidad en el campo industrial. En lo referente al terreno sanitario, también ha ido evolucionando el concepto de Calidad. Existe una definición clásica (**IOM 1972**) que dice que una asistencia médica de Calidad es aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población, con los recursos que la sociedad y los individuos han elegido destinar a ella.

La **OMS (1985)** define que la Calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso.

Podríamos seguir dando definiciones, pero personalmente creo que como punto de partida para desarrollar un sistema de calidad en el ámbito sanitario, la definición más completa es la del **Programa Ibérico**, que define la **Calidad de la atención sanitaria** como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario. Esta definición incluye dimensiones incuestionables en cualquier sistema de calidad (**calidad científico-técnica, satisfacción y accesibilidad**), pero existen otras dimensiones, las cuales veremos a continuación, que se pueden incorporar al sistema de calidad asistencial que queramos diseñar.

Hablar de Calidad total en el sistema sanitario es hacerlo sobre un sistema de gestión de la calidad.

IV. DIMENSIONES MENSURABLES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Las dimensiones (también denominadas factores, componentes, atributos) de la calidad representan hacia donde hay que mirar para valorar si existe calidad o no. A continuación veremos las dimensiones más habituales, recordando que el sistema de calidad puede funcionar con solo algunas de ellas, dependiendo siempre de lo ofertado.

1. **Calidad científico-técnica**.- Se refiere a la capacidad de los proveedores de utilizar el más avanzado nivel de conocimientos existentes para abordar los problemas de salud, es decir, para producir salud y satisfacción en los usuarios, ya que incluye tanto los aspectos científico-técnicos en sentido estricto, como los de trato interpersonal. Esta es la dimensión que mejor se entiende y la más medida como representante de la calidad de los servicios sanitarios.
2. **Accesibilidad**.- Es la facilidad con la que la atención sanitaria puede obtenerse en relación con los aspectos (barreras) organizacionales, económicos, culturales y emocionales respecto a los usuarios. Palmer incluye en la accesibilidad otra dimensión, **la equidad**, que no es otra cosa que la capacidad de ofrecer mayor atención a quién más lo necesita e igual atención a igual necesidad. Así, para este autor, la accesibilidad es la distribución equitativa y oportuna de la atención sanitaria apropiada para aquellos con necesidades equivalentes.

Uno de los criterios o indicadores de calidad más directa y con frecuencia medida en relación con la accesibilidad es la cobertura; P.ej., baja cobertura en pacientes previamente

diagnosticados de SCA (Síndrome Coronario Agudo) equivale a mala calidad por probable defecto en la accesibilidad, fundamentalmente en aspectos culturales.

Otro aspecto importante referente a la accesibilidad, una vez conseguido el contacto con el sistema sanitario por parte del usuario, es la **accesibilidad interna**, que englobaría los tiempos de espera, tiempos de respuesta, descoordinaciones, etc., es decir, todo lo que impide la fluidez normal de un proceso asistencial visto en su totalidad, incluyendo la necesaria coordinación entre niveles asistenciales.

3. **Efectividad, Eficiencia y Eficacia**.- Son tres dimensiones generalmente no bien comprendidas, pero básicas en un sistema de calidad asistencial, especialmente en los dedicados a urgencias y emergencias. Se entiende por **efectividad** la medida en que una determinada práctica o atención sanitaria mejora el estado de salud de la población concreta que la recibe, o dicho de otra forma, el grado en que la asistencia médica al paciente se presta de manera correcta, según el estado actual del conocimiento, para alcanzar el resultado deseado por el paciente. La **eficiencia** sería la relación entre coste y producto, es decir, la relación entre los resultados de la asistencia y los recursos utilizados para prestar asistencia al paciente. Ser eficientes nos permite hacer más cosas con el mismo dinero. Por supuesto se asume que una mayor eficiencia proporciona una mejor calidad. La **eficacia** sería el grado en que la asistencia médica se ha mostrado capaz de alcanzar los resultados deseados por el paciente.
4. **Satisfacción**.- La satisfacción puede definirse como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario. Aquí es importante destacar el hecho de que un mejor trato personal se asocia con una mayor satisfacción. La satisfacción debe contemplar también al cliente interno, es decir, al profesional.
5. **Adecuación**.- No existen definiciones uniformes acerca de la adecuación. Para la Joint Commission la adecuación es la medida en que la atención médica se corresponde con las necesidades del paciente. Vuori considera que la adecuación es la relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población.
6. **Continuidad**.- Es la dimensión más compleja y difícil de definir. Shortell la define como la medida en que la atención necesaria se provee de forma ininterrumpida y coordinada. Para otros autores, la continuidad sería el tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado dentro de la dimensión científico-técnica de la calidad asistencial.

