

**Master en Dirección Médica y Gestión Clínica**  
**Módulo 8**  
**Gestión Clínica 1 : Gobierno Clínico**

**Tema 3**

**La gestión por procesos en  
instituciones sanitarias**

**AUTORES:**

**SUSANA LORENZO MARTINEZ**

*Fundación Hospital Alcorcón.*

**JOSÉ J. MIRA SOLVES**

*Universidad Miguel Hernández.*

**OSCAR MORACHO DEL RIO**

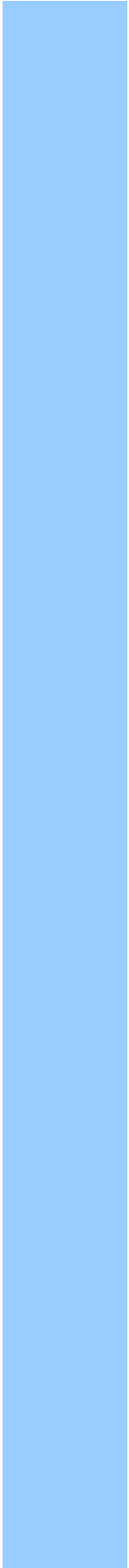
*Hospital de Zumárraga*

## INDICE

1. ¿Por qué se basan en procesos los modelos de gestión?
2. ¿Cómo enfocar a procesos un sistema de gestión?
3. La gestión por procesos
4. Proceso vs procedimiento, protocolo, vía clínica, guía clínica.
5. Seguimiento y monitorización de procesos
6. Mejora de procesos

## **PREGUNTAS INICIALES**

- ✓ ¿Que es un proceso?
- ✓ ¿Cómo se clasifican los procesos de una organización?
- ✓ ¿Los procesos tienen propietario?
- ✓ ¿Que características debe tener un buen indicador?
- ✓ ¿Existe un modelo típico de la mejora de procesos?



Donabedian en 1966<sup>1</sup> sistematizó la evaluación de la calidad asistencial en el análisis de la estructura, el proceso y los resultados, marcando la evolución conceptual y metodológica de la gestión de calidad en nuestro sector. A pesar del tiempo transcurrido, esta clasificación continúa en plena vigencia. De acuerdo con ella, se entiende por evaluación de la estructura el análisis de la calidad de los medios; la evaluación del proceso se centra en el análisis de la calidad de los métodos; mientras que la evaluación de los resultados analiza la asistencia recibida. Como todas las clasificaciones al uso en gestión, se trata de una clasificación esencialmente didáctica que no supone en modo alguno una secuencia temporal de análisis. Sin embargo, el análisis de la estructura dio paso al interés por los resultados, para finalmente centrar la atención en los procesos como núcleo principal en el que fundamentar las acciones destinadas a la mejora continua de la atención sanitaria.

El sistema más generalizado de evaluación de la estructura ha sido la acreditación<sup>2</sup>. Los resultados que también se pueden evaluar a través del impacto, han sido evaluados de manera tradicional mediante estudios de eficacia, efectividad o eficiencia<sup>3</sup> y en las dos últimas décadas a través de valoración de la satisfacción de pacientes<sup>4 5</sup> y de la calidad de vida relacionada con la salud. La evaluación del proceso se ha venido realizando con auditorías -Audit Médico-, y monitorizando el comportamiento de ciertos indicadores<sup>6</sup>.

Una de las características distintiva de la asistencia es que, en muchos casos, el servicio se produce y se consume al mismo tiempo, por lo que no admite un control de calidad y su evaluación solo proporciona información para mejorar procesos posteriores. En estos casos el problema radica en establecer previamente cual es el proceso más adecuado y cual es el resultado esperado en cada caso concreto. Son las características intrínsecas al servicio en nuestro medio, las que nos obligan a planificar e instaurar procesos bien definidos y controlados, de forma que se puedan prevenir los errores, garantizando procesos de alta calidad técnica, con resultados que deben ser evaluables en función de unos estándares definidos y considerados como satisfactorios por los clientes.

La metodología de gestión de procesos aporta las herramientas necesarias para ello, al facilitar el diseño del proceso de acuerdo con el entorno y los recursos disponibles, normalizando la actuación y la transferencia de información de todo el equipo que participa en el

mismo (facultativos, enfermería, personal no asistencial, etc.), permitiendo mejorar la eficiencia, efectividad y calidad del servicio. Al mismo tiempo, facilita la introducción de forma dinámica de la experiencia de otros clínicos, integrando en nuestro contexto experiencia, conocimientos, habilidades y lo que es más importante: sentido común.

