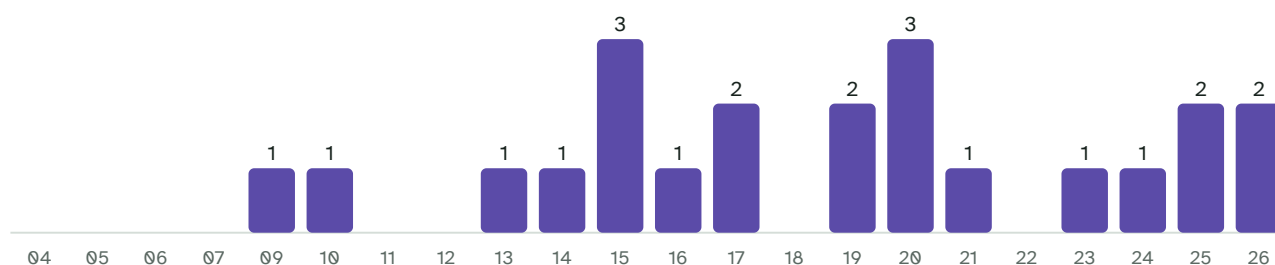


Calidad asistencial

La calidad asistencial es el grado en que los servicios aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados de forma coherente con el conocimiento profesional. En el EIR cae sobre todo el vocabulario de la evaluación (criterio, indicador, estándar), la tríada estructura-proceso-resultado de Donabedian, los PROM y PREM, el ciclo PDCA, la gestión por procesos y el modelo EFQM.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-28 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



22 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Lo más repetido

- Donabedian: clasificación de indicadores (estructura, proceso, resultado) (2 exámenes)
- PROM frente a PREM (2 exámenes)
- Estándar de calidad: concepto (2 exámenes)
- Indicador de calidad: concepto (2 exámenes)
- Calidad directa: mejoría clínicamente comprobable (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	5
1. Concepto y dimensiones de la calidad asistencial	6
2. Donabedian: estructura, proceso y resultado	8
3. Criterio, indicador y estándar; monitorización y sucesos centinela	11
4. La voz del paciente: PROM y PREM	15
5. Mejora continua: ciclo PDCA y priorización de problemas	17
6. Gestión por procesos y diagramas de flujo	20
7. Modelos de gestión de la calidad: acreditación, certificación y EFQM	23
Todas las preguntas del tema (23)	26
Preguntas que también podrían ser de este tema (1)	33
Solucionario	34
Fuentes	35

Resumen para repasar

1. Concepto y dimensiones de la calidad asistencial

- La OMS: calidad = grado en que los servicios **aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados** y son coherentes con el conocimiento basado en la evidencia ^{F1}.
- Dimensiones OMS: **eficaz, segura, centrada en las personas, oportuna, equitativa, integrada y eficiente** ^{F1}.
- Medir la calidad exige **criterios** (buena práctica), **indicadores** (datos) y **estándares** (el dintel de lo que es hacerlo bien) ^{F2}.
- **Eficacia**: condiciones ideales o experimentales; **efectividad**: condiciones habituales de actuación; **eficiencia**: relación entre efectividad y **coste** ^{F3}.

2. Donabedian: estructura, proceso y resultado

- Donabedian (1966): **estructura, proceso y resultado** ^{F4}.
- **Estructura**: recursos humanos, materiales, tecnológicos u organizativos y protocolos disponibles; **proceso**: cómo se desarrolla la práctica; **resultado**: consecuencias en el paciente, incluida la **satisfacción** ^{F4 F5}.
- Los resultados son los **validadores últimos** de la calidad; la estructura es un método **indirecto** ^{F4 F2}.

3. Criterio, indicador y estándar; monitorización y sucesos centinela

- **Indicador**: **medida cuantitativa** e instrumento de medida con **fórmula** (p. ej., porcentaje de cesáreas) ^{F5 F6}.
- **Estándar**: **nivel deseado de cumplimiento** del indicador, exigible y alcanzable (p. ej., un porcentaje que hay que alcanzar) ^{F5}; la guía de Madrid habla de un rango aceptable de cumplimiento de un criterio ^{F16}.
- La **monitorización** mide periódicamente con indicadores, que actúan como **señal de alarma** de desviaciones; propiedades: **validez, sensibilidad y especificidad** ^{F5}.
- **Suceso centinela**: causa **muerte o daño grave o permanente** y exige **investigación y respuesta inmediatas** ^{F7}; en los indicadores centinela se revisa cada caso y **un solo caso ya indica problema** ^{F16 F21}.

4. La voz del paciente: PROM y PREM

- **PREM**: **experiencia** del paciente (accesibilidad, coordinación, comunicación); **PROM**: **resultados** de la atención según el paciente ^{F8}.
- **PaRIS** es la encuesta de la OCDE que recoge ambos en atención primaria (45 años o más) ^{F8}.

5. Mejora continua: ciclo PDCA y priorización de problemas

- **PDCA: Planificar – Hacer – Verificar – Actuar**; se repite ^{F5 F9}.
- En **Check/Study** se estudian los resultados; en **Act** se escribe lo que se concluye del ciclo y **qué hacer diferente** en el siguiente ^{F9}.
- **Hanlon** prioriza con **A magnitud, B gravedad, C eficacia de la intervención, D PEARL**; $BPR = ((A + B) \times C / 3) \times D$ ^{F10}.
- **Círculos de calidad**: grupos reducidos y voluntarios que proponen soluciones a problemas de su trabajo; principios: nadie conoce mejor el trabajo que quien lo hace y la mejor idea de uno es inferior a la del grupo ^{F19}.

6. Gestión por procesos y diagramas de flujo

- Proceso: **conjunto de actividades** que genera **valor añadido**; la gestión por procesos busca la **calidad total** reordenando los flujos de trabajo; pasos: mapa de procesos y priorizar los clave, diseñar, implantar, evaluar y Plan de Mejora Continua ^{F11}.
- Procesos **estratégicos** (planes de calidad y de **formación**), **operativos o clave** (asistenciales) y **de soporte** (generan recursos) ^{F11 F12}.
- Flujograma: **rombo = punto de decisión**; rectángulo = actividad; rectángulo redondeado = inicio/fin ^{F11}.

7. Modelos de gestión de la calidad: acreditación, certificación y EFQM

- **Certificación** (ISO 9000, voluntaria, auditoría anual y renovación trienal) frente a **acreditación** (verificación externa de requisitos previos) ^{F2}.
- En acreditación, el **estándar** es el **elemento de medida** con el que se evalúa la unidad; es dicotómico ^{F15}.
- **EFQM 2013: 9 criterios, 5 agentes** (lo que hace la organización) y **4 resultados** (lo que consigue); el cuarto criterio de resultados es «Resultados clave» ^{F17}; la eficiencia no es criterio ^{F13}.
- El modelo EFQM actual se estructura en **Dirección, Ejecución y Resultados**, con 7 criterios ^{F14 F18}.

Puntos clave

- 1 La OMS define la calidad como el grado en que los servicios aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados y son coherentes con el conocimiento basado en la evidencia ^{F1}.
- 2 Eficacia = resultado en condiciones ideales; efectividad = en condiciones habituales; eficiencia = relación entre efectividad y coste ^{F3}.
- 3 Donabedian (1966): estructura (recursos), proceso (actividades) y resultado (efectos en la salud y satisfacción del paciente) ^{F4 F5}.
- 4 Indicador = medida cuantitativa con fórmula; estándar = nivel deseado de cumplimiento del indicador; criterio = qué se considera buena práctica ^{F2 F5}.
- 5 Un suceso centinela causa muerte o daño grave o permanente y exige investigación y respuesta inmediatas ^{F7}; en un indicador centinela un solo caso ya indica problema ^{F21}.
- 6 PROM = resultados según el paciente; PREM = experiencia del paciente con la atención (accesibilidad, coordinación, comunicación) ^{F8}.
- 7 PDCA: Planificar, Hacer, Verificar, Actuar; en la fase Act se concluye lo aprendido del ciclo y qué hacer diferente en el siguiente ^{F5 F9}.
- 8 Hanlon prioriza problemas con magnitud (A), gravedad (B), eficacia de la intervención (C) y PEARL (D) ^{F10}.
- 9 Procesos estratégicos (planes de calidad y de formación), operativos o clave (asistenciales) y de soporte (generan recursos) ^{F11 F12}.
- 10 En el diagrama de flujo, el rombo es un punto de decisión ^{F11}.
- 11 EFQM 2013: 9 criterios, 5 agentes facilitadores (lo que hace la organización) y 4 de resultados (lo que consigue); el modelo actual se estructura en Dirección, Ejecución y Resultados, con 7 criterios ^{F13 F14 F18}.