V. IMPORTANCIA DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Para que la división de la calidad asistencial en sus dimensiones tenga sentido para muchos puntos de vista, cada dimensión debe reflejar valores que cuenten con un amplio respaldo social. A estos valores respaldados socialmente y respetados por todos se les denomina **principios**. Pues bien, una atención sanitaria de calidad implica tener en cuenta cuatro principios básicos:

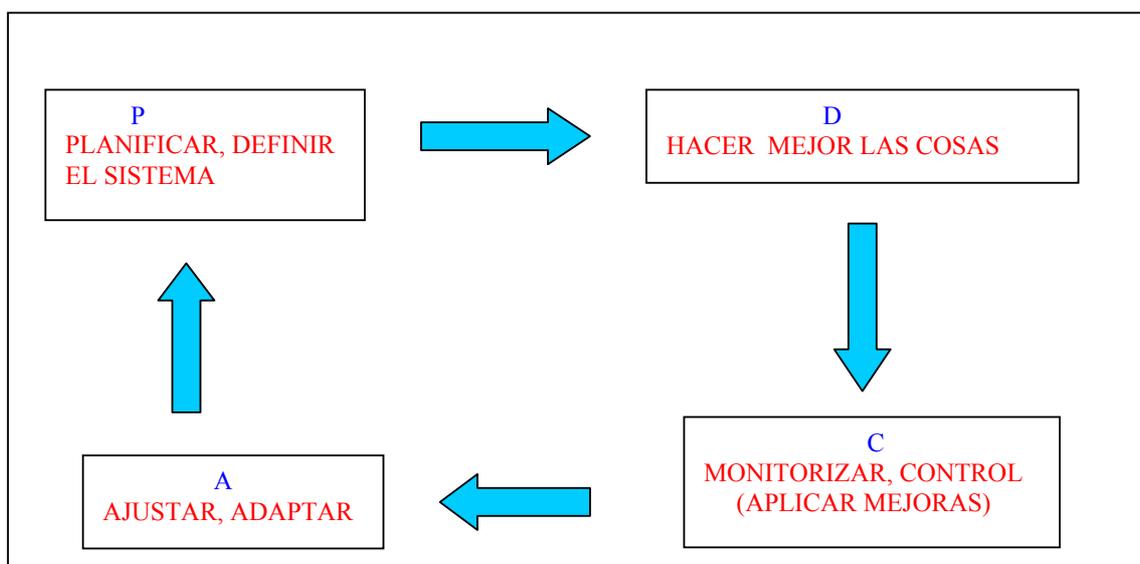
1. **Beneficencia.**- Significa que hay que ser efectivos y se mide por la efectividad de la atención prestada.
2. **No maleficencia.**- Significa que hay que evitar riesgos. Se mide por la calidad científico-técnica.
3. **Autonomía.**- Consiste en que una atención de calidad tiene que respetar en la medida de lo posible las preferencias del paciente, haciéndolo participe de las decisiones que le atañen. Este principio está muy relacionado con la información que recibe el paciente y la relación paciente-profesional, sin olvidar las cuestiones relativas al confort (todas ellas relacionadas con la satisfacción).
4. **Justicia.**- La atención de calidad debe ser equitativa, dando más al que más necesite, sin discriminar a nadie por sus características personales o por las de su enfermedad. La justicia se mide por la accesibilidad y equidad, especialmente si se focaliza en los grupos más vulnerables que son los que más necesidad tienen.