Este modelo de gestión, ampliamente utilizado en el sector industrial, remonta sus orígenes a mediados del siglo XX cuando irrumpe en su forma primitiva de control de procesos y se complementa posteriormente con las modalidades de mejora “reactiva” de procesos (conocida como mejora continua de los mismos; 1960-70) y mejora “proactiva” de procesos (denominada mejora drástica de los mismos; años 1980). En el sector sanitario su introducción tiene lugar en las dos últimas décadas del S.XX. En la actualidad con la introducción en la asistencia sanitaria de los modelos de gestión empresarial, podemos hablar de gestión por procesos y de los procesos de las organizaciones sanitarias.

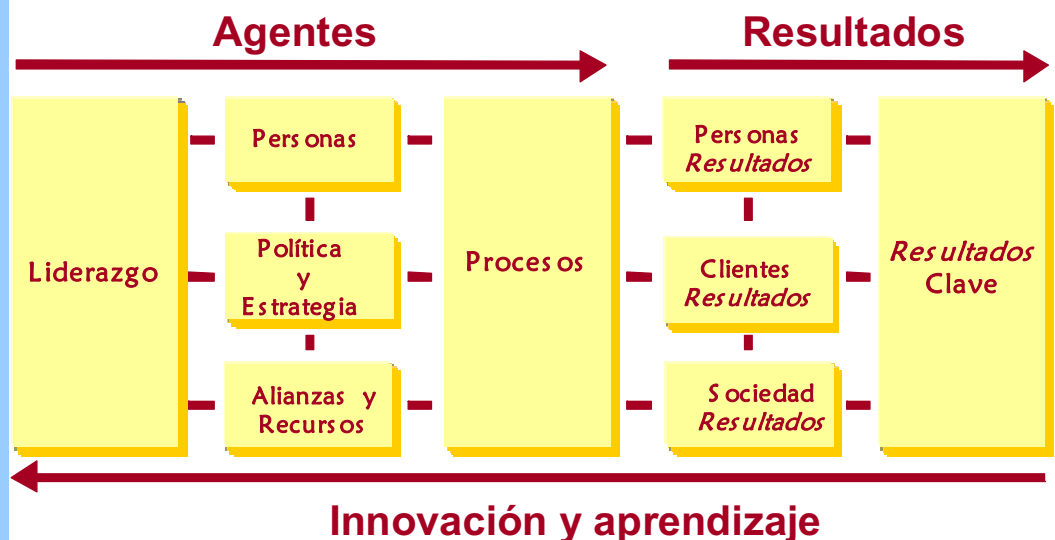
Se enmarca en el ámbito de la gestión de calidad total, entendida esta como una “estrategia de gestión de toda la empresa, a través de la cual se satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes, de los empleados, de los accionistas y de la sociedad en general, por medio de la utilización eficiente de todos los recursos de que dispone: personas, materiales, tecnologías, sistemas productivos, etc...”<sup>7</sup>. En este marco, la gestión de los procesos orientados al cliente constituye de acuerdo con este marco de referencia una de las piezas claves para el funcionamiento de una organización excelente, con la máxima eficacia y eficiencia<sup>8</sup>.

De todos los modelos de gestión de calidad total, los más utilizados en nuestro ámbito son, por un lado, las Normas ISO y, por otro, el Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de Calidad (*European Foundation for Quality Management –EFQM*) financiado por la Unión Europea, surge en 1991 para introducir la gestión de calidad total e incrementar la competitividad en el entorno europeo. Este último está en continua revisión, habiéndose realizado dos actualizaciones importantes desde entonces, en 1999 y en 2004. “El Modelo EFQM de Excelencia es un marco de trabajo no prescriptivo que reconoce que la excelencia de una organización se puede lograr de manera sostenida mediante distintos enfoques”. Está formado por 9 criterios, a través de los que enuncia que “los Resultados excelentes con respecto al Rendimiento de la organización, a los Clientes, la Personas y la Sociedad se logran mediante un liderazgo

que dirija e impulse la Política y Estrategia, las Personas de la organización, las Alianzas y Recursos y los Procesos.

