



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

Conjunto de indicadores de calidad y seguridad para hospitales de la Agencia Valenciana de Salud

C.M. Nebot-Marzal^{a,*}, J.J. Mira-Solves^{b,c}, M. Guilabert-Mora^b, V. Pérez-Jover^b,
D. Pablo-Comeche^a, T. Quirós-Morató^d y D. Cuesta Peredo^d

^a Servicio de Evaluación y Calidad Asistencial, Dirección General de Ordenación, Evaluación, Investigación, Calidad y Atención al Paciente, Conselleria de Sanitat, Valencia, España

^b Departamento de Salud d'Alacant-Sant Joan d'Alacant, Alicante, Agencia Valenciana de Salud, Conselleria de Sanitat, España

^c Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández, Elche, España

^d Departamento de Salud de La Ribera, Alzira, Agencia Valenciana de Salud, Conselleria de Sanidad, España

Recibido el 28 de enero de 2013; aceptado el 8 de agosto de 2013

Disponible en Internet el 16 de octubre de 2013

PALABRAS CLAVE

Investigación cualitativa;
Seguridad del paciente;
Indicadores de calidad;
Gestión de la información sanitaria

Resumen

Objetivos: Elaborar un conjunto de indicadores de calidad y seguridad en el contexto de los hospitales de la Agencia Valenciana de Salud.

Material y métodos: Se utilizó la técnica Metaplan® para identificar propuestas sobre sostenibilidad y enfermería. Se empleó el catálogo de la Sociedad Española de Calidad Asistencial como punto de partida para los indicadores clínicos. Utilizando la Técnica Delphi 207 profesionales fueron invitados a participar en el proceso para identificar los indicadores más fiables y factibles. Finalmente, la propuesta resultante fue validada por los directivos de 12 hospitales, teniendo en cuenta la variabilidad, objetividad, factibilidad, fiabilidad y sensibilidad de los indicadores.

Resultados: La tasa de participación osciló entre el 66,67 y 80,71%. De los 159 indicadores de la propuesta inicial se priorizaron y seleccionaron 68 (21 económicos o de gestión, 22 de cuidados de enfermería y 25 clínicos). De ellos 3 eran comunes a las 3 categorías y 2 no cumplían los criterios específicos de la fase de validación, por lo que el conjunto final consta de 63 indicadores.

Conclusiones: Se ha elaborado un conjunto de indicadores de calidad y seguridad. El sistema de información actual permite su monitorización.

© 2013 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nebot_cri@gva.es (C.M. Nebot-Marzal).

KEYWORDS

Qualitative research;
Patient safety;
Quality indicators;
Health information
management

A set of quality and safety indicators for hospitals of the «Agencia Valenciana de Salud»

Abstract

Objectives: To prepare a set of quality and safety indicators for Hospitals of the «Agencia Valenciana de Salud».

Material and methods: The qualitative technique Metaplan® was applied in order to gather proposals on sustainability and nursing. The catalogue of the «Spanish Society of Quality in Healthcare» was adopted as a starting point for clinical indicators. Using the Delphi technique, 207 professionals were invited to participate in the selecting the most reliable and feasible indicators. Lastly, the resulting proposal was validated with the managers of 12 hospitals, taking into account the variability, objectivity, feasibility, reliability and sensitivity, of the indicators. *Results:* Participation rates varied between 66.67% and 80.71%. Of the 159 initial indicators, 68 were prioritized and selected (21 economic or management indicators, 22 nursing indicators, and 25 clinical or hospital indicators). Three of them were common to all three categories and two did not match the specified criteria during the validation phase, thus obtaining a final catalogue of 63 indicators.

Conclusions: A set of quality and safety indicators for Hospitals was prepared. They are currently being monitored using the hospital information systems.

© 2013 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El empleo de indicadores para medir, comparar y mejorar la atención sanitaria está ampliamente extendido¹⁻⁵. En nuestro país el documento «Indicadores de Calidad para Hospitales del Sistema Nacional de Salud»⁶ y el manual «Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto Séneca»⁷, contienen un conjunto de indicadores de calidad y seguridad a disposición de los hospitales españoles que permite la comparación entre ellos.