VI. SISTEMAS DE CALIDAD EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Para trabajar con Calidad se necesita tener **Cultura de Calidad**, es decir, conocimientos y comportamientos. Los conocimientos los deben aportar la empresa, pero los comportamientos dependen de cada uno. A este nivel es importante el **trabajo en equipo**, ya que la calidad va a ser el resultado del trabajo de todos, pero es igual de importante la existencia del **liderazgo directivo**, entendiendo que el líder debe ser un facilitador, debe ayudar al profesional a trabajar cada vez mejor y, además, es fundamental que el líder sea un ejemplo para los demás, tanto de capacidad de trabajo como de comunicación y accesibilidad.

El diseño de un sistema de calidad de un determinado producto o servicio en el ámbito sanitario va a depender en esencia de nosotros mismos, es decir, tenemos que definir nuestro **producto sanitario** como la suma de dimensiones que hacen que la actividad sanitaria, en nuestro caso la asistencia urgente y emergente, solucione la enfermedad y los problemas de toda índole que de ella se derivan, con la **participación de todos los miembros del equipo sanitario**, asumiendo los principios de participación, mutua confianza e identificación con los objetivos de nuestro servicio, e incluyendo las características que ha de tener para que sea de calidad y para que después intentemos medirlas de forma directa o indirecta.

Para verlo de una forma más didáctica dividiremos el diseño en cuatro apartados, pero teniendo en cuenta que los cuatro están tan imbricados entre sí mismos que no sirve de nada actuar sobre alguno de ellos por separado. Estos apartados serían:



CICLO DE SHEWART PARA GESTIÓN SISTEMÁTICA DE PROCESOS (PLAN, DO, CHECK, ACT)

VI.1. DEFINICIÓN DEL SISTEMA.-

Es nuestro punto de partida. Tenemos que tener en cuenta tres cosas fundamentales:

A/ Misión.- La misión de una organización es la función o tarea fundamental que la sociedad asigna y espera de esa organización. En nuestro caso sería la programación del servicio que vamos a ofrecer, es decir, quienes somos y para qué existimos. Esta definición de la misión es muy importante que sea asumida por todos los integrantes del

servicio, ya que uno de los problemas más importantes que suele presentarse es la no implicación inicial de algunos de los integrantes del mismo.

B/ Visión.- Consiste en describir lo que queremos ser como algo posible y deseable, basándonos en nuestra misión previamente asumida. Aquí incluiremos las dimensiones de la calidad (accesibilidad, equidad, eficiencia y efectividad, calidad científico-técnica, etc.) que creamos necesarias para nuestra misión, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de los usuarios. Para esto existen formas de participación de los usuarios, bien de forma activa mediante la elección de proveedores de sus necesidades o mediante la presentación de quejas o reclamaciones, o bien de forma pasiva mediante las encuestas de satisfacción, opinión, expectativas, mediante la creación de grupos focales, informadores clave, etc.

C/ Líneas estratégicas.- Son los caminos que vamos a tomar para el logro de nuestra misión y visión (estructura física y recursos materiales, comunicaciones, transporte, reciclajes, protocolización, investigación, sesiones clínicas, estudio de reclamaciones, grupos de mejora, integración y coordinación interniveles, responsabilidad en el uso de recursos, círculos de calidad y equipos de mejora, etc.). Necesita de la identificación de los parámetros y resultados a conseguir.

El **objetivo inmediato** de esta definición del sistema es diseñar los procesos asistenciales, con las estructuras necesarias, para conseguir los resultados deseados predeterminados.