Estos 9 criterios o cajas se detallan en 32 subcriterios, los cuales a su vez se desarrollan en dos centenares de áreas a abordar al realizar la evaluación de cualquier tipo de organización. Estas áreas no son prescriptivas pero aclaran el significado del subcriterio. Los nueve criterios que lo componen tienen una ponderación que se recoge en los porcentajes del esquema. En el centro de la representación gráfica del modelo, y sirviendo de enlace entre los criterios agente y los resultados, el criterio 5 “Procesos” tiene un gran peso específico (14%), siendo la gestión por procesos uno de los ejes fundamentales del modelo.

Figura 1. Modelo EFQM.







Índice y preguntas iniciales

Introducción

**Desarrollo del Tema**

Resumen ideas

Conceptos básicos

Bibliografía

## 1. ¿POR QUÉ SE BASAN EN PROCESOS LOS MODELOS DE GESTIÓN?

El enfoque basado en procesos es un principio de gestión básico y fundamental para la mejora de los resultados, y así se recoge tanto en la familia ISO 9000 como en el modelo de excelencia de la EFQM. La actual familia de normas ISO 9000 del año 2000 para los “Sistemas de Gestión de la Calidad” ha permitido introducir unos cambios trascendentes en dichos sistemas en comparación con la anterior versión de 1994. La mayor evidencia de esto es precisamente el hecho de que esta familia de normas se sustenta en ocho **Principios de Gestión de la Calidad**:

1. **Enfoque al cliente:** las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deben identificar sus necesidades actuales y futuras procurando satisfacer los requisitos de los clientes y esforzándose en exceder sus expectativas.

2. **Liderazgo:** los líderes establecen el propósito y la orientación de la organización. Para conseguir alcanzar los objetivos planteados y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos.

3. **Participación del personal:** el personal, a todos los niveles, es la esencia de cualquier organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.

4. **Enfoque basado en procesos:** un resultado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

5. **Enfoque de sistema para la gestión:** identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.

6. **Mejora continua:** del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.

7. **Enfoque basado en hechos para la toma de decisión:** las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.

8. **Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor:** una organización y sus proveedores son interdependientes y una relación mutuamente complementaria aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

Estos principios como pilares básicos a tener en cuenta si se quieren implantar sistemas o modelos de gestión orientados a obtener buenos resultados de manera eficaz y eficiente, en términos de satisfacción de los diferentes grupos de interés. Para poder comprender este principio, es necesario conocer qué se entiende por proceso. Según la norma ISO 9000:2000 un **proceso** es “un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados”. Con esta definición, se puede deducir que el enfoque basado en procesos enfatiza cómo los resultados que se desean obtener se pueden alcanzar de manera más eficiente considerando las actividades agrupadas entre sí. Permite a una organización centrar su atención sobre “áreas de resultados” que es importante conocer y analizar para el control del conjunto de actividades y para conducir a la organización hacia la obtención de los resultados deseados.

Este enfoque conduce a cualquier organización hacia una serie de actuaciones tales como:

- Definir de manera sistemática las actividades que componen el proceso.
- Identificar la interrelación con otros procesos.
- Definir las responsabilidades respecto al proceso.
- Analizar y medir los resultados de la capacidad y eficacia del proceso.
- Centrarse en los recursos y métodos que permiten la mejora del proceso.

Al poder ejercer un control continuo sobre los procesos individuales y sus vínculos e interrelaciones dentro del sistema de procesos (incluyendo su combinación e interacción) se pueden conocer los resultados que obtiene cada uno de los procesos y cómo los mismos contribuyen al logro de los objetivos generales de la organización. A raíz del análisis de los resultados de los procesos (y sus tendencias), se permite, además, centrar y priorizar las oportunidades de mejora.<sup>910</sup>

## 2. ¿CÓMO ENFOCAR A PROCESOS UN SISTEMA DE GESTIÓN?

*Identificar procesos estratégicos, procesos clave y procesos de soporte.*

Lo primero será conocer la estrategia que tiene la organización para alcanzar la misión o razón fundamental de su existencia; en su defecto tendremos que utilizar líneas estratégicas, objetivos o incluso normativas que orienten la marcha de la organización. Esta estrategia permite identificar con claridad cuáles son los procesos clave (los que justifican la razón de ser del centro/servicio/unidad y se realizan en tiempo real con el cliente) y los procesos de soporte que facilitan el funcionamiento.

Con todo ello es posible establecer el **mapa de procesos**, en el que estarán reflejados todos los procesos del centro o la Unidad, Servicio o Departamento. El mapa no es más que una representación gráfica de la organización, como un zoom que nos permite observar los procesos que tienen lugar en ella. Por ello es importante que el mapa de procesos incluya un detalle de las relaciones entre los procesos identificados y cómo se incardinan para facilitar la consecución de los objetivos y la misión.