Los servicios de salud autonómicos, como es el caso de la Agencia Valenciana de Salud (AVS), deben garantizar que los pacientes reciban una asistencia sanitaria con unos estándares de calidad adecuados y similares en todo su ámbito territorial, prestando sus servicios de forma eficiente y dando respuesta a las necesidades y expectativas de sus ciudadanos.

La AVS está estructurada a nivel periférico en departamentos de salud⁸ distintos en cuanto a recursos, población y modo de financiación, por lo que asegurar en todos los departamentos la efectividad, seguridad y eficiencia en la gestión de los recursos y la sostenibilidad económica del sistema es una cuestión estratégica⁹.

El objetivo de este estudio fue definir una batería de indicadores hospitalarios de calidad, seguridad y sostenibilidad combinando aspectos económicos o de gestión, específicos de la atención enfermera y propiamente clínicos.

Material y métodos

Estudio basado en técnicas cualitativas de consenso¹⁰ con participación de expertos y con una fase final de validación del catálogo de indicadores. El estudio se realizó entre los meses de enero y mayo de 2012, tras una revisión bibliográfica previa.

Tras la revisión de la literatura primero, mediante Metaplan®, se identificaron posibles criterios de calidad, seguridad y sostenibilidad. Posteriormente, mediante Delphi, se priorizaron aquellos indicadores sobre los que existió un mayor nivel de consenso acerca de su fiabilidad y factibilidad (posibilidad y facilidad de su estimación). Por último, se valoró en la práctica su fiabilidad y factibilidad en el contexto de los sistemas de información de los hospitales. En la [figura 1](#) aparece el plan de trabajo seguido.

Para elaborar un primer conjunto de indicadores de sostenibilidad y de enfermería (cuestionario 0 de la metodología Delphi) se aplicó la técnica Metaplan® por personal entrenado en investigación cualitativa con 2 grupos con 12 expertos cada uno, conformados por directivos, responsables de sostenibilidad, expertos en calidad y seguridad en un caso; y directivos de enfermería y expertos en calidad y seguridad en el otro. A los participantes se les remitió previamente el catálogo para hospitales del Sistema Nacional de Salud⁶, el documento del proyecto Séneca⁷ y el borrador de los acuerdos de gestión establecidos por la Agencia Valenciana de Salud para el año 2012. En el caso de los indicadores clínicos no se realizó esta fase previa y se adoptó la propuesta de «Indicadores de calidad para hospitales del Sistema Nacional de Salud», elaborado por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)⁶.

Para aplicar la técnica Delphi se constituyeron 3 grupos de trabajo (sumando un total de 207 participantes), uno para cada grupo de indicadores, incluyendo a directivos de hospitales (de atención a pacientes crónicos, de larga estancia y de hospitales comarcales y universitarios), responsables de calidad y seguridad, responsables de unidades clínicas y expertos en calidad miembros de la Sociedad Valenciana de Calidad Asistencial (SOVCA). Los miembros de los grupos de trabajo procedían de hospitales de distinto nivel de complejidad, tenían una experiencia mínima de 2 años en el mismo puesto de trabajo o similar (directivos)