1. Concepto y dimensiones de la calidad asistencial

La OMS define la **calidad de la atención** como «el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados y son coherentes con el conocimiento profesional basado en la evidencia» ^{F1}. SEMICYUC recoge la misma definición y añade una formulación sencilla: evaluar la calidad es medir la **discordancia entre los resultados que se deberían conseguir y los que verdaderamente se alcanzan** ^{F5}.

El Ministerio de Sanidad subraya que la calidad es un término **relativo**, ligado a la idea de **mejora continua**: no se trata de alcanzar un nivel, sino de encontrar la fórmula para aumentarlo. Como calidad implica comparar, hay que **medir**: con **criterios** de qué se considera buena práctica, con datos que permitan evaluarla (**indicadores**) y con el dintel a partir del cual se considera que se hace bien (**estándares de calidad**) ^{F2}.

Dimensión de la OMS ^{F1}	Qué significa
Eficaz (effective)	Presta servicios basados en la evidencia a quienes los necesitan
Segura	Evita el daño a las personas a las que se destina la atención
Centrada en las personas	Responde a las preferencias, necesidades y valores de cada persona
Oportuna	Reduce los tiempos de espera y los retrasos a veces dañinos
Equitativa	La calidad no varía por edad, sexo, género, raza, etnia, lugar geográfico, religión, nivel socioeconómico, idioma o afiliación política
Integrada	Atención coordinada entre niveles y proveedores, que ofrece toda la gama de servicios de salud a lo largo de la vida
Efficiente	Maximiza el beneficio de los recursos disponibles y evita el despilfarro

El Informe anual del SNS enumera además los **atributos** más citados de la calidad asistencial: accesibilidad, aceptabilidad (incluye la satisfacción del paciente), adecuación, calidad científico-técnica, competencia profesional, continuidad, cooperación del paciente, disponibilidad, efectividad, eficiencia, satisfacción del profesional y seguridad ^{F2}. La **calidad científico-técnica** es el grado de aplicación de los conocimientos y la tecnología disponibles, y la **adecuación** es la relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población ^{F2}.

Eficacia, efectividad y eficiencia se distinguen por las condiciones en que se mide el resultado y por si entra o no el coste. Osteba (Gobierno Vasco) las define así ^{F3}:

Concepto	Definición ^{F3}	Idea para el examen
Eficacia	Resultado de una intervención en un problema de salud concreto en condiciones ideales de actuación; «medida del efecto en condiciones experimentales e ideales »	¿Funciona en el ensayo? (condiciones controladas)

Concepto	Definición ^{F3}	Idea para el examen
Efectividad	Resultado de la intervención en condiciones habituales de actuación; «medida del efecto en las condiciones de trabajo ordinarias »	¿Funciona en la práctica real (condiciones habituales), sobre el estado de salud de una población?
Eficiencia	Resultado de la intervención para un consumo determinado de recursos ; «mide la razón existente entre efectividad y coste »	Relaciona el resultado con los recursos consumidos: máximo de servicios de calidad por unidad de recursos ^{F2}

El Ministerio lo formula de forma parecida: la **efectividad** es la capacidad de un procedimiento concreto de mejorar el grado de salud y también la relación entre el impacto **real** de un servicio y su impacto **potencial en situación ideal**; la **eficiencia** es la relación entre el impacto real de un servicio y su **coste de producción**, o la prestación del máximo de servicios de calidad **por unidad de recursos** disponibles ^{F2}. En resumen, el resultado de una intervención en condiciones habituales de actuación es la **efectividad** ^{F3}, y el resultado en relación con el coste o con los recursos consumidos es la **eficiencia** ^{F2 F3}.

Eficacia, efectividad, eficiencia

Eficacia = **laboratorio** (condiciones ideales); **efectividad** = **vida real** (condiciones habituales); **eficiencia** = **euros** (resultado en relación con el coste) ^{F3}.

EIR 2015 · 155

P19 · respuesta en el solucionario

Efectividad: definición

Los resultados de la evaluación de un programa de prevención realizada en un contexto, entorno y población concreto, se refieren al concepto de:

1. Efectividad.
2. Eficiencia.
3. Eficacia.
4. Factibilidad.
5. Sostenibilidad.

EIR 2009 · 97

P23 · respuesta en el solucionario

Eficiencia: definición

La capacidad para cumplir los objetivos al menor coste posible, se refiere al concepto de:

1. Efectividad.
2. Eficacia.
3. Eficiencia.
4. Eficacia asignada.
5. Efectividad de producción.

2. Donabedian: estructura, proceso y resultado

Avedis **Donabedian** (1966) propuso evaluar la calidad a través de **tres enfoques**: la **estructura**, el **proceso** y el **resultado** ^{F4}. SEMICYUC recuerda que la clasificación de los métodos de evaluación de la calidad en estructura, proceso y resultado es de **1966** y que sigue siendo la base para tipificar los indicadores ^{F5}.

Enfoque	Qué evalúa según Donabedian ^{F4}	Cómo lo concreta SEMICYUC para los indicadores ^{F5}
Estructura	El marco en que se presta la atención y los medios de los que es producto: adecuación de instalaciones y equipos, cualificación del personal y su organización, estructura administrativa y funcionamiento de programas e instituciones, organización financiera	Miden aspectos de los recursos tecnológicos, humanos u organizativos necesarios para la práctica asistencial, así como la disponibilidad de protocolos
Proceso	La propia atención: si es apropiada, completa y no redundante la información obtenida (historia, exploración, pruebas), si están justificados el diagnóstico y el tratamiento, la competencia técnica...	Evalúan la manera en que se desarrolla la práctica asistencial , realizada con los recursos disponibles, los protocolos y la evidencia científica
Resultado	La recuperación, restauración de la función y supervivencia ; también las actitudes y la satisfacción del paciente , la reintegración social y la discapacidad. Son «los validadores últimos de la efectividad y la calidad»	Miden las consecuencias del proceso asistencial : complicaciones, mortalidad, ocasiones perdidas, fallos de circuitos, calidad de vida...

Donabedian advierte que los **resultados**, en conjunto, siguen siendo los **validadores últimos** de la efectividad y la calidad de la atención, pero que no siempre son fáciles de medir ni de atribuir a la asistencia; por eso se examina también el **proceso** de la atención en sí ^{F4}. El Ministerio añade que el examen de la **estructura** es un método **indirecto** de medir la calidad: parte del supuesto de que la calidad de los medios condiciona la del servicio, pero cumplir las normas estructurales **no garantiza** la excelencia del proceso ni del resultado, solo los requisitos previos para una atención adecuada ^{F2}.

★ Cómo clasificar un indicador

Pregúntate qué mide: **lo que hay** (recursos humanos, materiales, tecnológicos u organizativos, disponibilidad de protocolos) → **estructura**; **lo que se hace** y cómo se hace (actividades, cumplimiento de un procedimiento) → **proceso**; **lo que se consigue** en el paciente (mejoría, complicaciones, mortalidad, calidad de vida, **satisfacción**) → **resultado** ^{F4} ^{F5}. La guía de protocolos de la Comunidad de Madrid los define igual: los indicadores de **estructura** son los «relacionados con los recursos y con la organización de la atención» (ejemplos: protocolos, circuitos, recursos disponibles); los de **proceso** cuantifican cómo se hace la atención y miden una actividad asistencial realizada a un paciente (ejemplo: cumplimiento del protocolo); los de **resultado** miden «lo que le pasa (o no le pasa) al paciente» (ejemplos: mortalidad, efectos adversos, días de estancia, infecciones nosocomiales, readmisiones) ^{F16}. El documento de indicadores comunes de salud comunitaria del Ministerio de Sanidad (Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027) recoge la «Publicación de la Cartera de Servicios autonómica con la nueva actualización del Servicio de Atención Comunitaria de la Cartera Común Básica de AP incorporada: Sí/No» como indicador de la segunda línea de acción, «Medidas organizativas», y no lo etiqueta como de estructura, proceso o resultado ^{F20}.

Eficacia no es un tipo de indicador de Donabedian

Los tres enfoques son **estructura, proceso y resultado** ^{F4}. La eficacia no es uno de ellos: aparece como dimensión de la calidad en la lista de la OMS (*effective*) ^{F1} y como medida del efecto en condiciones experimentales e ideales ^{F3}.

EIR 2017 · 106

P14 · respuesta en el solucionario

Donabedian: estructura, proceso y resultado

Según Avedis Donabedian ¿Cuáles son los elementos de la asistencia sanitaria para centrar la evaluación de la calidad?:

1. Los resultados, la estrategia y los procesos.
2. La estructura, los procesos y las intervenciones.
3. El proceso, el resultado y los criterios.
4. La estructura, el proceso y el resultado.

