

Módulo V

“INDICADORES, MEJORA CONTINUA Y BUENAS PRÁCTICAS”

EU Carolina Ramírez M.



Índice

Índice	2
Introducción	3
1.- DISEÑO E INTERPRETACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN TÉCNICA:	4
1.1. Características de un Buen Indicador:	5
1.2. Tipos de Indicadores en la Gestión Hospitalaria:	5
1.3. Interpretación y Uso en la Toma de Decisión:	5
2.1. Ciclo PHVA (Planificar – Hacer – Verificar – Actuar):	6
2.2. Análisis de Causa Raíz (ACR):	7
2.3. Diagrama causa- efecto:	8
3.1. Elementos de una Sistematización Efectiva:	9
BIBLIOGRAFÍA	11

Introducción

La integración de indicadores robustos, herramientas de mejora continua y buenas prácticas documentadas constituye la base para una gestión hospitalaria moderna, segura y eficiente. En el contexto chileno, donde la presión asistencial y la inequidad en recursos representan desafíos estructurales, la capacidad de medir, analizar y mejorar de forma sistemática es un imperativo ético y estratégico para todos los profesionales de salud.

La adopción disciplinada de estos enfoques no solo mejora resultados clínicos, sino que fortalece la gobernanza, eleva la calidad del servicio público y contribuye al aprendizaje institucional sostenible.

1.- DISEÑO E INTERPRETACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN TÉCNICA:

La medición del desempeño en los establecimientos de salud es un componente esencial para garantizar calidad, seguridad y eficiencia. Los indicadores de gestión técnica permiten traducir procesos clínicos complejos en métricas comprensibles que facilitan la toma de decisiones, la evaluación del cumplimiento normativo y la identificación de brechas a nivel operativo y estratégico.

INDICADOR: Es la medida cuantitativa o la observación cualitativa que permite identificar cambios en el tiempo y cuyo propósito es determinar qué tan bien está funcionando un sistema, dando la voz de alerta sobre la existencia de un problema y permitiendo tomar medidas para solucionarlo, una vez se tenga claridad sobre las causas que lo generaron.

Todas las actividades pueden medirse con parámetros enfocados a la toma de decisiones como señales para monitorear la gestión, así se asegura que las actividades vayan en el sentido correcto y permiten evaluar los resultados de una gestión frente a sus objetivos, metas y responsabilidades. Estas señales son conocidas como indicadores de gestión.

Un indicador de gestión es la expresión cuantitativa del comportamiento y desempeño de un proceso, cuya magnitud, al ser comparada con algún nivel de referencia, puede estar señalando una desviación sobre la cual se toman acciones correctivas o preventivas según el caso.

Para trabajar con los indicadores debe establecerse todo un sistema que vaya desde la correcta comprensión del hecho o de las características hasta la de toma de decisiones acertadas para mantener, mejorar e innovar el proceso del cual dan cuenta.

Empleándolos en forma oportuna y actualizada, los indicadores permiten tener control adecuado sobre una situación dada; la principal razón de su importancia radica en que es posible predecir y actuar con base en las tendencias positivas o negativas observadas en su desempeño global.

Para la formulación de los indicadores por proceso se debe tener en cuenta lo definido en Ficha Técnica de Indicadores que contempla los siguientes aspectos:

- **Nombre del Indicador:** Es necesario asignar un nombre al indicador que tenga relación con el proceso u objetivo de la medición a realizar.
- **Objetivo:** El objetivo es lo que persigue el indicador seleccionado. Indica el mejoramiento que se busca y el sentido de esa mejora (maximizar, minimizar, eliminar, etc.). El objetivo en consecuencia, permite seleccionar y combinar acciones preventivas y correctivas en una sola dirección.
- **Fórmula:** Es la expresión matemática que define las variables y la estructura de lo que se quiere medir.
- **Meta:** Para poder determinar las metas de los indicadores, se definen valores de referencia.
- **Servicios a los que aplica:** Se define como el alcance o la cobertura del objetivo del indicador.
- **Recolección de Información:** Define la forma cómo se obtienen y conforman los datos, los sitios y momento donde deben hacerse las mediciones, los medios con los cuales hacer las medidas, quiénes hacen las lecturas y cuál es el procedimiento de obtención de las muestras, en este punto son muy útiles los sistemas de información como el software hospitalario.