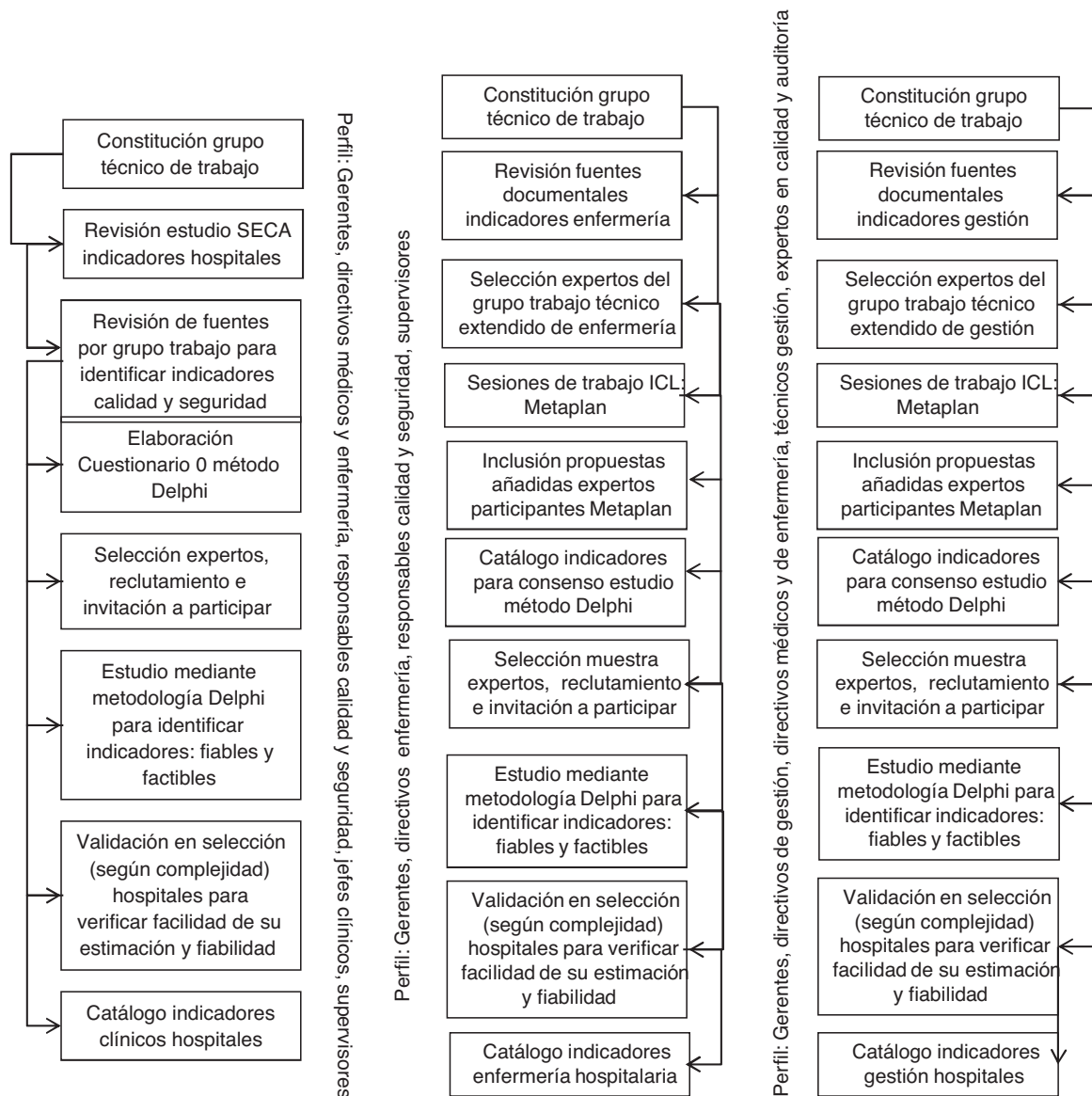


Figura 1 Plan de trabajo del estudio, definición y validación de indicadores de calidad, seguridad y sostenibilidad para hospitales de la Comunidad Valenciana.

y fueron seleccionados aleatoriamente de entre quienes cumplían los criterios de inclusión.

La técnica Delphi se condujo mediante una plataforma *on line*, realizando 2 olas, con recuerdo (3 en la primera y 2 en la segunda) para motivar la respuesta. En ambas olas se solicitó a los participantes que respondieran en una escala de 0 (nada de acuerdo) a 10 (totalmente de acuerdo), tanto para fiabilidad (indicador que puede medirse con objetividad y certeza con la información disponible en los centros) como para factibilidad¹¹ (que se pudiera calcular realmente en el contexto hospitalario de la AVS). Los participantes tuvieron la opción de sugerir nuevos indicadores.

La primera ola se realizó entre el 2 de abril y el 4 de mayo de 2012 y la segunda entre el 11 y el 24 de mayo. El cuestionario remitido en la segunda ola se confeccionó a partir de los indicadores que obtuvieron mayor nivel de consenso en la primera ola, y se incluyó la puntuación media que obtuvo

cada indicador en la primera ola. Como punto de corte se consideró el percentil 25 para la suma de los cocientes entre la media aritmética y el coeficiente de variación de fiabilidad y factibilidad. El resultado obtenido, tras la segunda ola de Delphi, se remitió a los participantes.