VI.2. MONITORIZACIÓN.-

Consistiría en la **identificación de los aspectos relevantes del servicio** que vamos a ofrecer y construir los **indicadores sobre su calidad**. La validez de un indicador es el grado en que este consigue su objetivo, es decir, la identificación de situaciones en las que la calidad del proceso asistencial debería mejorarse. A partir de aquí podemos identificar los problemas de calidad u oportunidades de mejora. El dimensionado e identificación de problemas relativos a la atención a urgencias y emergencias pueden ser los circuitos de pacientes dentro del sistema de urgencias (hospitalario o extrahospitalario), el estudio de las áreas estructurales (espacio físico, sistemas de información, sistemas de registro, etc.), las tareas que se realizan en el sistema de atención, los diagnósticos más frecuentes y los problemas en relación con los mismos, etc.

Un **indicador** es una medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar una actividad o la calidad de la misma. El indicador expresa la información como un suceso (indicador centinela) o como una ratio (índice) de sucesos. A cada indicador que determinemos hay que asociarle un **estándar** o grado de cumplimiento exigible para que nos sirva de guía en el control y valoración de la actividad que queremos medir. Podemos determinar indicadores de calidad científico-técnica de una actividad (como se realiza dicha actividad) e indicadores de calidad percibida (la opinión de los pacientes es importante a la hora de diseñar un sistema de calidad).

Un **indicador centinela** es aquel que mide un hecho específico no deseable, evitable y de serias consecuencias, que requiere siempre una investigación detallada del caso para averiguar las causas que lo han desencadenado. Un ejemplo de indicador centinela en urgencias y emergencias sería el fallecimiento de un paciente en sala de espera de un servicio de urgencias tras conocer el motivo de consulta y haber sido objeto de una primera evaluación (triage).

En relación con los aspectos mensurables, podemos obtener indicadores brutos de actividad de un determinado servicio de urgencias (promedio de asistencias/día, ingresos/pacientes asistidos, etc.) e indicadores relacionados con los elementos de una determinada actividad. Así, podemos determinar indicadores de:

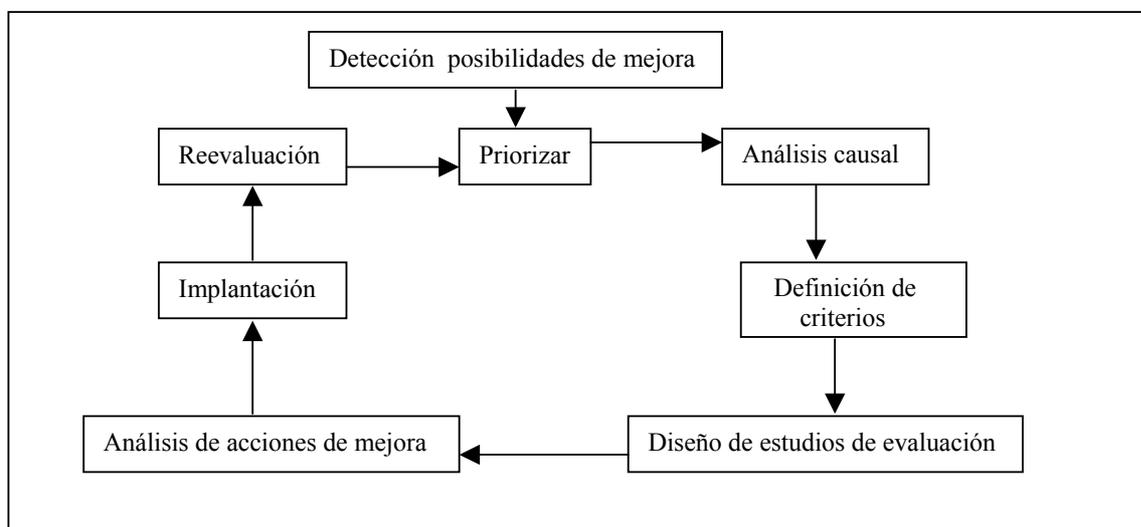
A/ Estructura; son indicadores que miden la existencia (o ausencia) de medios físicos necesarios para realizar una actividad. Por ejemplo, si determinamos que en los casos de pacientes cuyo motivo de consulta es el dolor torácico se debe realizar un electrocardiograma a su llegada, debe existir la posibilidad de realizar el mismo en el área de triage. El indicador sería el porcentaje de electrocardiogramas realizados en triage ante un cuadro de dolor torácico.

