

## FARMACIA ASISTENCIAL 2024

### TAREA DE AULA N° III

## CALIDAD – HERRAMIENTAS PARA SU GESTIÓN



### OBJETIVO GENERAL:

- Capacitar a los alumnos en los conceptos básicos, técnicas e instrumentos operacionales para la gestión de procesos que sostienen la gestión de calidad, tanto de servicios farmacéuticos como de otros ámbitos de ejercicio profesional.

### ESTRATEGIA METODOLÓGICA:

- Actividad previa a la Tarea de Aula: completar la **trivia** en el aula de Comunidades, el día **lunes 22/04 desde 00:00 hs hasta 23:59 hs**.
- Al inicio de la TA, el docente realiza una introducción del tema y abre un espacio para dudas y preguntas.
- Durante el desarrollo de la TA, los alumnos **realizan trabajo grupal**, generando interacción y discusión sobre el tema, para resolver una situación real.
- Sobre el final de la Tarea de Aula, cada grupo **presenta lo resuelto en el trabajo grupal**, compartiendo con el resto de los compañeros de la Comisión.
- Actividad posterior a la Tarea de Aula: **trabajo grupal y presentación de informe**. Las consignas se detallan al final de la presente guía.
- Al inicio de la siguiente Tarea de Aula, el docente hace una **devolución** con aspectos a considerar: conceptos, errores frecuentes, mejoras.
- Condición de **aprobación de la Tarea de Aula**: completar la trivia, asistencia y participación en la TA y entregar el informe grupal posterior a la tarea de aula.

### INTRODUCCIÓN

La definición más reconocida de calidad es: *“Calidad consiste en satisfacer o superar las expectativas de los clientes de manera congruente”*. Es el juzgamiento de una realidad frente a una referencia o contexto, seguida de evaluaciones sistemáticas. (OPS – OMS)

**Calidad en el cuidado de la salud** ha sido definida como:

*“La calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en*

*cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso” (OMS)*

*“La provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional excelente, optimizando los recursos y logrando la adhesión y la satisfacción del usuario” (Palmer; España; UNICEF).*

Una atención sanitaria de calidad se puede definir de muchas maneras pero, actualmente se reconoce que los servicios de salud de calidad deben ser:

- **Efectivos**, brindando servicios de atención médica basados en evidencia a quienes los necesitan;
- **Seguros**, evitando daños a las personas a las que se destina la atención; y
- **Centrados en las personas**, brindando atención que responda a las preferencias, necesidades y valores individuales.

Además, para obtener los beneficios de una atención médica de calidad, estos servicios deben ser:

- **Oportunos**, con tiempos de espera reducidos, minimizando retrasos perjudiciales;
- **Equitativos**, brindando atención que no varíe en calidad debido al género, la etnia, la ubicación geográfica y el nivel socioeconómico, entre otros factores;
- **Integrados**, brindando atención que pone a disposición la gama completa de servicios de salud a lo largo de todo el curso de la vida de las personas;
- **Eficientes**, maximizando el beneficio obtenido de los recursos disponibles, disminuyendo el mal uso de los mismos.

Las propuestas usadas por la **Gestión de Calidad** para lograr calidad en los servicios están en constante evolución (Garantía de Calidad → Calidad Total → Mejora Continua de la Calidad).

El concepto que impera actualmente es el de **Mejora Continua de la Calidad** (MCC ó CQI: Continuous Quality Improvement), el cual se presenta como un proceso preventivo, que reduce el número y severidad de los problemas, siendo reconocido como un esfuerzo sin fin para minimizar la diferencia entre cuidado óptimo y cuidado perfecto.

Los rasgos distintivos de la MCC son:

- Convicción de que la calidad debe ser mejorada continuamente.
- Énfasis en servir a los usuarios (pacientes, comunidad, personal del equipo de salud, etc.).
- Énfasis en comunicación efectiva y cooperación entre individuos y departamentos (áreas involucradas).