Por último, se solicitó a los directivos de 12 hospitales que valoraran como criterios de calidad de los indicadores propuestos: objetividad, fiabilidad, factibilidad (considerando el sistema de información del hospital) y sensibilidad y aportaran el dato correspondiente a cada uno de los indicadores.

Resultados

El resultado de la técnica Metaplan® produjo una relación de 50 indicadores de sostenibilidad y 58 de enfermería. En el primer grupo la participación quedó limitada a 8 personas

Tabla 1 Indicadores seleccionados. Grado de consenso tras segunda ola Delphi

N.º	Indicador sostenibilidad	Grado de consenso	Indicador enfermería	Grado de consenso	Indicador hospital	Grado de consenso
1	Porcentaje de urgencias ingresadas	158,7	Check list de verificación quirúrgica	121,3	Cirugía en fractura de cadera en pacientes mayores de 65 años	163,7
2	Gasto total en fármacos de pacientes externos	140,6	Porcentaje de pacientes con informe de alta de enfermería	118,4	Retorno a urgencias con ingreso	146,8
3	Estancia media ajustada a casuística	138,4	Porcentaje de pacientes correctamente identificados al ingreso (pulseras, riesgos)	104,6	Partos por cesárea	144,6
4	Estancia media preoperatoria	135,4	Bacteriemia 0 en vías centrales	97,8	Pacientes con informe de alta en la historia clínica	139,5
5	Promedio de intervenciones programadas por sesión en cirugía mayor ambulatoria (CMA)	130,5	Porcentaje de reclamaciones de usuarios/pacientes relacionadas con el personal de la división	94,0	Mortalidad por infarto agudo de miocardio	138,1
6	Gasto total en servicios externos	130,1	Neumonía asociada a ventilación mecánica	93,3	Retorno a urgencias en 72 h	137,8
7	Tasa de utilización de hospitalización a domicilio	122,3	Auditoría de carro de paradas	91,9	Ingreso tras CMA	126,9
8	Índice de prescripción electrónica al alta en hospitalización	112,8	Porcentaje de pacientes de riesgo de UPP que desarrollan UPP	91,0	Reingreso urgente postinfarto agudo de miocardio	124,0
9	Gasto farmacéutico de hospital de día	110,5	Incidencia de úlceras por presión	86,5	Mortalidad por insuficiencia cardiaca	122,9
10	Demora media quirúrgica	109,4	Pacientes con informe de valoración al ingreso del paciente	79,7	Reingreso hospitalario por descompensación de EPOC	119,9
11	Tasa de ambulatorización de procesos quirúrgicos	104,4	Aplicación de escalas estandarizadas para realizar valoraciones (escala Braden, escala Downton y escala EVA)	79,2	Bacteriemia relacionada con catéter venoso central en pacientes críticos	115,7
12	Tasa de absentismo	94,0	Número de caídas declaradas	77,8	Ambulatorización de procesos quirúrgicos	105,9
13	Indicador de calidad de la acreditación SIP	93,1	Identificación inequívoca de pacientes	75,8	Mortalidad por accidente cerebrovascular agudo	105,7

Tabla 1 (continuación)						
N.º	Indicador sostenibilidad	Grado de consenso	Indicador enfermería	Grado de consenso	Indicador hospital	Grado de consenso
14	Tasa de reingresos urgentes en 72 h en hospitalización	90,6	Correcta aplicación del protocolo de contención mecánica	72,7	Partos con Analgesia locorregional (epidural o raquídea)	103,6
15	Coste medio por unidad de producción en UCI	87,1	Plan de acogida al paciente hospitalizado	72,0	Mortalidad por fractura de cadera	102,1
16	Indicador de utilización de la central de compras	86,6	Tasa de prevalencia de flebitis	70,1	Mortalidad por neumonía	95,7
17	Ratio de personal por cama	86,2	Implantación del protocolo de higiene de manos	69,3	Pacientes quirúrgicos con consentimiento informado en la historia clínica	94,4
18	Gasto medio en farmacia hospitalaria por unidad de producción	83,4	Porcentaje de pacientes con riesgo de caídas identificados al ingreso	69,1	Prescripción de antiagregantes al alta tras síndrome coronario agudo	93,7
19	Porcentaje de gasto en servicios externos sobre el total	77,9	Demoras en pruebas (extracciones, electros, retinografías)	65,2	Úlceras por presión	91,6
20	Tasa de dietas absolutas en pacientes ingresados	77,8	Demoras en pruebas (extracciones, electros, retinografías)	63,3	Intervalo diagnóstico-terapéutico en cáncer de mama	87,4
21	Promedio de pacientes citados por sesión en consultas externas	77,1	Porcentaje de pacientes con infección por sondaje vesical	57,8	Partos por cesáreas en grupos de bajo riesgo	87,3
22			Porcentaje de pacientes con planes de cuidados	57,1	Intervalo entre tratamiento quirúrgico y tratamiento adyuvante en cáncer de mama	85,8
23					Intervalo diagnóstico-terapéutico en cáncer colorrectal	84,9
24					Pacientes con informe de alta correctamente cumplimentado	83,8
25					Prescripción de inhibidores de IECA o ARA-II tras insuficiencia cardiaca	83,1