Denominaremos e identificaremos cada uno de los procesos así como a sus responsables. Se habla de “responsable” o “propietario de un proceso”, para referirse a la persona con capacidad de liderazgo, conocimiento extenso del proceso y con capacidad autónoma de toma de decisiones, que asegura el buen desarrollo y la mejora continua del mismo, coordinando los distintos estamentos, procurando su mejora y facilitando la participación de los profesionales. Debe quedar claro que los propietarios de procesos se ocupan del mismo y que tienen la responsabilidad de ponerlo en práctica, supervisarlos, coordinando y evaluando para implantar mejoras cuando convenga.

A partir de aquí, una vez comprobada la idoneidad del mapa de procesos, se despliega en cascada, describiendo objetivos, actividades de cada uno de los procesos y de sus subprocesos. A su vez, iremos estableciendo las relaciones entre procesos y subprocesos, lo que, paulatinamente puede ir acompañado de la definición de las instrucciones de trabajo para las personas que intervienen en ellos. Los procesos deben describirse de forma que quede suficientemente claro qué pasos deben darse para realizarlos satisfactoriamente. En algunos casos puede ser interesante la descripción del procedimiento, es decir, una explicación fase por fase de las actividades que componen el proceso, lo cual supone la elaboración de un diagrama de flujo.

La denominada, “arquitectura de procesos”, permite describir el conjunto de actividades y sus relaciones desde un nivel general (arquitectura 0 de procesos del Servicio hasta un nivel de mayor detalle especificando instrucciones de trabajo o tareas específicas que deben realizarse – arquitectura de procesos nivel 3-).