- Conocimiento de que el personal es el bien más valioso y debe ser protegido y nutrido.
- Énfasis en lograr los resultados deseados.
- Estandarización de los sistemas.
- Estudios continuos de los procesos a través de largos períodos de tiempo.
- Uso de indicadores que señalen problemas potenciales.
- Obtención de datos que pueden contribuir a la identificación de problemas u oportunidades de mejorar procesos.
- Revisión de procesos con equipos de calidad conformados por personal de todos los niveles, que representen a los departamentos o áreas involucrados. Los equipos de calidad utilizan un acercamiento sistemático y un análisis estadístico para eliminar problemas y mejorar procesos.
- Dar poder a los empleados (*empowerment*) permitiéndoles realizar cambios que puedan mejorar los procesos.
- Acciones para mejorar los sistemas, incluyendo mejoras en la calidad de la educación provista a los individuos involucrados en los mismos.

Para tener éxito, **la filosofía de la MCC debe alcanzar a toda la organización**, ésta debe aprender a trabajar unida en pos de una meta común, para satisfacer las necesidades de los pacientes, del personal y de la comunidad. Las organizaciones, así como los departamentos y servicios que las conforman deben definir sus misiones y desarrollar metas, objetivos y planes para cumplir esas misiones.

Fases del proceso de mejora continua de la calidad:

- *La primera fase del proceso de MCC consiste en identificar los problemas de los procesos, reconocer la necesidad del cambio y generar confianza en el personal.*

- *La fase intermedia consiste en abordar los problemas desde una nueva perspectiva, y recoger información útil y válida del entorno.*

- *La fase final implica asumir los nuevos hábitos de trabajo y la reevaluación periódica. Evaluación (monitoreo, análisis), para identificar problemas u otras posibilidades de mejoras.*

Para esto, la **Gestión de Calidad** aporta una estrategia de gestión global a largo plazo, así como la participación de todos los miembros de la Institución en beneficio de la misma, de sus miembros, de sus clientes y de la sociedad considerada en su conjunto, con la idea de que forme parte de la “cultura”

de la organización, convirtiendo a la calidad en una filosofía, un estilo de vida, logrando un cambio radical.

La Gestión de calidad se desarrolla a través una estructura operacional de trabajo, denominada **Sistema de Gestión de Calidad (SGC)**, el cual requiere:

➤ **Estrategias:** Definición de políticas y objetivos de calidad del servicio u organización (que se relacionan con su Misión y Visión). Planificación en base a los objetivos anteriores, definiendo: responsables, recursos, seguimiento y monitoreo de los diferentes procesos.

➤ Gestionar los **recursos** necesarios.

➤ Llevar a cabo los **procesos para realizar los productos o servicios** en forma coherente con la política y objetivos de calidad, considerando también los requisitos legales o reglamentarios y necesidades de los clientes / usuarios.

➤ **Estructura Organizacional:** Definir y establecer una estructura de responsabilidades, autoridades y de flujo de la comunicación dentro de la organización.

➤ **Documentos:** Establecer los procedimientos documentados, formularios, registros y cualquier otra documentación para la operación eficaz y eficiente de los procesos y por ende de la organización.

La investigación en calidad brinda constantemente alternativas metodológicas. Hoy en día, para aumentar la efectividad y ahorrar tiempo valioso existe un rico arsenal de **herramientas** analíticas y creativas que pueden ser utilizadas para abordar **oportunidades de mejoramiento de los diferentes procesos**.

El **gráfico de Shewhart o Gráfico PHVA** (Planificar – Hacer – Verificar – Actuar) propone la aplicación de diferentes herramientas para los pasos sucesivos, que enfocan las fases antes mencionadas del proceso de MCC, permitiendo **mejorar un proceso en particular**.

Estas herramientas permiten:

● Reconstruir procesos complicados en forma de dibujos para que puedan ser estudiados y examinados convenientemente.

● Abreviar lo que de lo contrario serían largas discusiones.