Donabedian: clasificación de indicadores (estructura, proceso, resultado)

¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente la clasificación de alguno de los indicadores en el modelo de calidad de Donabedian?:

1. Un indicador de estructura mide el número de pacientes que mejoran su estado de salud tras un tratamiento.
2. Un indicador de resultado refleja los efectos de la atención sanitaria en la salud del paciente o su satisfacción.
3. Un indicador de proceso evalúa la disponibilidad de recursos humanos, materiales o tecnológicos en el centro sanitario.
4. Los indicadores de resultado se utilizan para evaluar cómo se desarrollan las actividades.

3. Criterio, indicador y estándar; monitorización y sucesos centinela

El vocabulario básico de la evaluación de la calidad lo resume el Ministerio en una frase: **criterios** de qué se considera buena práctica, **datos que permitan evaluarla (indicadores)** y el **dintel a partir del cual se considera que se hace bien (estándares de calidad)** ^{F2}.

Término	Qué es	Ejemplo de redacción típica
Criterio	La condición que debe cumplir la práctica asistencial para considerarse de calidad: qué se considera buena práctica ^{F2} ; basada en la evidencia científica y en la experiencia de los profesionales, es un «juicio de buena práctica asistencial» ^{F16}	Un enunciado de lo que debe hacerse (redacción propia del tema)
Indicador	Instrumento de medida que indica la presencia de un fenómeno o suceso y su intensidad; «la medida cuantitativa que se utiliza como guía para controlar y valorar la calidad de aspectos importantes de la práctica asistencial» ^{F5} . Tiene fórmula (expresión matemática), población, tipo y fuente de datos ^{F5} . La guía de Madrid precisa que «no es una medida directa de la calidad, sino una señal» que llama la atención sobre puntos que deberían revisarse con más intensidad, y que es «el resultado real que obtenemos en la evaluación y que comparamos con el estándar» ^{F16}	Numerador / denominador × 100: por ejemplo, porcentaje de cesáreas = número total de partos por cesárea / número total de partos (vaginales + cesáreas) × 100 ^{F6}
Estándar	El nivel deseado de cumplimiento del indicador ^{F5} ; el dintel a partir del cual se considera que se hace bien ^{F2} . Representa el nivel de buena práctica exigible según la evidencia y a la vez alcanzable con los medios disponibles ^{F5} ; la guía de Madrid lo define, respecto a un criterio, como «la expresión del rango aceptable de cumplimiento de un criterio», fijado según la bibliografía, la opinión de expertos o el histórico de los centros ^{F16}	Una cifra que hay que alcanzar, como el «100 %» o el «> 90 %» de las fichas de SEMICYUC ^{F5} ; la guía de Madrid habla de un «rango aceptable de cumplimiento» ^{F16}

SEMICYUC describe los **sistemas de monitorización**: miden y evalúan **de forma periódica** aspectos relevantes de la asistencia mediante **indicadores**, que son la **unidad básica** del sistema ^{F5}. La monitorización se basa en **medidas cuantitativas repetidas**; su finalidad última es identificar problemas, situaciones de mejora potencial o **desviaciones**, y los indicadores actúan como una **llamada de atención o señal de alarma** ^{F5}. La comparación se hace con el **estándar** de referencia y con las mediciones anteriores del mismo indicador, lo que permite valorar su **evolución en el tiempo** y su comportamiento ^{F5}.

Un indicador es, en el fondo, un **criterio de calidad muy específico**, por lo que también se clasifica en estructura, proceso y resultado ^{F5}. Debe reunir tres propiedades ^{F5}:

- **Validez**: cumple el objetivo de identificar situaciones en que se podría mejorar la calidad; la **validez aparente** es el grado en que el indicador es inteligible ^{F5}.
- **Sensibilidad**: detecta **todos** los casos en que se produce un problema real de calidad ^{F5}.
- **Especificidad**: **solo** detecta los casos en que existen problemas de calidad ^{F5}.

Los pasos para diseñar un sistema de monitorización son: definir el proceso, identificar los aspectos más relevantes, **diseñar los indicadores y establecer los estándares**, recoger y tabular los datos, **comparar con los estándares** e interpretar los resultados ^{F5}. Si el resultado queda por debajo del estándar (**situación subestándar**) o empeora, se considera un signo de alarma y se buscan las causas: las variaciones pueden deberse al azar (causas **sistémicas**) o a problemas mejorables de personas, organización o entorno (causas **extrasistémicas**), que son las que hay que corregir ^{F5}. El estándar puede fijarse en el **100 % o el 0 %** cuando se trata de asegurar que lo básico se hace bien ^{F5}.



Indicador o estándar: cómo distinguirlos en un enunciado

Si el enunciado es una **fórmula** (número de casos dividido por el total, por 100, en un periodo) es un **indicador** ^{F5 F6}. Si fija **el nivel que hay que alcanzar** (un porcentaje mínimo, un rango aceptable de cumplimiento, «el 100 %») es un **estándar**: el nivel deseado de cumplimiento del indicador ^{F5} (la guía de Madrid habla de un rango aceptable de cumplimiento de un criterio ^{F16}). El **criterio** es la condición de buena práctica ^{F2}.

EIR 2019 · 36

P12 · respuesta en el solucionario

Indicador de calidad: concepto

Indica cuál de los siguientes son instrumentos esenciales para medir la calidad en una organización sanitaria, y muestran la tendencia y/o desviación de una actividad, con respecto a una unidad de medida convencional:

1. Objetivos de evaluación.
2. Estándares de calidad.
3. Líneas de tendencia.
4. Indicadores de calidad.

Indicador de calidad: concepto

Cuando en un documento de gestión de la calidad nos encontramos con este dato: Número de nacimientos por cesárea (por 100) dividido por el total de nacimientos en la población en el año de interés. Se está refiriendo a:

1. Un indicador.
2. Un estándar.
3. Un criterio.
4. Un objetivo.

Estándar de calidad: concepto

Cuando en un documento de gestión de la calidad nos encontramos con este dato: Entre un 85% y un 90% de los usuarios serán atendidos antes de 10 minutos desde su llegada. Se refiere a:

1. Un indicador.
2. Un estándar.
3. Un criterio.
4. Un objetivo.

Los **sucesos centinela** son un tipo particular de indicador. Para la Joint Commission, un **suceso centinela** es un suceso relacionado con la seguridad del paciente (no debido principalmente a la evolución natural de su enfermedad) que llega al paciente y le causa la **muerte, un daño grave (sea cual sea su duración) o un daño permanente (sea cual sea su gravedad)**; se llaman «centinela» porque **señalan la necesidad de una investigación y una respuesta inmediatas** ^{F7}. La guía de protocolos de la Comunidad de Madrid describe los indicadores basados en suceso centinela como los que representan «un suceso lo bastante grave e indeseable del resultado de la atención» como para realizar una **revisión individual de cada caso** que se produzca; identifican un evento serio cuya ocurrencia debe ser **investigada inmediatamente** (ejemplo: la muerte materna ocurrida en el hospital) ^{F16}. El Ministerio de Sanidad añade que en ellos «un solo caso ya es indicativo de problema» y debe conducir a un análisis de causas para rediseñar el proceso afectado ^{F21}. Los *serious reportable events* del National Quality Forum, según la revisión de Olivera y colaboradores, se definen como los que producen «muerte o grave discapacidad y que pueden ser evitables» ^{F22}. La política de la Joint Commission exige a la organización **compartir con ella su análisis de causa raíz** y su plan de acción ^{F7}; en cambio, notificarle el suceso se recomienda encarecidamente, pero no es obligatorio ^{F7}. SEMICYUC califica las **caídas accidentales** de pacientes como indicador centinela ^{F5}.

Sucesos centinela

¿Qué función tienen los indicadores basados en “sucesos centinela”?:

1. Detectar sucesos con resultados graves, indeseables y, a menudo, evitables.
2. Detectar pequeñas incidencias, que indican que un procedimiento no se está aplicando adecuadamente.
3. Sistemas de alarmas, que recuerdan a los Servicios y Unidades la realización inminente de una auditoría de calidad.
4. Indicadores económico-financieros, que avisan que hay partidas presupuestarias de gastos, que se ha utilizado por encima del 90%.
5. Identificar sucesos, aparentemente de escasa importancia, pero que por su reiteración pueden requerir un mayor control.