Coincidencia: n.º 11 económico con n.º 12 hospital; n.º 4 enfermería con n.º 11 de hospital; n.º 8 y n.º 9 de enfermería con n.º 19 de hospital.

(83,17%), mientras que al grupo de enfermería asistieron los 12 convocados (100%).

En la técnica Delphi la tasa de participación, calculada sobre el número de participantes que recibieron el mensaje de invitación, fue en el grupo de indicadores de sostenibilidad del 48,05% en la primera ola y del 66,67% en la segunda; en el de enfermería del 37,75% en la primera ola y del 80,71% en la segunda y en el de clínicos del 42,94% en la primera ola y del 69,74% en la segunda. Tras finalizar la segunda ola se identificaron 68 indicadores de calidad y seguridad (21 indicadores de sostenibilidad, 22 de enfermería y 25 clínicos). De los 68 indicadores 3 coincidían entre sí, por lo que finalmente quedaron en 65. En la [tabla 1](#) aparece el grado de consenso obtenido tras la segunda ola de la técnica Delphi.

En el proceso de validación 2 indicadores (implantación del protocolo de higiene de manos y la ratio de personal/cama) no superaron el valor 5 en la escala en algunos de los criterios de calidad del indicador, por lo que el resultado final incluyó 63 indicadores.

Discusión

La calidad de una práctica hospitalaria se determina en función del grado de cumplimiento de una serie de criterios, medidos a través de indicadores, para los que se fijan estándares y cuya monitorización, a lo largo del tiempo, permite la mejora y la satisfacción de las expectativas del paciente¹². Disponer de un catálogo de indicadores de calidad y seguridad facilita la gestión (central^{13,14} y departamental), el *benchmarking*¹⁵ y el aseguramiento de una calidad homogénea en cualquier hospital^{16,17}. Los datos del estudio ENEAS¹⁸, con una incidencia de eventos adversos del 8,4%, una evitabilidad del 42,8% y un coste en España de 400 millones de euros al año solo en estancias evitables, suman a la preocupación por la calidad y seguridad la preocupación por la sostenibilidad. Además, que cualquier paciente tenga acceso a información de resultados (transparencia en el proceso^{19,20}) debe contribuir en el camino hacia la mejora de la asistencia sanitaria.

La investigación cualitativa²¹ rigurosamente aplicada^{22,23} está aceptada como una alternativa válida para establecer prioridades²⁴. Metaplan® y Delphi fueron los métodos de consenso que empleamos. Con Metaplan® preseleccionamos los indicadores del grupo de sostenibilidad y del grupo de enfermería. Delphi se empleó para identificar aquellos indicadores de cada grupo para los que había mayor consenso, tanto para fiabilidad como para factibilidad. Su utilidad está ampliamente reconocida^{25,26} (anonimato, participantes expertos²⁷⁻³⁰ y facilidad para responder a un formulario electrónico). La tasa de participación final se consideró adecuada³¹.

En este caso se han priorizado 65 indicadores, 30 (46,15%) de los cuales coinciden con los propuestos por SECA⁶, 22 (33,85%) con los utilizados en el proyecto Séneca⁷ y 23 (35,38%) con el borrador de los acuerdos de gestión para 2012 de la AVS. Como cabía esperar algunos indicadores coinciden con más de uno de los referentes citados. La propuesta de indicadores ha podido contrastarse en la práctica, verificando que los sistemas de información permiten su monitorización, aseguran su fiabilidad y su pertinencia para diferentes perfiles de hospitales.