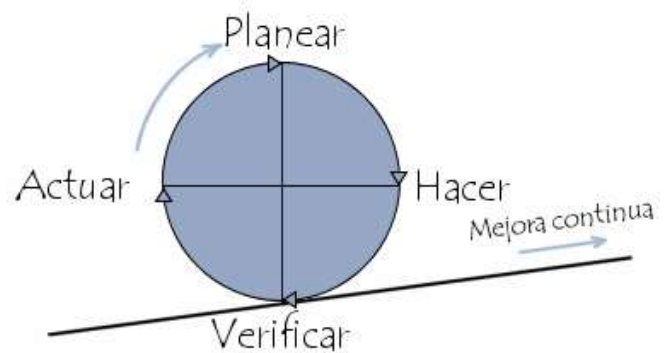
● Ayudar a manejar múltiples ideas mucho más rápidamente que si se usaran sólo palabras.

● Comprometer rápidamente a todos los integrantes del servicio u organización.

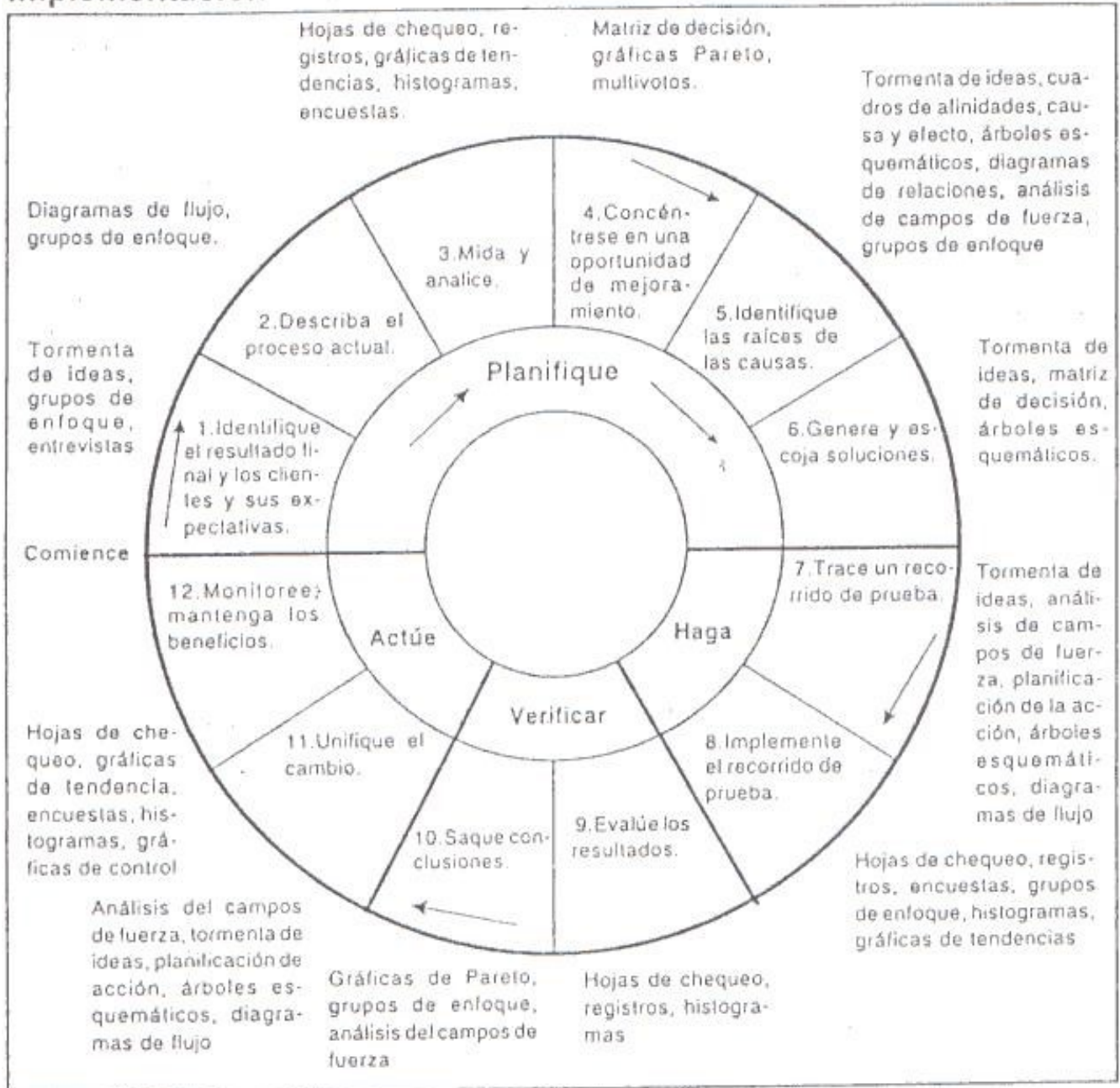
- Acelerar la formación de consensos y la toma de decisiones.
- Mejorar la claridad y calidad de los resultados.