B/ Proceso; son indicadores que miden el funcionamiento de una actividad o aspecto interno del proceso asistencial que es crítico para el resultado final del mismo. En este apartado se pueden establecer múltiples indicadores, como el tiempo medio de respuesta (hora de inicio de asistencia menos la hora de llegada, expresado en minutos), porcentaje de electrocardiogramas realizados a pacientes con urgencia hipertensiva, porcentaje de trombolisis realizadas en los primeros 30 minutos de la llegada de un síndrome coronario agudo, etc.

C/ **Resultado**; miden lo que ocurre (o no) después de haber realizado una actividad o proceso. Aquí podrían determinarse indicadores como el índice de resolución, mortalidad tras demanda de asistencia urgente, sesiones específicas de mortalidad, porcentaje de reclamaciones (indicador de calidad percibida).

VI.3 CICLOS DE MEJORA.-

Consisten en la identificación de un problema de calidad en algún aspecto de los servicios que se ofrecen con el objetivo de intervenir, priorizar, analizar las causas que lo originan, analizar las soluciones y su forma de aplicarlas, reevaluar y en definitiva, conseguir una mejora del sistema.



No hay posibilidad de mejora si no sabemos de donde partimos. Precisamos datos para que, una vez que hayamos implantado las mejoras, sepamos si realmente hemos mejorado o no. Además, la información sobre el propio trabajo puede ser un importante estímulo para el profesional.

Todo proceso es mejorable, y nuestra labor es definir cuáles de nuestros procesos en urgencias y emergencias son esenciales, y aquellos que son tan importantes que forzosamente debemos hacerlos bien deben ser analizados y evaluados de forma periódica y si es necesario, deben ser corregidos hasta lograr el nivel de cumplimiento que consideramos satisfactorio.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- **Tejedor Fernández M.** El sistema de calidad en el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Ponencia en las Jornadas de Primavera de SEMES-A. Sevilla, Abril 1997.
- **Saturno PJ, Quintana O, Varo J.** Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. 1998.
- **Juran JM.** Conceptos básicos. En Manual de Control de Calidad, 2ª ed. Ed. Reverté, Barcelona 1990, cap.2.
- **Institute of Medicine.** Advancing the Quality of health Care: key issues and fundamentals principles. Washinton DC, National Academy of Science, 1974,1.
- **Vuori HV.** El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. SG Masson, Barcelona 1988: 37-102.
- **Palmer RH.** Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Dirección General de Planificación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
- **Concejo Badorrey C.** Implantación de un programa de calidad en un servicio de urgencias hospitalario (ponencia). Rev calidad asistencial 1997, 12:240-52.
- **Pérez-Montaut Merino I.** Calidad Asistencial en Urgencias de Atención Primaria (ponencia). Rev calidad Asistencial 1997, 12: 252-6.
- **Roca Guiseris et al.** La Medicina Intensiva ante los retos del siglo XXI. Estrategias de adaptación y de cambio. Documento Sierra Nevada 1997. En Med Intensiva 1998; 22: 254-8.
- **Ruiz Moreno J.** Benchmarking en Medicina Intensiva. En Med Intensiva 1998; 22: 308-12.
- **De la Peña, J.** Calidad Asistencial. Principios Generales. Documento. Curso de Gestión. Distrito Sanitario Costa del Sol. Enero 1999.
- **Manual de Indicadores de Actividad y Calidad para Urgencias y Emergencias Sanitarias.** Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Diciembre 2000.

CUESTIONARIO

- 1) En los servicios sanitarios, el concepto de calidad puede incluir:
 - a) Mejora del nivel de salud.
 - b) La satisfacción de la población.
 - c) La calidad científico-técnica.
 - d) La accesibilidad.
 - e) Todas ellas.