- **Método de procesamiento de la información:** El sistema de información debe garantizar que los datos obtenidos de la recopilación de históricos o lecturas, sean presentados adecuadamente al momento de la toma de decisiones
- **Muestra:** Se define como el número de elementos utilizados para el análisis de la información, estadísticamente se calcula la muestra con un porcentaje de confiabilidad del 95% y un margen de error del 5%, es importante aclarar que la muestra aplica para medir el indicador, la aplicación de listas de chequeo como barreras de seguridad se aplican al 100% de pacientes.
- **Responsables:** Clarifica el modo de actuar frente a la información que suministra el indicador y su posible desviación respecto a las referencias escogidas.
- **Periodicidad:** Define el período de realización de la medida, cómo presentan los datos, cuando realizan las lecturas puntuales y los promedios.

1.1. Características de un Buen Indicador:

Para asegurar validez y utilidad, un indicador debe cumplir con criterios esenciales:

- **Relevancia clínica:** Debe representar procesos o resultados que impacten directamente en la salud del paciente.
- **Validez y confiabilidad:** Medir efectivamente lo que se desea evaluar y hacerlo de manera consistente.
- **Factibilidad:** Requerir datos accesibles con métodos objetivos y reproducibles.
- **Oportunidad:** Su disponibilidad temporal debe permitir actuar sobre los resultados.
- **Comparabilidad:** Permitir benchmarking entre períodos, servicios y estándares nacionales, como los establecidos por el MINSAL, la Superintendencia de Salud o GES.

1.2. Tipos de Indicadores en la Gestión Hospitalaria:

- **Estructura:** Reflejan recursos, infraestructura o capacidades (Ej.: dotación de enfermería por paciente crítico).
- **Proceso:** Miden el cumplimiento o desempeño de actividades clínicas (Ej.: porcentaje de administración de antibióticos profilácticos dentro de 60 minutos previos a cirugía).
- **Resultado:** Evalúan el efecto final en la condición del paciente (Ej.: tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica).
- **Equidad y acceso:** Miden barreras o facilidades para recibir atención oportuna (Ej.: tiempos de espera para consultas de especialidad).
- **Eficiencia:** Relacionan recursos con productividad o resultados (Ej.: estada media).

1.3. Interpretación y Uso en la Toma de Decisión:

La interpretación debe ser contextual, considerando:

- **Riesgo ajustado:** especialmente en mortalidad, reingresos, infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).
- **Tendencias temporales:** análisis de variaciones estacionales o de implementaciones específicas.

- Comparación contra estándares: metas ministeriales, normativas locales y benchmarks internacionales.
- Factores externos: condiciones epidemiológicas, disponibilidad de recursos, cambios organizacionales.

Un indicador aislado rara vez basta; la gestión moderna requiere paneles integrados combinando indicadores de calidad, seguridad, eficiencia y experiencia del paciente.

Es importante igualmente, dar a conocer a la Institución los resultados de indicadores por proceso, por tanto, una vez han sido consolidados, los líderes harán la socialización inicialmente con el equipo de trabajo de manera mensual y trimestralmente se hará el despliegue a todo el personal de la Institución.

Cuando un indicador ha alcanzado la meta propuesta por más de tres mediciones consecutivas, el líder del proceso, previo análisis de las causas, podrá replantear la meta si es posible, de tal manera que ese replanteamiento conlleve a superar expectativas; de no ser posible replantear la meta, continuará midiéndose hasta por un año, donde se analizarán las situaciones presentadas, y, si no se trata de monitorizar puntos críticos del proceso, será eliminado de la ficha técnica de indicadores, por considerar que se encuentran estandarizadas las actividades objeto de medición.

Cuando un indicador muestre una tendencia negativa, el responsable del proceso y su equipo de trabajo deberán en primera instancia seguir la ruta definida para la calidad, en casos en los cuales después de implementar correcciones, las cuales deben estar muy bien analizadas y reportadas, en los casos en que la tendencia del indicador continúe en descenso por más de tres periodos, el líder del proceso con su equipo de trabajo, deberán plantear acciones eficaces y contundentes que permitan mitigar la ocurrencia del comportamiento.

2.- HERRAMIENTAS DE MEJORA CONTINUA (PHVA, ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ, ETC.):

La mejora continua en un hospital público es un desafío permanente debido a la alta variabilidad de los procesos clínicos, restricciones de recursos y presión asistencial. Las herramientas de calidad permiten la identificación sistemática de brechas y la implementación de soluciones sostenibles.