Este trabajo tiene las siguientes limitaciones: la representación de los colectivos implicados para cada grupo de indicadores y tipo de hospital puede no reflejar la totalidad de puntos de vista del conjunto del personal sanitario; la realización de recuerdos puede motivar una respuesta no lo suficientemente meditada; la formulación de una definición clara y concreta de cada indicador atendiendo a criterio, atributos y fórmula no siempre resulta fácil, y en algunos casos pudieran existir interpretaciones incorrectas por parte de los participantes; la coyuntura económica actual desvía la atención sobre prioridades estratégicas; los indicadores identificados requieren de una última revisión por los directivos y *staff* de los centros para asegurar la viabilidad, accesibilidad y fiabilidad de los datos que puedan obtenerse. Resulta imprescindible contrastar los indicadores propuestos en cada grupo en hospitales, clasificados por su complejidad de asistencia, número de camas y tipo de gestión para verificar que se pueden estimar con fiabilidad suficiente a partir de los datos disponibles en cada hospital. Esta es una línea de trabajo futura que consideramos necesaria antes de aplicar cualquier catálogo de indicadores.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Aurelio Costa Martínez y Salvador Sánchez Torres (Servicio de Evaluación y Calidad Asistencial, Dirección General de Ordenación, Evaluación, Investigación, Calidad y Atención al Paciente, Conselleria de Sanitat, España). Apoyo técnico en la confección de las bases de datos.

Rosa M.ª Gómez Cardona (Dirección de Planificación del Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España) por su apoyo en la recuperación de artículos bibliográficos.

Bibliografía

1. Mainz J, Krog BR, Bjornshave B, Bartels P. Nationwide continuous quality improvement using clinical indicators: The Danish National Indicator Project. *Int J Qual Health Care*. 2004;16 Suppl 1:i45-50.
2. Asbroek AHA, Arah OA, Geelhoed J, Custers T, Delnoij DM, Klazinga NS. Developing a national performance indicator framework for the Dutch health system. *Int J Qual Health Care*. 2004;16 Suppl 1:i65-7.
3. PATH - The performance assessment tool for quality improvement in hospitals sede Web. Copyright 2009 CMJ - WHO CC Cracovia [consultado 26 May 2012]. Indicators descriptive sheets '09/10. Disponible en: http://www.pathqualityproject.eu/upLoad/file/path_20092010_indicators_descriptive_sheets.pdf
4. McLoughlin V, Millar J, Mattke S, Franca M, Jonsson PM, Somekh D, et al. Selecting indicators for patient safety at the health system level in OECD countries. *Int J Qual Health Care*. 2006;18 Suppl 1:14-20.
5. OECD Health Care Quality Indicators Project [consultado 31 Mar 2012]. Disponible en: http://www.oecd.org/document/31/0,3746,en_2649_33929_2484127_1_1_1_1,00&en-US01DBC.html