4. La voz del paciente: PROM y PREM

La OCDE, en su programa **PaRIS** (*Patient-Reported Indicator Surveys*), distingue dos tipos de medidas informadas por los pacientes ^{F8}:

	PREM (<i>Patient-Reported Experience Measures</i>)	PROM (<i>Patient-Reported Outcome Measures</i>)
Qué recogen ^{F8}	La experiencia del paciente con la atención: cómo vive la asistencia	Los resultados de la atención según el paciente: cómo valora los resultados de la atención que recibe
Aspectos que miden ^{F8}	Aspectos prácticos de la atención: accesibilidad, coordinación de la atención y comunicación entre profesional y paciente	El impacto de la atención en su salud tal como él lo percibe
Ejemplo (redacción propia del tema)	¿Cómo le atendieron? (experiencia con el servicio)	¿Cómo está usted tras la atención? (resultado en su salud)

PaRIS no es un tipo de medida, sino la **encuesta internacional** de la OCDE que recoge **ambas**: su cuestionario de pacientes evalúa las **experiencias y los resultados** de pacientes de **45 años o más** atendidos en **atención primaria** ^{F8}. Tanto los PROM como los PREM son medidas **informadas por el propio paciente** ^{F8}.

Outcome / Experience

PROM = **O**utcome = resultado en la salud del paciente; PREM = **E**xperience = experiencia con el servicio ^{F8}.

EIR 2024 · 31

P5 · respuesta en el solucionario

PROM frente a PREM

La diferencia entre los indicadores PROM y PREM, se basa en que:

- Los PROM se miden mediante la Encuesta PaRIS (“Patient-Reported Indicator Surveys”) y los PREM mediante la Encuesta BeRLIn (“Best Reports Leading Indicators”).
- Los PROM son cuestionarios que recogen los resultados informados por los pacientes y los PREM cuestionarios que recogen las experiencias informadas por los pacientes.
- El objetivo de los PROM es conocer el estado de salud objetivo de los pacientes y el de los PREM conocer su estado subjetivo de salud.
- Los PREM permiten establecer comparaciones entre el estado de salud de los pacientes, mientras que los PROM permiten conocer la satisfacción del paciente.

PROM frente a PREM

¿Cuál es la principal diferencia entre los PREMs (Patient Reported Experience Measures) y los PROMs (Patient Reported Outcome Measures) en la evaluación de los servicios de salud?:

1. Los PREMs se centran en los resultados clínicos mientras que los PROMs en la satisfacción con el entorno hospitalario.
2. Los PREMs evalúan la experiencia del paciente con el servicio de salud, mientras que los PROMs evalúan el impacto del tratamiento en la salud del paciente.
3. Los PREMs miden los resultados a largo plazo, mientras que los PROMs se centran en evaluaciones inmediatas.
4. Los PREMs son utilizados exclusivamente en pacientes crónicos, mientras que los PROMs en pacientes agudos.

5. Mejora continua: ciclo PDCA y priorización de problemas

SEMICYUC describe dos sistemas básicos de evaluación y mejora: el que trabaja «**por posibilidades de mejora**» (identificar problemas, analizarlos y proponer mejoras), basado en el ciclo de evaluación y mejora de Palmer o en el más conocido **PDCA (Plan, Do, Check, Act)**, que atribuye a Deming; y los **sistemas de monitorización**, cuyo elemento básico es el indicador ^{F5}. Ambos se complementan: cuando una monitorización no cumple el estándar, aparece una oportunidad de mejora y se entra en el ciclo PDCA ^{F5}.

El ciclo de evaluación y mejora de SEMICYUC sigue estas etapas: **detección y priorización** de problemas, análisis, **definición de criterios**, diseño de estudios de evaluación, **acciones de mejora**, implantación y **reevaluación** ^{F5}.

Fase (orden)	Qué se hace (según la hoja PDSA de la AHRQ) ^{F9}
1. Plan (planificar)	Se escribe qué se va a hacer, qué resultado o medida se espera conseguir y los pasos: población, plazo
2. Do (hacer)	Se ejecuta el plan y se observa lo que ocurre: ¿salió todo según lo previsto?, ¿hubo que modificar el plan?
3. Check / Study (verificar, estudiar)	Tras la implantación se estudian los resultados : qué se ha aprendido y si se ha alcanzado el objetivo medido
4. Act (actuar)	Se saca la conclusión del ciclo: si no funcionó, qué hacer diferente en el siguiente ciclo ; si funcionó, extenderlo a toda la organización

El orden es, por tanto, **Planificar – Hacer – Verificar – Actuar**, y el ciclo se repite: la AHRQ lo presenta como una forma de probar un cambio, **evaluar el resultado, mejorarlo y volver a probar** ^{F9}. La AHRQ usa la variante *Study* para la tercera fase; SEMICYUC, la denominación *Check* ^{F5 F9}.

★ Por qué importa la fase de verificación

En la fase **Study** se **estudian los resultados** de lo ejecutado ^{F9}. En la fase **Act** se escribe **lo que se concluye del ciclo**, haya funcionado o no: si no funcionó, **qué hacer diferente en el siguiente ciclo**; si funcionó, si se puede extender a toda la consulta ^{F9}.

EIR 2026 · 152

P2 · respuesta en el solucionario

Ciclo PDCA: orden de las fases

¿Cuál es el orden correcto de las fases del ciclo PDCA o ciclo de Deming que se utiliza para la mejora continua de la calidad asistencial?:

1. Diagnosticar – Planificar – Evaluar – Corregir.
2. Planificar – Hacer – Verificar – Actuar.
3. Analizar – Controlar – Documentar – Aplicar.
4. Observar – Ejecutar – Supervisar – Repetir.

Ciclo PDCA: fase Check

En la implementación del ciclo PDCA (Plan-DoCheck-Act) dentro de un proceso de mejora continua en una unidad de enfermería, ¿qué implicaciones tiene un análisis incorrecto en la fase "Check"?:

1. La imposibilidad de ajustar los recursos humanos.
2. La identificación inadecuada de indicadores clave de desempeño (KPI) para futuras mejoras.
3. La planificación incorrecta en la fase inicial "Plan" debido a falta de datos previos.
4. Que la fase "Act" se limite a una repetición de procesos sin lograr mejoras sustanciales.

La **detección y priorización** de problemas es una de las etapas del ciclo de mejora ^{F5}. Uno de los métodos es el **método de Hanlon**, que **prioriza programas de control de enfermedades**; la Organización Panamericana de la Salud lo adaptó para su Plan Estratégico 2014-2019 ^{F10}. La ecuación original de Hanlon combina el componente **A (magnitud del problema)**, **B (gravedad o severidad)**, **C (eficacia de la intervención)** y **D (PEARL: pertinencia, economía, aceptabilidad, recursos y legalidad)** ^{F10}. Publicada en 1984, la ecuación es **BPR = ((A + B) × C / 3) × D**: A vale de 0 a 10 puntos; B, de 0 a 20 (suma de cuatro factores de 0 a 10); C, de 0 a 10; y D es **0 o 1** (cinco factores PEARL de 0 o 1). El producto de los cuatro componentes llega a 300 puntos y, al dividir entre 3, la puntuación (*Basic Priority Rating*, BPR) queda entre 0 y 100 ^{F10}. La versión de la OPS mantiene A, B y C, **elimina D** (porque el PEARL sirve para un cribado previo) y añade **E (inequidad)** y **F (posicionamiento institucional)** ^{F10}.

Priorización de problemas: método Hanlon

En gestión de la calidad, uno de los métodos utilizados en la fase de priorización sería:

1. Metodología del Flujograma.
2. Método Hanlon.
3. Método DAFO-CAME.
4. Método Diagrama de Ishikawa.

Los **círculos de calidad** no tienen una definición única, porque cada empresa adapta el esquema; según la NTP 419 del INSST, sus características más o menos comunes son las de grupos reducidos de personas (entre 3 y 15, habitualmente entre 6 y 10) con un trabajo común, que se reúnen periódicamente y de forma **voluntaria** para **identificar, analizar y proponer soluciones** a problemas relacionados con su trabajo; los círculos proponen y luego la dirección decide si implanta las soluciones ^{F19}. Se apoyan en **tres principios generales**: el trabajo en grupo es connatural a toda sociedad; **nadie puede conocer mejor el trabajo que aquel que lo realiza cotidianamente**; y **la mejor idea de uno es siempre inferior a la idea del grupo** ^{F19}. Buscan mejorar la calidad del trabajo y la calidad de vida en el trabajo aumentando el grado de participación de los trabajadores ^{F19}. Kaoru Ishikawa comenzó en 1962 el desarrollo masivo de cursos y materiales para ponerlos en marcha en Japón ^{F19}.

Círculos de calidad: principios

Los círculos de calidad planteados con el objetivo de conseguir un entorno participativo y de mejora, tienen entre sus principios que la calidad:

1. Es responsabilidad de los equipos de gestión.
2. Se consigue entre todos.
3. Precisa de profesionales con experiencia en todos los niveles de la organización
4. Es independiente del estilo de dirección del centro.
5. Requiere siempre de soluciones consensuadas para los problemas.