- 2) En calidad asistencial, la eficiencia se define como:
 - a) El grado en que la asistencia médica se presta de manera correcta.
 - b) La relación entre los resultados y los recursos utilizados.
 - c) El grado en que la asistencia es capaz de alcanzar los resultados deseados.
 - d) Todas son válidas.
 - e) Ninguna es correcta.

- 3) Los resultados que se obtienen de una actuación sanitaria en condiciones ideales:
 - a) Es la efectividad.
 - b) Es la eficiencia.
 - c) Es la eficacia.
 - d) Es la satisfacción.
 - e) Ninguna de ellas.

- 4) En el diseño de un sistema de calidad sanitario en Urgencias, el 1º paso corresponde:
 - a) Identificar los aspectos relevantes del servicio.
 - b) Definir la misión de la Urgencias.
 - c) Construir los indicadores de calidad de Urgencias.
 - d) Valorar la calidad cinético-técnica del personal.
 - e) Cualquiera de ellas puede ser el punto de partida.

- 5) El fallecimiento de un paciente en la sala de espera de urgencia, tras triage, constituye:
 - a) Un indicador de calidad científico-técnica.
 - b) Un indicador de mortalidad.
 - c) Un indicador centinela.
 - d) Un indicador fortuito.
 - e) Un indicador de resultados.

- 6) La calidad percibida por el usuario, es un indicador que corresponde a:
 - a) Planificación.
 - b) Proceso.
 - c) Resultado.
 - d) Estructura.
 - e) Diseño.

- 7) El tiempo de espera para una Rx de Tórax se relaciona con:
- a) La efectividad.
 - b) La eficiencia.
 - c) La eficacia.
 - d) La accesibilidad.
 - e) La satisfacción.
- 8) El diseño de un sistema de calidad en Urgencia depende:
- a) Del Director-Gerente.
 - b) Del Coordinador de Urgencias.
 - c) De todo el Equipo médico de Urgencias.
 - d) De todo el Equipo sanitario de Urgencias.
 - e) De la Administración.
- 9) Los costes de la no-calidad en Urgencias pueden llegar hasta un:
- a) 5%.
 - b) 15%.
 - c) 25%.
 - d) 35%.
 - e) 45%.
- 10) La calidad científico-técnica en relación con la asistencia sanitaria incluye:
- a) Utilizar el nivel de conocimiento más avanzado para abordar problemas de salud.
 - b) Utilizar la tecnología más cara.
 - c) El trato interpersonal.
 - d) A y C.
 - e) Todas ellas.
- 11) El término Beneficencia en calidad asistencial, hace referencia a:
- a) La gratuidad del servicio sanitario.
 - b) La efectividad de la asistencia prestada.
 - c) La excelencia del servicio sanitario.
 - d) La satisfacción del paciente.
 - e) Todas ellas.
- 12) En el diseño de un Sistema de Calidad en Urgencias, el punto de partida corresponde a:
- a) Establecer los indicadores de calidad.
 - b) Definir los servicios que se van a ofrecer.
 - c) Evaluar la calidad del servicio.
 - d) Analizar los problemas actuales.
 - e) Revisar los resultados a monitorizar.
- 13) La Accesibilidad al sistema sanitario se relaciona con:
- a) Aspectos organizativos.
 - b) Aspectos económicos.
 - c) Aspectos emocionales.
 - d) A y B.
 - e) Todas ellas.