6. Parra P, Calle JE, Ramón T, Meneu R. Indicadores de calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Sociedad Española de Calidad Asistencial; 2011 [consultado 20 Abr 2012]. Disponible en: <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/335.pdf>
7. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto SENECA: informe técnico 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [consultado 4 Dic 2011]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf>
8. Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana. DOGV n.º 4.440 de 14 de febrero de 2003. p. 4181-4186 [consultado 20 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.docv.gva.es/datos/2003/02/14/pdf/2003.1655.pdf>
9. Conselleria de Sanitat. Valencia: 2006. Plan Estratégico de la Agencia Valenciana de Salud [consultado 20 Feb 2012]. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/S.9990-2006.pdf>
10. Mira JJ, Massó Guijarro P. Las técnicas cualitativas en planificación sanitaria. En: Aranaz Andrés J, Aibar Remón C, Vitaller Burillo J, Mira Solves JJ, editores. Gestión sanitaria: calidad y seguridad en los pacientes. Fundación Mapfre. Madrid, España: Editorial Díaz de Santos; 2008. p. 27-32.
11. Peña A, Virk SS, Shewchuk RM, Allison JJ, Williams OD, Kiefe CI. Validity versus feasibility for quality of care indicators: Expert panel results from the MI-Plus study. *Int J Qual Health Care.* 2010;22:201-9.
12. Ballard DJ. Indicators to improve clinical quality across an integrated health care system. *Int J Qual Health Care.* 2003;15 Suppl 1:i13-23.
13. Laguna J, López G, Guajardo J, Remacha MT, Barriola L, Marbella B, et al. Trescientos indicadores de calidad hospitalarios automáticos a partir del Conjunto Mínimo de Datos Básicos. *Rev Calid Asist.* 2006;21:207-12.
14. Jaafari-pooyan E, Agrizzi D, Akbari-Haghighi F. Health-care accreditation systems: Further perspectives on performance measures. *Int J Qual Health Care.* 2011;23:645-56.
15. Alcaraz-Martínez J, Lorenzo-Martínez S, Fariñas-Álvarez C, Fernández-González B, Calvo-Pardo A, González-Pérez M, et al. Benchmarking en el proceso de urgencias entre siete hospitales de diferentes comunidades autónomas. *Rev Calid Asist.* 2011;26:285-91.
16. Halfon P, Eggli Y, Prêtre-Rohrbach I, Meylan D, Marazzi A, Burnand B. Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care. *Med Care.* 2006;44:972-81.
17. Davies S, McDonald KM, Schmidt E, Schultz E, Geppert J, Romano PS. Expanding the uses of AHRQ's prevention quality indicators: Validity from the clinician perspective. *Med Care.* 2011;49:679-85.
18. Aranaz-Andrés JM, Limón R, Mira JJ, Aibar C, Gea MT, Agra Y, ENEAS Working Group. What makes hospitalized patients more vulnerable and increases their risk of experiencing an adverse event? *Int J Qual Health Care.* 2011;23:705-11.
19. Gibberd R, Hancock S, Howley P, Richards K. Using indicators to quantify the potential to improve the quality of health care. *Int J Qual Health Care.* 2004;16 Suppl 1:i37-43.
20. Marshall MN, Romano PS, Davies HTO. How do we maximize the impact of the public reporting of quality of care? *Int J Qual Health Care.* 2004;16 Suppl 1:i57-63.
21. Guix J. $P < 0,05$ sí, pero...: la aplicación de la metodología cualitativa en la investigación sanitaria. *Rev Calid Asist.* 2003;18:55-8.
22. Mira JJ, Pérez-Jover V, Lorenzo S, Aranaz J, Vitaller J. La investigación cualitativa: Una alternativa también válida. *Aten Primaria.* 2004;34:161-9.
23. Lorenzo S, Mira J. La técnica Delphi de investigación cualitativa [consultado 5 Dic 2011]. Disponible en: <http://www.aecirujanos.es/secciones/gestiondecalidad/cap4.pdf>
24. Bernal-Delgado E, Peiró S, Sotoca R. Prioridades de investigación en servicios sanitarios en el Sistema Nacional de Salud. Una aproximación por consenso de expertos. *Gac Sanit.* 2006;20:287-94.
25. Walsh D, Downe S. Appraising the quality of qualitative research. *Midwifery.* 2006;22:108-19.
26. Daly J, Willis K, Small R, Green J, Welch N, Kealy M, et al. A hierarchy of evidence for assessing qualitative health research. *J Clin Epidemiol.* 2007;60:43-9.
27. Akins RB, Tolson H, Cole BR. Stability of response characteristics of a Delphi panel: Application of bootstrap data expansion. *BMC Med Res Methodol.* 2005;1:37.
28. Hearnshaw HM, Harker RM, Cheater FM, Baker RH, Grimshaw GM. Expert consensus on the desirable characteristics of review criteria for improvement of health care quality. *Qual Health Care.* 2001;10:173-8.
29. Sofaer S. Qualitative research methods. *Int J Qual Health Care.* 2002;14:329-36.
30. Salvat-Plana M, Abilleira S, Jiménez C, Marta J, Gallofré M. Priorización de indicadores de calidad de la atención al paciente con ictus a partir de un método de consenso. *Rev Calid Asist.* 2011;26:174-83.
31. Dalkey N, Brown B, Cochran S. Use of self-ratings to improve group estimates: Experimental evaluation of delphi procedures. *Forecast Soc Change.* 1979;1:283-91.