6. Gestión por procesos y diagramas de flujo

Para la Consejería de Salud de Andalucía, un **proceso** es «un **conjunto de actividades** destinadas a generar **valor añadido** sobre las entradas para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente» ^{F11}. Un proceso asistencial debe tener una misión definible (qué, para qué y para quién), unas fronteras delimitadas con entradas y salidas concretas, etapas secuenciales integrables y debe **poder medirse** (cantidad, calidad, coste) ^{F11}.

La **gestión por procesos** es una **herramienta encaminada a conseguir los objetivos de calidad total**: implica **reordenar los flujos de trabajo** para que aporten valor añadido, aumenten la satisfacción del cliente y faciliten las tareas de los profesionales ^{F11}. Se centra en el **usuario**, la **implicación de los profesionales**, la mejor práctica clínica (guías y vías clínicas) y un sistema de información integrado, y en Andalucía añade la **continuidad de la atención** ^{F11}. Su diseño comprende la descripción del proceso, su **representación gráfica**, la definición de indicadores y la **mejora continua** del proceso ^{F11 F12}. La guía andaluza enumera los pasos: elaborar el **mapa de procesos** y **priorizar los procesos considerados clave**; **diseñar** la forma más adecuada de abordar cada proceso, incorporando la mejor evidencia científica; **implantar** los procesos en la organización; y **evaluarlos** y elaborar el **Plan de Mejora Continua** ^{F11}. La gestión por procesos exige en primer lugar una estrategia de **identificación** de los procesos que se consideran prioritarios (operativos o claves) y, a continuación, su ordenación según su importancia, el impacto que pueda tener su rediseño sobre los usuarios y el interés por su mejora continua ^{F11}.

Tipo de proceso	Qué hace	Ejemplos
Estratégicos (o de gestión)	Adecúan la organización a las necesidades y expectativas de los usuarios; la guían para incrementar la calidad; están orientados a las actividades estratégicas: desarrollo profesional , marketing... ^{F11}	Plan Estratégico, Planes de Calidad , Plan de Investigación, autoevaluación ^{F11} , II Plan de Calidad, Plan Integral de Formación , Contrato Programa ^{F12}
Operativos (o clave)	Están en contacto directo con el usuario ; generan mayor valor añadido y más impacto en su satisfacción; incluyen todos los procesos clínico-asistenciales ^{F11}	Proceso clínico-asistencial ^{F11} ; actividades y escenarios del desarrollo del PAI al paciente ^{F12}
De soporte (o de apoyo)	Generan los recursos que precisan los demás procesos; apoyan a los operativos para que se cumplan ^{F11}	Gestión de pacientes, almacén, mantenimiento, hostelería, farmacia ^{F11} , laboratorio, radiodiagnóstico, documentación, TIC ^{F12}

La formación continuada es un proceso estratégico

Parece un servicio de apoyo, pero en la representación global de los procesos de la Consejería de Salud de Andalucía el **Plan Integral de Formación** figura entre los **procesos estratégicos**, que se representan en la parte superior, junto al II Plan de Calidad y el Contrato Programa ^{F12}; y la primera edición de la guía ya situaba el **desarrollo profesional** entre las actividades estratégicas ^{F11}.

EIR 2015 · 197

P18 · respuesta en el solucionario

Gestión por procesos: definición

La gestión por procesos es:

1. Un método de gestión, orientado a secuenciar los procesos de suministro de materiales a las Unidades clínicas, para reducir los tiempos de reposición y el espacio destinado a almacenamiento.
2. El procesamiento de la información, a través de soportes electrónicos, para agilizar la toma de decisiones entre Servicios o Unidades que no están próximos entre sí, válido tanto para los Centro de Salud como para los hospitales.
3. Una forma de gestionar, en la que se priorizan los procedimientos administrativos, a fin de situar en primer plano los relacionados con el cliente (o usuario) y se relegan al nivel inferior los procedimientos relacionados con la gestión económico-financiera.
4. Un sistema de trabajo enfocado a conseguir la mejora continua del funcionamiento de una organización mediante la identificación, la selección, la descripción, la documentación y la mejora de procesos.
5. Una variante de la planificación presupuestaria en base cero, en la que, durante el proceso planificador se trata de adecuar los medios a los objetivos en cada uno de los Departamentos, Servicios o Unidades de la Institución.

EIR 2019 · 38

P11 · respuesta en el solucionario

Gestión por procesos: procesos estratégicos

Respecto a la gestión por procesos, ¿a qué tipo de proceso correspondería la formación continuada de los profesionales sanitarios?:

1. Procesos estratégicos.
2. Procesos clave.
3. Procesos operativos.
4. Procesos de soporte.

La guía andaluza representa los procesos por **niveles** (metodología IDEF): del nivel 0 (visión global de la organización) al nivel 3, en el que las actividades y tareas se representan con **diagramas de flujo** que muestran además quién realiza cada actividad, y al nivel 4 (vía crítica) ^{F11}. Para el diagrama de flujo propone estos iconos, aunque admite cualquier medio gráfico que ayude a interpretarlo ^{F11}:

Símbolo ^{F11}	Significado
Rectángulo	Actividad

Símbolo ^{F11}	Significado
Rectángulo de esquinas redondeadas	Inicio / fin
Rombo	Punto de decisión (un rombo con varias flechas de salida: múltiples salidas)
Rectángulo con el borde inferior ondulado	Documento
Círculo	Conector
Flecha	Sentido del flujo
Cilindro	Almacenamiento en base de datos
Línea en zigzag	Enlace de comunicación

EIR 2016 · 198

P15 · respuesta en el solucionario

Flujogramas: símbolos

Los diagramas de flujo o flujogramas son representaciones gráficas de secuencias de operaciones, procedimientos o rutinas que sirven para el análisis de procesos o la toma de decisiones. Dichos diagramas emplean un conjunto de símbolos que son comunes a todo este tipo de representaciones y que tiene un significado concreto. En este sentido, como enfermera le han encargado la realización de un diagrama de flujo para representar una toma de decisión en la prestación de cuidados que se lleva a cabo en su unidad asistencial. Durante su diseño usted emplea el símbolo del rombo (♦); señale el significado otorgado al símbolo del rombo en los diagramas de flujo:

1. Decisión.
2. Arrancar y parar.
3. Flujo.
4. Documento.

7. Modelos de gestión de la calidad: acreditación, certificación y EFQM

El Ministerio distingue dos tipos de modelos para gestionar la calidad asistencial: los de **mejora continua**, que incluyen la **certificación** y los **modelos de excelencia**, y los de **acreditación**; todos se basan en la filosofía de que «todo lo que hacemos se puede mejorar» ^{F2}.

Modelo	Qué es ^{F2}
Certificación (normas ISO)	Alguien asegura que un tercero cumple una serie de normas de calidad; confirma que un proceso se sigue de forma rigurosa. La norma más extendida es la ISO 9000 ; en España el organismo de normalización es AENOR (normas UNE). Tras obtenerla hay auditoría anual y de renovación cada tres años ; es voluntaria
Acreditación	Procedimiento de verificación externo que evalúa el grado de cumplimiento de una serie de requisitos de calidad previamente establecidos , por un órgano independiente que emite un dictamen
Autorización	Acreditación administrativa y obligatoria ante la autoridad competente (por ejemplo, para abrir un hospital), regulada por norma y centrada en requisitos de estructura
Modelos de excelencia (EFQM)	Aplicación de la gestión de calidad total ; basados en la autoevaluación ; el más utilizado en nuestro entorno es el EFQM

En los programas de acreditación, los requisitos se redactan como **estándares**. La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) define el **estándar** como «un **elemento de medida** con el que se evalúa la calidad de la unidad»; cada estándar tiene código, **enunciado**, propósito, grupo y **elementos evaluables**, y es **dicotómico**: se cumple o no se cumple ^{F15}. El enunciado describe lo que se espera de la unidad, por ejemplo: «La unidad planifica e implementa acciones que promueven la mejora de la humanización de la asistencia sanitaria» ^{F15}. Entre sus criterios temáticos figura el de «Derechos del paciente y **continuidad asistencial**» ^{F15}.

Estándar en acreditación

En un manual de acreditación, un enunciado que describe **lo que se espera de la unidad** (por ejemplo: «La unidad planifica e implementa acciones que promueven la mejora de la humanización de la asistencia sanitaria») es un **estándar**: el elemento con el que se mide si la unidad cumple ^{F15}. En ACSA, los estándares se agrupan según su temática en **6 criterios**, y estos se reúnen en **3 bloques** ^{F15}.