Entre las herramientas más utilizadas encontramos:

- Encuestas.
- Grupo nominal.
- Grupo de enfoque.
- Flujograma.
- Gráfico de Pareto (regla 80-20).
- Brainstorming o lluvia de ideas o tormenta de ideas.
- Diagramas de causa - efecto o de Ishikawa o de espina de pescado.
- Diagrama del árbol.
- Planes de acción.



## El modelo PHVA, incluidas herramientas de Implementación



Reproducido con autorización del Grupo Consultor Einstein, Filadelfia, 1990.

Las herramientas que se utilizarán en esta Tarea de Aula son:

- **Diagrama de causa-efecto o de Ishikawa:**

También conocida como “espina de pescado” o *Fishikawa*, por su forma.

Estos diagramas ayudan a identificar e ilustrar las relaciones entre un efecto o un problema y las intuiciones del grupo de trabajo sobre las posibles causas o factores que contribuyen a él.

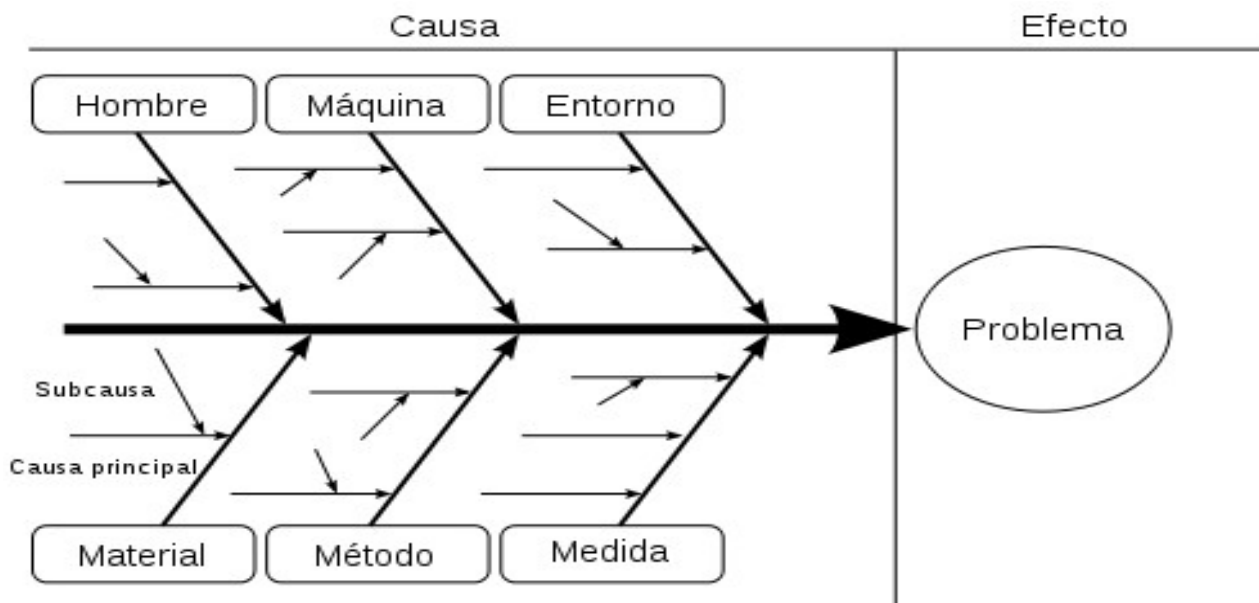
Su propósito es armar teorías sobre **causas raíz**, y observar relaciones entre ellas, de tal forma de poder seleccionar conscientemente aquellas importantes y que merecen su atención posterior.