- 14) El porcentaje de ECG realizados en Crisis hipertensivas, es un Indicador de:
- Proceso.
 - Resultados.
 - Planificación.
 - Estructura
 - Ninguno de ellos.
- 15) Si hablamos del cliente interno, nos referimos al:
- Profesional de la sanidad.
 - Paciente hospitalizado.
 - Paciente en observación.
 - B y C.
 - Ninguno de ellos.
- 16) El liderazgo directivo en un sistema de calidad conlleva:
- Capacidad de comunicación
 - Accesibilidad
 - Facilitación de tareas
 - Coordinación de actuaciones
 - Todas estas características
- 17) Un indicador de calidad es:
- Una medida de líneas estratégicas
 - Una medida cuantitativa de una actividad
 - Una dimensión de la calidad
 - Una forma de expresar la información de un índice de sucesos
 - B y D
- 18) Un estándar es:
- El grado de cumplimiento exigible a una actividad
 - Una medida de medios físicos necesarios en una actividad
 - Una dimensión de la calidad
 - La medida de la calidad científico-técnica
 - Ninguna de las anteriores es correcta
- 19) El principio de Justicia en un sistema de calidad hace referencia a:
- Igualdad de actuaciones en todos los casos
 - Respeto de las preferencias del paciente
 - Equidad, dar más al que más lo necesite
 - Valoración de la actuación sanitaria
 - Todas son correctas
- 20) Una de las siguientes actuaciones supone un coste innecesario (no-calidad):
- Realización de un ECG en un esguince de tobillo
 - Determinación de CPK-mb en un Síndrome Coronario Agudo
 - Realización de una Rx simple de tórax ante un proceso febril no filiado

- d) Repetición de una Rx diagnóstica de fractura de Colles a un paciente previamente derivado desde Atención Primaria por el mismo motivo
- e) A y D son correctas

21) Solo una de las siguientes afirmaciones es correcta:

- a) Las deficiencias detectadas en un servicio siempre se solucionan con recursos adicionales
- b) La eficacia es el grado en que la asistencia médica alcanza los resultados deseados por el paciente
- c) La calidad de la atención sanitaria es la provisión de servicios accesibles y equitativos, independientemente del nivel profesional
- d) La satisfacción es la sensación del profesional de haber hecho lo correcto
- e) En el diseño de un sistema de calidad solo deben participar los directivos del hospital

22) Señale la definición falsa:

- a) La misión de una organización es la función o tarea fundamental que la sociedad asigna y espera de esa organización
- b) La validez de un indicador es el grado en que este consigue identificar las situaciones en que el proceso asistencial debería de mejorarse
- c) Los indicadores de estructura miden el funcionamiento de una determinada actividad o aspecto interno del proceso asistencial
- d) Las líneas estratégicas son necesarias para el logro de la misión y visión de un servicio de urgencias
- e) El ciclo de mejora sirve para identificar situaciones de mejora del sistema

23) Un ciclo de mejora consiste en:

- a) Identificación de un problema de calidad
- b) Análisis de las posibles soluciones ante un problema detectado
- c) Aplicación de la solución más adecuada a un problema de calidad detectado
- d) Realización de una reevaluación del sistema posterior a la aplicación de la solución más adecuada al problema detectado
- e) Todas son correctas

24) En el ciclo de Shewart para la gestión sistemática de procesos:

- a) Lo más importante es planificar
- b) Lo más importante es hacer bien las actividades
- c) Lo más importante es monitorizar y aplicar mejoras
- d) Lo más importante es ajustar y adaptar las mejoras percibidas
- e) Todas las fases tienen igual valor y no sirve de nada actuar sobre alguna de ellas por separado

25) La continuidad asistencial es:

- a) Es la medida en que la atención médica se corresponde a las necesidades del paciente
- b) Es la medida en que la atención sanitaria se provee de forma ininterrumpida y coordinada

- c) Es la distribución equitativa y oportuna de la asistencia sanitaria para aquellos con necesidades equivalentes
- d) La medida en que la atención sanitaria cumple con las expectativas del paciente
- e) Ninguna de las definiciones anteriores es correcta

RESPUESTAS CORRECTAS

1. E	6. C	11. B	16. E	21. B
2. B	7. D	12. B	17. E	22. C
3. C	8. D	13. E	18. A	23. E
4. B	9. C	14. A	19. C	24. E
5. C	10. D	15. A	20. E	25. B