2.1. Ciclo PHVA (Planificar – Hacer – Verificar – Actuar):

El PHVA es un marco iterativo ampliamente adoptado en salud por su simplicidad y potencia estratégica.

Planificar:

- Definir el problema con base en datos.
- Establecer objetivos y metas específicas, medibles y alineadas con los objetivos institucionales.
- Diseñar intervenciones sustentadas en evidencia con base en las mejores prácticas.
- Describir quién es responsable de las diferentes tareas.

- Consulte a cualquier persona que vaya a estar involucrada en el desempeño de las responsabilidades, a otros asesores y a las partes interesadas clave, para asegurarse de que el plan satisfaga las necesidades de todos.

Hacer:

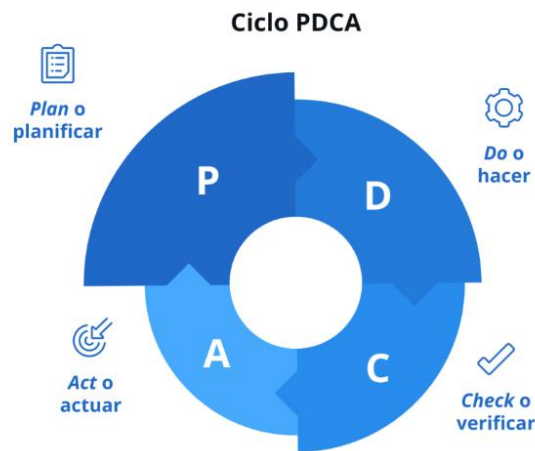
- Ejecutar el plan en un entorno controlado o piloto.
- Capacitar equipos y garantizar la adherencia a protocolos.

Verificar:

- Medir los cambios mediante indicadores previamente definidos.
- Comparar resultados con la línea base y evaluar impacto.

Actuar:

- Escalar la intervención si fue efectiva.
- Ajustar o rediseñar si los resultados fueron insuficientes.
- Sistematizar y documentar aprendizajes.



2.2. Análisis de Causa Raíz (ACR):

El ACR es una herramienta esencial para investigar eventos adversos y no conformidades en salud.

La definición de análisis de la causa raíz gira en torno al proceso de identificar el origen de un problema y buscar una solución de forma que el problema se trate en su raíz. De este modo, las organizaciones y los profesionales pueden mirar más allá de los síntomas del problema y trabajar sobre la causa real.

El objetivo del análisis de causa raíz es calibrar los retos que debe abordar una organización para racionalizar sus procesos y alcanzar sus objetivos. Por lo tanto, identificar las causas fundamentales de un problema ayuda a desarrollar estrategias más eficaces para superarlo.

La realización de un análisis de la causa raíz y la aplicación de soluciones adecuadas ayudan a los empresarios a evitar de forma significativa o completa que se repitan problemas e incidentes iguales o similares.

Hay 3 tipos básicos de causas raíz que pueden tener un impacto potencial en un problema, tales como:

- Causas físicas: Pueden surgir debido a problemas con cualquier componente físico de un sistema, como fallos de hardware y mal funcionamiento del equipo.
- Causas humanas: Puede ocurrir debido a un error humano, causado por la falta de habilidades y conocimientos para realizar una tarea.
- Causas organizativas: Puede ocurrir cuando las organizaciones utilizan un sistema o proceso defectuoso o insuficiente, en situaciones como dar instrucciones incompletas, tomar decisiones equivocadas y manejar mal al personal y los bienes.



Como se muestra en el diagrama anterior, los pasos del análisis de la causa raíz son:

- Date cuenta del problema.
- Recoger datos.
- Determinar los posibles factores causales.
- Identificar la causa raíz.
- Recomendar y aplicar soluciones.

Principios clave:

- Enfocarse en sistemas, no en culpabilización individual.
- Utilizar una metodología estructurada (árbol de fallas, Ishikawa, los “5 por qué”).
- Determinar causas proximales, latentes y contribuyentes (factores humanos, tecnológicos, organizacionales).
- Elaborar un plan de acción específico que incluya responsables, indicadores de seguimiento y plazos.