Estándar de calidad: concepto

Si participamos en un proceso de acreditación de un centro sanitario y señalamos que “Existe un protocolo de traslado de pacientes a otra organización para atender sus necesidades de continuidad de la atención” ¿Estamos haciendo referencia a?:

1. Un estándar.
2. Un indicador.
3. Un criterio.
4. Una obligación.

El **modelo EFQM** (European Foundation for Quality Management) es un modelo de **excelencia** o de gestión de **calidad total**: un marco **no prescriptivo** que reconoce que la excelencia se puede lograr por distintos enfoques ^{F2}. Lo utiliza todo tipo de organizaciones, y el propio EFQM lo presenta como un marco de gestión reconocido en todo el mundo ^{F14}. En su versión de **2013** tenía **9 criterios: 5 agentes facilitadores y 4 criterios de resultados** ^{F13 F17}.

Agentes facilitadores (5) ^{F13}	Resultados (4) ^{F13}
Liderazgo	Resultados en los clientes
Estrategia	Resultados en las personas
Personas	Resultados en la sociedad
Alianzas y recursos	Resultados clave ^{F17} (la introducción del Club Excelencia en Gestión titula este criterio «Resultados de Negocio» ^{F13})
Procesos, productos y servicios	

El modelo permite comprender la relación **causa-efecto** entre **lo que hacen** las organizaciones (**agentes facilitadores**: «las acciones que una organización necesita llevar a cabo para desarrollar e implementar su estrategia») y **los resultados que consiguen** (**criterios de resultado**: «los resultados que las organizaciones consiguen en línea con sus objetivos estratégicos») ^{F13}. El Ministerio lo resumía así: los resultados excelentes en el rendimiento de la organización, los clientes, las personas y la sociedad **se logran mediante un liderazgo** que dirija e impulse la política y estrategia, las personas, las alianzas y recursos y los procesos ^{F2}. Entre los nueve criterios de la tabla anterior no figura la **eficiencia** ^{F13 F17}.

EFQM: el modelo de nueve criterios ya no es el vigente (EIR2020-152 y EIR2015-210)

EIR2020-152 (respuesta oficial: la opción que atribuye a los criterios de resultado cómo debe actuar el centro es la falsa; da por correcto que el modelo «consta de 9 criterios: 5 agentes y 4 resultados») y

EIR2015-210 (pregunta de reserva; respuesta reconstruida por un tercero: «eficiencia» no es criterio; da por criterios liderazgo, personas, «procesos, productos y servicios» y «resultados clave») responden al **modelo de 9 criterios** (versión 2013) ^{F13 F17}. El modelo EFQM **actual** ya no se organiza en agentes y resultados con nueve criterios: su estructura se basa en tres preguntas, **por qué (Dirección)**, **cómo (Ejecución)** y **qué ha logrado (Resultados)** ^{F14}. Se estructura en **7 criterios**: en **Dirección**, «Propósito, visión y estrategia» y «Cultura de la organización y liderazgo»; en **Ejecución**, «Implicar a los grupos de interés», «Crear valor sostenible» y «Gestionar el funcionamiento y la transformación»; y en **Resultados**, «Percepción de los grupos de interés» y «Rendimiento estratégico y operativo» ^{F18}. Para responder estas preguntas, usa el modelo de 9 criterios de esta sección ^{F13}.

EIR 2020 · 152

P9 · respuesta en el solucionario

Modelo EFQM: características

El modelo European Foundation for Quality Management (EFQM) NO se caracteriza por:

1. Establece que la satisfacción del cliente y del personal y la aceptación social de una organización se consigue mediante: Liderazgo, Política y estrategia, Gestión de las personas, Gestión de los recursos y alianza y Gestión de los procesos.
2. Consta de 9 criterios de evaluación: 5 criterios agentes y 4 criterios resultados.
3. Los criterios resultados indican cómo debería actuar un centro en el que se esté implantando un sistema de gestión de calidad total.
4. El modelo EFQM, como modelo de calidad total, es un modelo de excelencia, que todo tipo de organizaciones pueden utilizar y aplicar, tanto sanitarias como no sanitarias.

EIR 2015 · 210

P16 · respuesta en el solucionario

Modelo EFQM: los nueve criterios

¿Cuál de los siguientes criterios NO corresponde a alguno de los nueve establecidos en el Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM):

1. Liderazgo.
2. Personas.
3. Procesos, productos y servicios.
4. Eficiencia.
5. Resultados clave.

Todas las preguntas del tema (23)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2026 · 154

P1 · respuesta en el solucionario

¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente la clasificación de alguno de los indicadores en el modelo de calidad de Donabedian?:

1. Un indicador de estructura mide el número de pacientes que mejoran su estado de salud tras un tratamiento.
2. Un indicador de resultado refleja los efectos de la atención sanitaria en la salud del paciente o su satisfacción.
3. Un indicador de proceso evalúa la disponibilidad de recursos humanos, materiales o tecnológicos en el centro sanitario.
4. Los indicadores de resultado se utilizan para evaluar cómo se desarrollan las actividades.

EIR 2026 · 152

P2 · respuesta en el solucionario

¿Cuál es el orden correcto de las fases del ciclo PDCA o ciclo de Deming que se utiliza para la mejora continua de la calidad asistencial?:

1. Diagnosticar – Planificar – Evaluar – Corregir.
2. Planificar – Hacer – Verificar – Actuar.
3. Analizar – Controlar – Documentar – Aplicar.
4. Observar – Ejecutar – Supervisar – Repetir.

EIR 2025 · 22

P3 · respuesta en el solucionario

En la implementación del ciclo PDCA (Plan-DoCheck-Act) dentro de un proceso de mejora continua en una unidad de enfermería, ¿qué implicaciones tiene un análisis incorrecto en la fase "Check"?:

1. La imposibilidad de ajustar los recursos humanos.
2. La identificación inadecuada de indicadores clave de desempeño (KPI) para futuras mejoras.
3. La planificación incorrecta en la fase inicial "Plan" debido a falta de datos previos.
4. Que la fase "Act" se limite a una repetición de procesos sin lograr mejoras sustanciales.

¿Cuál es la principal diferencia entre los PREMs (Patient Reported Experience Measures) y los PROMs (Patient Reported Outcome Measures) en la evaluación de los servicios de salud?:

1. Los PREMs se centran en los resultados clínicos mientras que los PROMs en la satisfacción con el entorno hospitalario.
2. Los PREMs evalúan la experiencia del paciente con el servicio de salud, mientras que los PROMs evalúan el impacto del tratamiento en la salud del paciente.
3. Los PREMs miden los resultados a largo plazo, mientras que los PROMs se centran en evaluaciones inmediatas.
4. Los PREMs son utilizados exclusivamente en pacientes crónicos, mientras que los PROMs en pacientes agudos.

La diferencia entre los indicadores PROM y PREM, se basa en que:

1. Los PROM se miden mediante la Encuesta PaRIS (“Patient-Reported Indicator Surveys”) y los PREM mediante la Encuesta BeRLIn (“Best Reports Leading Indicators”).
2. Los PROM son cuestionarios que recogen los resultados informados por los pacientes y los PREM cuestionarios que recogen las experiencias informadas por los pacientes.
3. El objetivo de los PROM es conocer el estado de salud objetivo de los pacientes y el de los PREM conocer su estado subjetivo de salud.
4. Los PREM permiten establecer comparaciones entre el estado de salud de los pacientes, mientras que los PROM permiten conocer la satisfacción del paciente.

Atendiendo a la propuesta de indicadores comunes para la evaluación de estrategias de salud comunitaria y las acciones del plan de acción de Atención Primaria, el porcentaje de Comunidades Autónomas que tienen implantada la Cartera de Servicios Autonómica de Atención Comunitaria, sería de tipo:

1. De Estructura.
2. De Proceso.
3. De Resultado.
4. De Eficacia.

Cuando en un documento de gestión de la calidad nos encontramos con este dato: Entre un 85% y un 90% de los usuarios serán atendidos antes de 10 minutos desde su llegada. Se refiere a:

1. Un indicador.
2. Un estándar.
3. Un criterio.
4. Un objetivo.

En gestión de la calidad, uno de los métodos utilizados en la fase de priorización sería:

1. Metodología del Flujograma.
2. Método Hanlon.
3. Método DAFO-CAME.
4. Método Diagrama de Ishikawa.

El modelo European Foundation for Quality Management (EFQM) NO se caracteriza por:

1. Establece que la satisfacción del cliente y del personal y la aceptación social de una organización se consigue mediante: Liderazgo, Política y estrategia, Gestión de las personas, Gestión de los recursos y alianza y Gestión de los procesos.
2. Consta de 9 criterios de evaluación: 5 criterios agentes y 4 criterios resultados.
3. Los criterios resultados indican cómo debería actuar un centro en el que se esté implantando un sistema de gestión de calidad total.
4. El modelo EFQM, como modelo de calidad total, es un modelo de excelencia, que todo tipo de organizaciones pueden utilizar y aplicar, tanto sanitarias como no sanitarias.