Estos diagramas pueden tener múltiples niveles a medida que, a partir de cada causa, nos vamos preguntando “¿cuál es la causa de esta causa?”, hasta llegar a la causa raíz. Éstas serían las más concretas y controlables, y si se controlan o eliminan se soluciona el problema.

#### Método:

1. Identificar en forma clara y precisa el problema a analizar.
2. Escribir ese problema, con pocas palabras en un cuadrado en la punta de la espina dorsal de pescado.
3. Determinar entre 3 y 6 encabezamientos genéricos de las espinas laterales (Equipos, Materiales, Personal, Métodos, Dinero, Políticas, etc.).
4. Identificar elementos de cada categoría o encabezamiento anterior que estén contribuyendo al problema (causas).
5. Escribir esos elementos en ramas o huesos laterales de cada espina lateral.
6. Seguir excavando en busca de causas en diferentes niveles (“¿cuál es la causa de esta causa?”), se recomienda utilizar la técnica de los “**5 porqués**”.
7. Continuar hasta que se considere que se llegó a la causa raíz.
8. Revisar la validez de los vínculos causales.
9. Emprolijar y limpiar el diagrama.

Una vez definidas las causas se puede pasar a un **Grupo Nominal** para identificar las prioritarias, sobre las cuales actuar.



**Técnica de 5 porqués:**

¿En qué consiste?

Se trata de una técnica bastante simple, pero efectiva. Consiste en preguntar 5 veces seguidas el porqué de una situación, acción o cosa con el fin de entender en profundidad la causa o motivación última del proceso.

¿Cómo se aplica? Ejemplo:

Problema: Las ruedas del auto están desinfladas

¿Por qué están desinfladas? – Porque no se han inflado.

¿Por qué no se han inflado? – Porque no me he fijado.

¿Por qué no te has fijado? – Porque no he usado el auto.

¿Por qué no se ha utilizado el auto? – Porque no he tenido tiempo.

¿Por qué no has tenido tiempo? – Porque he estado de viaje.

De considerar sólo la primer respuesta, se podría proponer como solución cambiar todas las ruedas pensando que están pinchadas. Sin embargo y después de varias preguntas, se identifica que la situación se da por falta de cuidado.

**- Lluvia de ideas:**

Genera ideas innovadoras ante un determinado problema, provocando soluciones alternativas. Se trabaja en forma interrelacionada entre los participantes, promoviendo la creatividad. El énfasis está inicialmente en la cantidad de ideas.

Método:

1. Fijación del tema: definir la cuestión, situación o problema. Puede ser útil usar una pregunta, (ej: ¿Cómo lograr...?). La situación debe estar clara, y si es posible presentarla en un lugar visible para todo el grupo.

2. Elección de los participantes: se recomienda que sea superior a 5 y que no tenga más de 10 personas. Es importante buscar personas de actitud abierta, flexibles y tolerantes al cambio. Uno de ellos debe actuar como moderador, líder o coordinador, asegurando que todos participen, respetando el espacio de intervención de cada uno, y tomando nota de las ideas generadas.

3. Pactar entre los participantes los principios básicos de la lluvia de ideas, es necesario cumplirlos para que esta herramienta funcione:

- *No existen ideas ciertas o equivocadas. Todas son igualmente bienvenidas.*
- *En esta técnica las ideas valen por su novedad. No hay ideas tontas. No se permiten manifestaciones verbales o no-verbales de críticas.*
- *El énfasis está puesto en la cantidad y diversidad de las ideas, de forma de cubrir totalmente el tema discutido.*
- *Las combinaciones y extensiones de las ideas presentadas son bienvenidas (no hay “derecho autoral” de las ideas).*

4. Generación espontánea de ideas: todos los participantes, presentan su idea, uno por uno, al grupo, incluyendo el moderador. Pueden darse varias rondas, en caso de que un participante no tenga más ideas dice “paso”.

5. Anotación secuenciada de todas las ideas.

6. Al término de 15 minutos, o cuando los participantes no presenten más ideas, se da por concluida la dinámica.

7. Se enuncian las ideas al grupo, explicando aquellas que puedan ofrecer dudas, se eliminan aquellas que sean reiterativas. El coordinador puede considerar necesario esclarecer (pero jamás se debe discutir) una o más ideas.