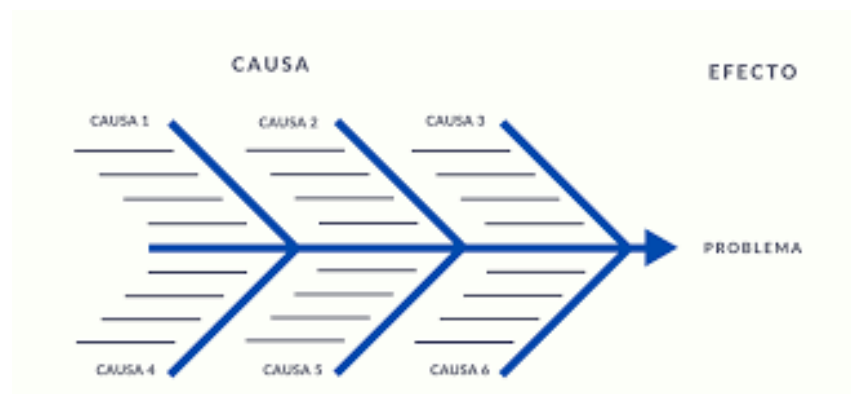
2.3. Diagrama causa- efecto:

El diagrama causa-efecto es una forma de organizar y representar las diferentes teorías propuestas sobre las causas de un problema. Se conoce también como diagrama de Ishikawa o diagrama de espina de pescado y se utiliza en las fases de Diagnóstico y Solución de la causa. La técnica de análisis de causa y efectos para la solución de problemas, relaciona un efecto con las posibles causas que lo provocan. Se utiliza para cuando se necesite encontrar las causas raíces de un problema, simplificando el análisis a través de una gráfica, que permite visualizar

la solución de cada problema, haciéndolo más entendible, toda vez que en una imagen se logra agrupar el problema, o situación a analizar y las causas y subcausas que contribuyen a este problema o situación.

Los pasos a seguir para esta metodología son:

- Ponerse de acuerdo en la definición del efecto o problema.
- Trazar una flecha y escribir el “efecto” del lado derecho.
- Identificar las causas principales a través de flechas secundarias que terminan en la flecha principal.
- Identificar las causas secundarias a través de flechas que terminan en las flechas secundarias, así como las causas terciarias que afectan a las secundarias.
- Asignar la importancia de cada factor.
- Definir los principales conjuntos de probables causas: materiales, maquinaria (equipos), métodos de trabajo, mano de obra, medio ambiente (5 M)
- Marcar los factores importantes que tienen incidencia significativa sobre el problema Registrar cualquier información que pueda ser de utilidad.



3.- SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS Y LECCIONES APRENDIDAS:

La mejora continua requiere no solo intervenir, sino documentar, reflexionar y aprender de manera colectiva. La sistematización permite:

- Convertir intervenciones aisladas en conocimiento institucional.
- Facilitar la replicabilidad en otros servicios o establecimientos.
- Generar evidencia local aplicable al contexto chileno, donde la realidad hospitalaria pública está marcada por brechas de recursos y alta demanda.

3.1 Elementos de una Sistematización Efectiva:

- Descripción del contexto: población atendida, recursos disponibles, brechas detectadas.
- Problema y justificación: sustentado en datos y percepción de los equipos.
- Proceso de intervención: actores clave, metodología, barreras y facilitadores.
- Resultados cuantitativos y cualitativos: indicadores, testimonios, consecuencias clínicas.

- Lecciones aprendidas: qué funcionó, qué no y por qué.
- Recomendaciones: guías prácticas para otros equipos o unidades del hospital.

La generación de conocimiento local fortalece la autonomía clínica y reduce dependencia de modelos externos poco contextualizados.

BIBLIOGRAFÍA

- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed
- Institute of Medicine (IOM). (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. National Academy Press.
- Batalden, P., & Davidoff, F. (2007). What is “quality improvement” and how can it transform healthcare? Quality and Safety in Health Care.
- Berwick, D. (2008). The Science of Improvement.
- OPS/OMS. (2010–2022). Herramientas para la gestión de calidad y seguridad del paciente en hospitales públicos.
- MINSAL – DEIS. Metodologías para construcción de indicadores sanitarios y estadísticas oficiales.



Reservados todos los derechos de VASPER CAPACITA. No se permite copiar, reproducir, reeditar, descargar, publicar, emitir, difundir, de forma total o parcial la presente obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito del autor. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.