Cuando en un documento de gestión de la calidad nos encontramos con este dato: Número de nacimientos por cesárea (por 100) dividido por el total de nacimientos en la población en el año de interés. Se está refiriendo a:

1. Un indicador.
2. Un estándar.
3. Un criterio.
4. Un objetivo.

Respecto a la gestión por procesos, ¿a qué tipo de proceso correspondería la formación continuada de los profesionales sanitarios?:

1. Procesos estratégicos.
2. Procesos clave.
3. Procesos operativos.
4. Procesos de soporte.

Indica cuál de los siguientes son instrumentos esenciales para medir la calidad en una organización sanitaria, y muestran la tendencia y/o desviación de una actividad, con respecto a una unidad de medida convencional:

1. Objetivos de evaluación.
2. Estándares de calidad.
3. Líneas de tendencia.
4. Indicadores de calidad.

Si participamos en un proceso de acreditación de un centro sanitario y señalamos que “Existe un protocolo de traslado de pacientes a otra organización para atender sus necesidades de continuidad de la atención” ¿Estamos haciendo referencia a?:

1. Un estándar.
2. Un indicador.
3. Un criterio.
4. Una obligación.

Según Avedis Donabedian ¿Cuáles son los elementos de la asistencia sanitaria para centrar la evaluación de la calidad?:

1. Los resultados, la estrategia y los procesos.
2. La estructura, los procesos y las intervenciones.
3. El proceso, el resultado y los criterios.
4. La estructura, el proceso y el resultado.

Los diagramas de flujo o flujogramas son representaciones gráficas de secuencias de operaciones, procedimientos o rutinas que sirven para el análisis de procesos o la toma de decisiones. Dichos diagramas emplean un conjunto de símbolos que son comunes a todo este tipo de representaciones y que tiene un significado concreto. En este sentido, como enfermera le han encargado la realización de un diagrama de flujo para representar una toma de decisión en la prestación de cuidados que se lleva a cabo en su unidad asistencial. Durante su diseño usted emplea el símbolo del rombo (♦): señale el significado otorgado al símbolo del rombo en los diagramas de flujo:

1. Decisión.
2. Arrancar y parar.
3. Flujo.
4. Documento.

¿Cuál de los siguientes criterios NO corresponde a alguno de los nueve establecidos en el Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM):

1. Liderazgo.
2. Personas.
3. Procesos, productos y servicios.
4. Eficiencia.
5. Resultados clave.

¿Qué función tienen los indicadores basados en “sucesos centinela”?:

1. Detectar sucesos con resultados graves, indeseables y, a menudo, evitables.
2. Detectar pequeñas incidencias, que indican que un procedimiento no se está aplicando adecuadamente.
3. Sistemas de alarmas, que recuerdan a los Servicios y Unidades la realización inminente de una auditoría de calidad.
4. Indicadores económico-financieros, que avisan que hay partidas presupuestarias de gastos, que se ha utilizado por encima del 90%.
5. Identificar sucesos, aparentemente de escasa importancia, pero que por su reiteración pueden requerir un mayor control.

La gestión por procesos es:

1. Un método de gestión, orientado a secuenciar los procesos de suministro de materiales a las Unidades clínicas, para reducir los tiempos de reposición y el espacio destinado a almacenamiento.
2. El procesamiento de la información, a través de soportes electrónicos, para agilizar la toma de decisiones entre Servicios o Unidades que no están próximos entre sí, válido tanto para los Centro de Salud como para los hospitales.
3. Una forma de gestionar, en la que se priorizan los procedimientos administrativos, a fin de situar en primer plano los relacionados con el cliente (o usuario) y se relegan al nivel inferior los procedimientos relacionados con la gestión económico-financiera.
4. Un sistema de trabajo enfocado a conseguir la mejora continua del funcionamiento de una organización mediante la identificación, la selección, la descripción, la documentación y la mejora de procesos.
5. Una variante de la planificación presupuestaria en base cero, en la que, durante el proceso planificador se trata de adecuar los medios a los objetivos en cada uno de los Departamentos, Servicios o Unidades de la Institución.

Los resultados de la evaluación de un programa de prevención realizada en un contexto, entorno y población concreto, se refieren al concepto de:

1. Efectividad.
2. Eficiencia.
3. Eficacia.
4. Factibilidad.
5. Sostenibilidad.

La calidad que se establece en la medida en que los pacientes experimentan una curación o mejoría en su proceso de salud y que es clínicamente comprobable recibe el nombre de "calidad":

1. Directa.
2. Indirecta.
3. Cruzada.
4. Percibida.
5. Demostrada.

En la medida en que los pacientes experimentan una curación o mejoría en su proceso de salud, la calidad que se establece y que es clínicamente comprobable se denomina calidad:

1. Directa.
2. Indirecta.
3. Cruzada.
4. Percibida.
5. Demostrada.

Los círculos de calidad planteados con el objetivo de conseguir un entorno participativo y de mejora, tienen entre sus principios que la calidad:

1. Es responsabilidad de los equipos de gestión.
2. Se consigue entre todos.
3. Precisa de profesionales con experiencia en todos los niveles de la organización
4. Es independiente del estilo de dirección del centro.
5. Requiere siempre de soluciones consensuadas para los problemas.

La capacidad para cumplir los objetivos al menor coste posible, se refiere al concepto de:

1. Efectividad.
2. Eficacia.
3. Eficiencia.
4. Eficacia asignada.
5. Efectividad de producción.

Preguntas que también podrían ser de este tema (1)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2011 · 74

P24 · respuesta en el solucionario

¿Qué tipo de protocolo es aquél en el que se describen detalladamente el qué, el cómo y el cuándo de las actividades que ha de llevar a cabo la enfermera con los pacientes hipertensos?:

1. De estructura.
2. De proceso.
3. De resultado.
4. De calidad.
5. De planificación.

Solucionario

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 154	2	
P2	EIR 2026 · 152	2	
P3	EIR 2025 · 22	4	
P4	EIR 2025 · 21	2	
P5	EIR 2024 · 31	2	
P6	EIR 2023 · 18	1	hoja del archivo oficial
P7	EIR 2021 · 35	2	
P8	EIR 2020 · 153	2	
P9	EIR 2020 · 152	3	
P10	EIR 2020 · 151	1	
P11	EIR 2019 · 38	1	hoja del archivo oficial
P12	EIR 2019 · 36	4	hoja del archivo oficial
P13	EIR 2017 · 109	1	
P14	EIR 2017 · 106	4	
P15	EIR 2016 · 198	1	hoja del archivo oficial
P16	EIR 2015 · 210	4	reconstruida por un tercero
P17	EIR 2015 · 199	1	reconstruida por un tercero
P18	EIR 2015 · 197	4	reconstruida por un tercero
P19	EIR 2015 · 155	1	reconstruida por un tercero
P20	EIR 2014 · 180	1	reconstruida por un tercero
P21	EIR 2013 · 159	1	reconstruida por un tercero
P22	EIR 2010 · 98	2	reconstruida por un tercero
P23	EIR 2009 · 97	3	reconstruida por un tercero
P24	EIR 2011 · 74	2	