El listado de las ideas es el producto final de la lluvia de ideas. Si se quiere, se las puede discutir o jerarquizar en la misma sesión o en sesiones subsecuentes, utilizando otras técnicas como el grupo de enfoque o grupo nominal.

- **Grupo nominal:**

El Grupo nominal es muy útil para identificar problemas, establecer soluciones y prioridades.

La técnica del Grupo Nominal hace posible alcanzar un consenso rápido con relación a cuestiones, problemas, soluciones o proyectos. Permite producir y priorizar un amplio número de elementos.

Estimula el pensamiento creativo.

El proceso se desarrolla en un clima fuera de tensión y presiones de los miembros.

El propósito del Grupo Nominal es establecer una priorización de ideas y temas con la ayuda de una votación numérica.

Este análisis se lleva a cabo de un modo altamente estructurado, permitiendo que al final de la reunión se alcancen un buen número de conclusiones sobre las cuestiones planteadas.

El número de participantes oscila entre 5 a 9. Pueden formarse hasta cuatro grupos. Los grupos de trabajo deben estar ubicados a una distancia considerable que no interfiera en el trabajo de unos y otros.

**Método:**

1. Definir la tarea: el coordinador del grupo explica el propósito de la actividad y procedimiento a seguir a todos los participantes.
2. Generar y registrar ideas: estos dos pasos pueden realizarse mediante Lluvia de ideas.
5. Hacer la selección: una vez que se cuenta con una lista de ideas definitiva, es el momento de llevar a cabo la votación que dará lugar a su jerarquización. Cada participante tiene puntos para “votar” (5 puntos, 100 puntos) a las diferentes ideas. La votación puede basarse en cuál se considera la idea más útil para solucionar un problema.
6. Determinar la prioridad: se procede a la suma de las puntuaciones otorgadas a cada idea. La que posee una puntuación mayor será la considerada como más importante por el grupo. Es la que tiene mayor prioridad. Se obtiene una lista de ideas ordenadas por consenso.

| NOMBRES | Menos carga de trabajo | Funciones parecidas para realizar por la misma persona | Posibilidad de movilidad entre oficinas | Formación | Instalaciones y medios adecuados | Trabajo en equipo | Sueldos aceptables | Aumento de plantilla | Mayor reconocimiento profesional | Tener en cuenta la situación de cada oficina | Mejorar las oficinas | Apoyo técnico para la toma de decisiones | Criterios unificados en la transición | Mayores posibilidades de promoción | Mejor organización interna | Mejora del proceso de atención al ciudadano | Más medios materiales | Comunicación con el personal | TOTAL |
|---------|------------------------|--|---|-----------|----------------------------------|-------------------|--------------------|----------------------|----------------------------------|--|----------------------|--|---------------------------------------|------------------------------------|----------------------------|---|-----------------------|------------------------------|-------|
| N1      | 15                     |  | 15                                      |           |                                  | 5                 | 30                 | 15                   |                                  |  | 10                   |  |                                       |                                    |                            |   |                       | 10                           | 100   |
| N2      |                        |  |   |           | 20                               | 30                |                    | 30                   | 20                               |  |                      |  |                                       |                                    |                            |   |                       |                              | 100   |
| N3      |                        |  |   |           |                                  |                   |                    | 40                   |                                  |  |                      | 10                                       |                                       |                                    |                            | 50  |                       |                              | 100   |
| N4      |                        |  |   |           | 15                               | 25                | 20                 |                      |                                  |  |                      |  |                                       | 15                                 |                            | 25  |                       |                              | 100   |
| N5      | 20                     |  |   |           |                                  |                   | 50                 | 10                   |                                  |  |                      | 5  | 15                                    |                                    |                            |   |                       |                              | 100   |
| N6      |                        |  |   |           |                                  |                   | 40                 | 20                   | 10                               |  | 20                   |  |                                       |                                    |                            | 10  |                       |                              | 100   |
| N7      |                        |  |   |           |                                  |                   |                    |                      | 10                               |  | 50                   | 10                                       | 30                                    |                                    |                            |   |                       |                              | 100   |
| N8      |                        |  |   |           |                                  |                   | 50                 | 20                   |                                  |  | 10                   | 10                                       | 10                                    |                                    |                            |   |                       |                              | 100   |
| N9      |                        |  |   |           | 50                               |                   | 30                 |                      | 10                               |  |                      | 10                                       |                                       |                                    |                            |   |                       |                              | 100   |
| N10     |                        |  |   | 10        |                                  |                   | 50                 | 10                   |                                  |  | 10                   |  |                                       |                                    |                            | 20  |                       |                              | 100   |
| N11     |                        |  |   |           |                                  |                   | 30                 | 10                   |                                  |  | 10                   |  | 20                                    |                                    |                            | 10  |                       | 20                           | 100   |
| Totales | 35                     | 0  | 15                                      | 10        | 85                               | 60                | 300                | 155                  | 50                               | 0  | 110                  | 45                                       | 75                                    | 15                                 | 0                          | 115   | 0                     | 30                           | 1100  |

7. Discusión: se convoca al grupo para presentar y discutir los resultados (20 y 30 minutos). En caso necesario, se puede votar nuevamente después de la discusión.
8. Conclusiones: Se realiza un resumen de toda la actividad y los resultados obtenidos.

**BIBLIOGRAFÍA:**

- Angaran, D. M. (1991) *Quality assurance to quality improvement: measuring and monitoring pharmaceutical care*. American Journal of Hospital Pharmacy, 48, 1901-1907.
- Coe, C. P. (1992) *The elements of quality in Pharmaceutical Care*. Bethesda, Estados Unidos: American Society of Health System Pharmacists.
- Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno- CAIGG – Chile. (2015) *Técnicas y herramientas para el control de procesos y la gestión de la calidad, para su uso en la auditoría interna y en la gestión de riesgos*. Documento técnico n° 75 Versión 0.2. Santiago.
- De Azevedo, A. y Korican, T. (1999) *Transformar las organizaciones de salud por la calidad*. 2da. Edición. Santiago de Chile, Chile: Parnassah.
- Gilmore, C. M. y De Moraes Novaes, H. (1996) *Manual de Gerencia de la Calidad. Serie HSP-UNI/Manuales Operativos PALTEX Volumen III*. Washington DC, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud.
- Grupo de Trabajo de Buenas Prácticas del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. (2013). *Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España*. Madrid.
- Leebov, W. y Ersoz, C. J. (1993) *Manual de los administradores de salud para el mejoramiento continuo*. American Hospital Publishing, 187-199.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Servicios sanitarios de calidad*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- WHO Working Group. (1989) *The principles of quality assurance*. Quality assurance in health care, 1(2-3), 79-95.

## Actividades a desarrollar:

### Trabajo grupal durante la Tarea de Aula:

1. El docente inicia un trabajo con la participación de todos los alumnos, construyendo un **gráfico de Ishikawa en base a un problema** que deberá ser identificado a partir del texto que, a continuación, detalla un proceso con un indicador asociado al mismo:

### Proceso: Dispensación en Farmacia Comunitaria – errores - débitos

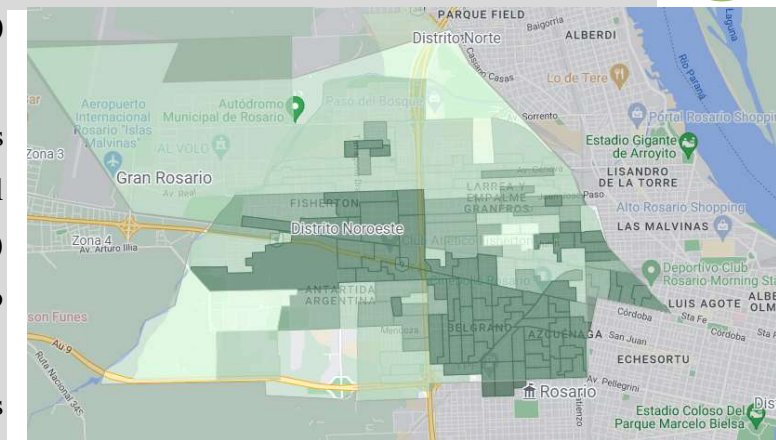
En la ciudad de Rosario, el distrito noroeste ocupa el 24,52% de la superficie total del municipio, con una población de 181.962 habitantes (censo 2022), densidad poblacional de 4.100,80 habitantes/km<sup>2</sup>, y cuenta con más de 55.000 unidades de viviendas.