Fuentes

- **F1** Organización Mundial de la Salud. Quality health services (nota descriptiva). Versión vigente en 2026. · <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services> · consultada 2026-09-27
- **F2** Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2005, capítulo 2: Aspectos básicos de gestión de calidad en el ámbito sanitario. 2005. · <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/2005/Cap2AspeBasicGestCalidadAmbi toSanitario.pdf> · consultada 2026-09-27
- **F3** Osteba, Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Guía de evaluación económica en el sector sanitario (apartado 11: eficacia, efectividad y eficiencia). Sin fecha visible en el documento. · https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/osteba_formacion /eu_def/adjuntos/economiaSanitaria.pdf · consultada 2026-09-27
- **F4** Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q. 1966;44(3):166-203. Reimpreso en Milbank Q. 2005;83(4):691-729 (PMC2690293). · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/> · consultada 2026-09-27
- **F5** Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Indicadores de calidad en el enfermo crítico. Actualización 2017 (capítulos de metodología: sistemas de monitorización y definición de los apartados del indicador). · https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2018/10/indicadoresdecalidad2017_semicyuc_spa-1.pdf · consultada 2026-09-27
- **F6** Ministerio de Sanidad y Política Social, Agencia de Calidad del SNS. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS). Fichas técnicas. 2010. Indicador D.5-6 c: porcentaje de cesáreas. · https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/iclasns_docs/Fichas_INCLASNS.pdf · consultada 2026-09-27
- **F7** Joint Commission. Sentinel Event Policy and Procedures. Versión vigente desde el 1 de enero de 2026. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (28/01/2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.jointcommission.org/en-us/knowledge-library/support-center/standards-interpretation/sentinel-event-policy-and-procedures> · consultada 2026-09-27
- **F8** OCDE. Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS). Página del programa, versión de 2025. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (28/12/2025), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.oecd.org/en/about/programmes/patient-reported-indicator-surveys-paris.html> · consultada 2026-09-27
- **F9** Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Plan-Do-Study-Act Worksheet, Directions, and Examples. Health Literacy Universal Precautions Toolkit, 3rd ed. Revisado en marzo de 2024. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (18/12/2025), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/tool2b.html> · consultada 2026-09-27
- **F10** Choi BCK, et al. The Pan American Health Organization-adapted Hanlon method for prioritization of health programs. Rev Panam Salud Publica. 2019;43:e61. doi:10.26633/RPSP.2019.61. · <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.61> · consultada 2026-09-27
- **F11** Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. 1.^a ed. Sevilla; 2001 (marco conceptual y representación gráfica; figura 10, iconos del diagrama de flujos, p. 45). · https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956c952f3_guia_diseno_primera.pdf · consultada 2026-09-27

- **F12** Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados. 2.ª ed. Sevilla; 2009 (esquema para la representación global del PAI, p. 61). · https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956c9e59e_guia_diseno_mejora.pdf · consultada 2026-09-27
- **F13** Club Excelencia en Gestión (socio oficial de EFQM en España). Introducción al Modelo EFQM de Excelencia. Versión 2013 (v8), pp. 7-9 del PDF. · https://www.clubexcelencia.org/system/files/migrated/knowledge/documents/files/introduccion_al_modelo_efqm_2013_castellano_v8.pdf · consultada 2026-09-27
- **F14** EFQM. The EFQM Model (página oficial del modelo vigente). 2026. · <https://efqm.org/the-efqm-model/> · consultada 2026-09-27
- **F15** Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA). Manual de estándares. Unidades de gestión sanitaria. ME 5 1_08. Septiembre de 2022. Se usan las pp. 10 y 34 del PDF. · https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/wp-content/uploads/2025/07/Manual-de-Unidades-de-Gestion-Sanitaria-logo-IEEA-alta_compressed.pdf · consultada 2026-09-27
- **F16** Comunidad de Madrid, Dirección General de Hospitales (SERMAS) y Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. Guía para la elaboración de protocolos y procedimientos de Enfermería. 2012 (apartado 3.2.4 «Indicadores», pp. 18-19). · <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017377.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F17** Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (AEVAL) y Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Guía de Interpretación del Modelo EFQM de Excelencia 2013 para las Administraciones Públicas. Madrid, 2013 (índice; apartado 4.9 «Resultados clave», p. 38; matriz REDER de resultados, p. 47). · https://digital.gob.es/content/dam/sgad/sefp/es/portalsefp/gobernanza-publica/calidad/Metodolog-as-y-Guias/EFQM_GUIA_DE_INTERPRETACION_EFQM_2013.pdf · consultada 2026-09-28
- **F18** Club Excelencia en Gestión. Modelo EFQM (página web del socio oficial de EFQM en España): estructura en tres bloques y siete criterios del modelo vigente. · <https://www.clubexcelencia.org/modelo-efqm/modelo-efqm> · consultada 2026-09-28
- **F19** Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). NTP 419: Condiciones de trabajo y círculos de calidad. Serie NTP 401 a 435, año 1997. Es una guía de buenas prácticas de 1997: conviene tener en cuenta su fecha. · <https://www.insst.es/documentacion/colecciones-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/12-serie-ntp-numeros-401-a-435-ano-1997/ntp-419-condiciones-de-trabajo-y-circulos-de-calidad> · consultada 2026-09-28
- **F20** Ministerio de Sanidad. Indicadores comunes para la Evaluación de Estrategias de Salud Comunitaria. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027 (2.ª línea de acción, «Medidas organizativas», p. 8). Es la edición 2025-2027 del plan. · <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/saludComunitaria/documentosTecnicos/docs/indicadoresEvaluacionEstrategiasSaludComunitaria.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F21** Ministerio de Sanidad y Consumo, Agencia de Calidad del SNS. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. 2008 (p. 13 del PDF). · <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2008/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F22** Olivera Cañadas G, Cañada Dorado A, Drake Canela M, Fernández-Martínez B, Ordóñez León G, Cimas Ballesteros M. Identificación de eventos centinela en atención primaria. Rev Calidad Asistencial. 2017;32:269-77. doi:10.1016/j.calí.2017.03.003 (introducción). · <https://www.elsevier.es/es-revista-revista->

consultada 2026-09-28

Pendiente de verificar

- «Calidad directa» (y sus pares indirecta, percibida y demostrada) como tipos de calidad: sin fuente válida. Búsqueda repetida el 28-09-2026 con las cuatro expresiones y con la formulación «mejoría clínicamente comprobable»: solo salen material de curso (OCW de una universidad), blogs de academias y dos artículos de la Revista de Calidad Asistencial (2002;17(2):64-6, PII S1134282X02774800, y otro de 2004, PII S1134282X04776897) que, descargados y leídos, no contienen los términos. Por eso no se intercalan EIR2013-159 ni EIR2014-180 (concepto repetido): quedan declarados en «repetidos_sin_fuente» (N45). Buscar un manual de gestión sanitaria con muestra de la editorial.
- Clasificación de los protocolos en estructura, proceso y resultado: sin fuente. Búsqueda repetida el 28-09-2026: la guía de protocolos de la Comunidad de Madrid (2012, ^{F16}) clasifica los **indicadores** en estructura, proceso y resultado, pero no clasifica los **protocolos**. SEMICYUC incluye la disponibilidad de protocolos entre los indicadores de estructura ^{F5}. EIR2011-074 no se intercala.
- Cartera de servicios autonómica como indicador «de estructura» (EIR2023-018, oficial de archivo, clave: estructura): ninguna fuente localizada lo clasifica así. El documento del Ministerio ^{F20} lo presenta como indicador Sí/No de las «Medidas organizativas», sin etiquetarlo como estructura, proceso o resultado, y no habla de «porcentaje de comunidades» ni de «implantada»; es la edición 2025-2027 y la pregunta es de 2023, así que pudo referirse a una edición anterior que no se ha consultado. La guía de Madrid define estructura como «recursos y organización de la atención» ^{F16}, pero unir ambos datos sería una deducción del tema. Por eso EIR2023-018 se ha quitado de las preguntas intercaladas: la clave no se puede comprobar con ninguna fuente válida (el verificador ciego, sin la deducción, la deja en blanco).
- Fase Act tras un análisis incorrecto en Check (EIR2025-022): la AHRQ ^{F9} dice que Act decide qué cambiar a partir de lo estudiado, pero no describe qué pasa si el estudio es incorrecto; se quitó del texto la deducción. La pregunta sigue intercalada con lo que dice la fuente.
- Círculos de calidad (EIR2010-098, respuesta reconstruida «Se consigue entre todos.»): la NTP 419 ^{F19} recoge los tres principios y la mayor participación de los trabajadores, pero no dice literalmente esa frase; la opción se deduce de ellos. La pregunta se intercala con apoyo débil declarado.
- Gestión por procesos (EIR2015-197, clave: sistema de trabajo de mejora continua mediante identificación, selección, descripción, documentación y mejora de procesos): F11 describe los pasos (mapa de procesos y priorización, diseño, implantación, evaluación y plan de mejora continua) y la identificación de los procesos prioritarios, pero no da una definición con esos términos; ninguna fuente del tema los enumera en una sola frase, y «selección» y «documentación» no constan como tales. Se buscó el 28-09-2026 y no se halló una definición oficial más literal; la pregunta se intercala con apoyo débil declarado.
- Datos que se quitaron del texto por proceder solo de los enunciados o de las claves de las preguntas y que no constan en la fuente: «contexto, entorno y población concretos» y «cumplir los objetivos al menor coste» (EIR2015-155, EIR2009-097: Osteba ^{F3} dice «condiciones habituales» y «razón entre efectividad y coste»); que PROM y PREM no sean medidas objetivas del profesional (EIR2024-031); «instrumentos esenciales» del indicador (EIR2019-036); «documentación» del proceso (EIR2015-197); el ejemplo de continuidad asistencial como estándar (EIR2017-109).