En cuanto a los servicios de salud disponibles se encuentra que el Policlínico San Martín es el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) más importante que tiene el distrito, en el territorio del distrito hay distribuidos más de 11 CAPS.

La **Farmacia Salud Total** es una de las tantas Farmacias comunitarias de este distrito y se encuentra ubicada sobre la avenida Mendoza, cerca del límite con el ex ferrocarril Belgrano al este, con un amplio horario de atención al público. A pocas cuadras de la Farmacia Salud Total hay 1 sanatorio privado con internación y una clínica con consultorios de diferentes especialidades médicas.

*Concebimos a la **Farmacia Comunitaria** como organización y servicio de salud; afectada por las leyes del mercado, ética profesional, normativas sanitarias y con la responsabilidad de velar por un bien esencial como la salud, y como toda organización, requiere **gestión de calidad**. Su misión es ofrecer una atención sanitaria integral a la población en todo lo relacionado con el uso de medicamentos: desde la dispensación de recetas médicas, continuando con el asesoramiento de tratamientos para trastornos menores, hasta el seguimiento y control de tratamientos farmacológicos complejos.*

La atención brindada por la Farmacia Salud Total considera ventas particulares, atención de obras sociales (OOSS), incluido PAMI y empresas de medicina prepaga (EMP); se incluyen todas las provisiones especiales, ya sea de los planes oncológicos, materno infantil, procreación responsable, discapacidad, entre los más importantes.



La complejidad y variedad de planes y normas exigidas por las OOSS y EMP generan errores administrativos propios de cada plan. También, frente a faltantes en el stock, errores en la indicación de los médicos, letra confusa o ilegible en las prescripciones y demandas urgentes de los afiliados se cometen errores. Sumado a esto, existen ciertos horarios pico en los que la afluencia del público es más elevada y el gran volumen de trabajo ocasiona descuidos y confusión entre el personal.

Los **errores administrativos** (ausencia de nombre genérico, ausencia de número de afiliado, ausencia de membrete en la prescripción, sello médico ilegible, correcciones sin la adecuada enmienda, entre otros) son visualizados en las auditorías de las prescripciones por las OOSS y EMP, siendo devueltas a la Farmacia y generando un importante perjuicio económico por la acumulación de débitos.

A los errores administrativos se suman los **errores de interpretación de prescripciones** (medicamentos LASA -del inglés, *look alike*, *sound alike*-, diferentes formas farmacéuticas, diferente concentración, etc.), los cuales atentan contra la seguridad del paciente y también se ponen en evidencia cuando se realiza la auditoría de recetas una vez presentadas, generando los débitos consecuentes. Esta situación tiene un impacto negativo, no sólo económico sino también en la satisfacción de los usuarios.

La Farmacia tiene normatizados todos sus procesos, contando con POEs específicos de Dispensación. El análisis de los registros de la Farmacia muestra que, en promedio, **mensualmente el 32 % de las recetas presentadas son devueltas y debitadas por diferentes errores.**

Se realiza una evaluación del **proceso de dispensación de medicamentos a Obras Sociales** en la Farmacia Salud Total, para tratar de evitar estos errores.

2. Luego, cada grupo trabajará sobre una de las causas del problema identificada en el gráfico de Ishikawa (construido en el paso anterior), proponiendo **soluciones a través de una Tormenta de Ideas** (cantidad sugerida: de 8 a 10 soluciones).
3. Por último, se realizará una puesta en común de las soluciones sugeridas por cada grupo.

### **Actividad posterior a la Tarea de Aula:**

Cada grupo de trabajo retomará las soluciones propuestas a través de la Tormenta de Ideas y realizará un informe que contenga:

- Ponderación de las mismas a través de la realización de un **Grupo Nominal**.
- Reflexión y debate sobre cuáles serían los pasos a seguir según el ciclo **PHVA** y qué otras herramientas de calidad podrían ser utilizadas.