Figura 2. Modelo para la agrupación de procesos en el mapa de procesos

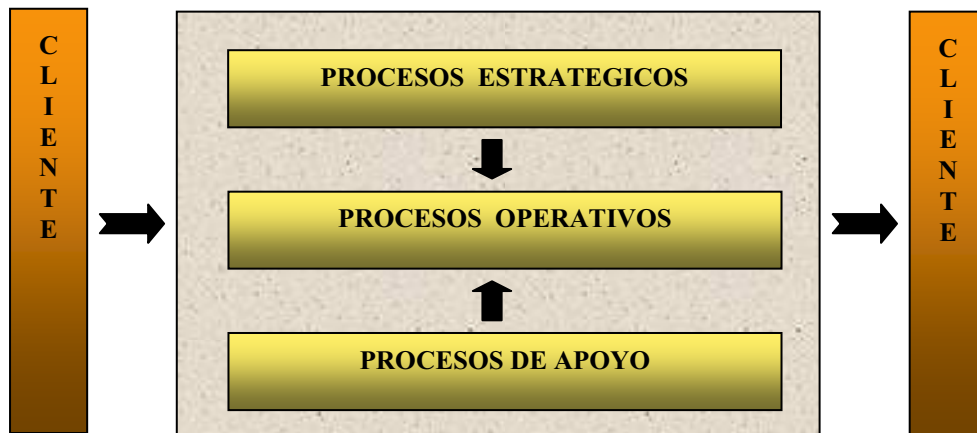
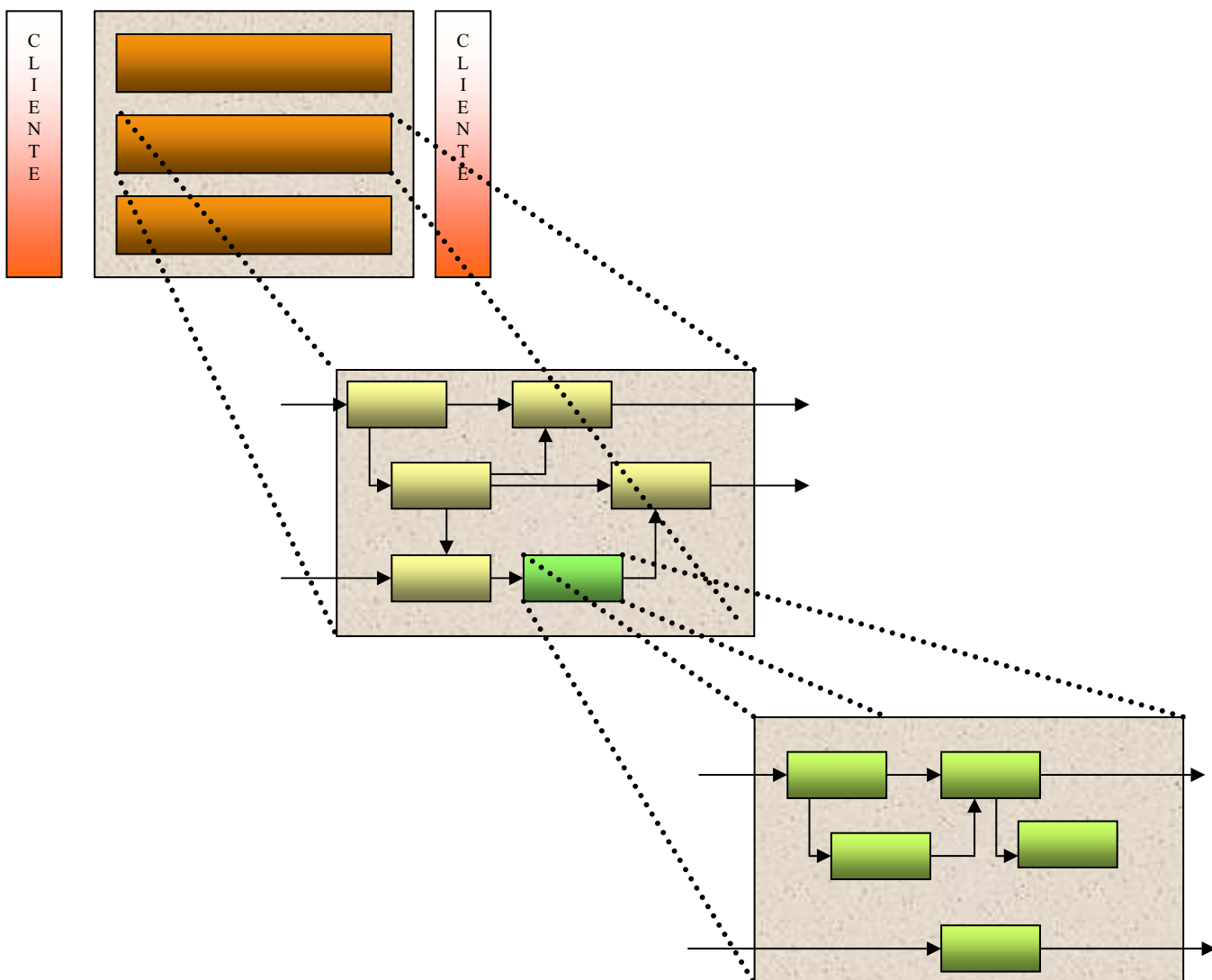


Figura 3. Representación gráfica de procesos "en cascada". Tomada de "Guía para la gestión basada en procesos" <sup>20</sup>.



¿Qué se entiende por *proceso*?

Desde una perspectiva organizacional definimos proceso como “el conjunto de actividades secuenciadas que realizan una transformación de una serie de entradas -inputs- (material, mano de obra, capital, información, etc.) en los resultados -outputs- deseados (bienes y/o servicios) añadiendo valor”. En nuestro medio entendemos por proceso el “conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del paciente/población al que va dirigido”<sup>11</sup>. En otras palabras, un proceso no es más que la sucesión de pasos y decisiones que se siguen para realizar una determinada actividad o tarea que, cuando se trabaja desde el enfoque de gestión de la Calidad Total, deben ir orientados a satisfacer una necesidad de nuestros clientes internos o externos<sup>12 13</sup>.

Todo proceso incluye una sucesión de actividades que, necesariamente, tienen cada una de ellas alguna actividad precedente y lógicamente tendrán otra a continuación hasta su final. Al espacio comprendido entre los límites establecidos para cada proceso, se le denomina “ámbito del proceso”. Los procesos, a su vez, se subdividen en subprocesos cuando por su complejidad es aconsejable subdividir el conjunto de actividades que los integran para una mejor comprensión.

En el caso concreto de las empresas del sector servicios, donde en general, coincide que el producto se consume en el momento en el que se produce, se actúa sobre el propio cliente al que se considera como “sustrato” (entrada) a transformar en producto con valor añadido al término del proceso de prestación de un servicio (salida). Por ello, el producto obtenido en el sector servicios se fundamenta en el mismo cliente, al que se ha aportado el valor añadido con una prestación de servicio determinada. Así mismo, la información puede ser una entrada al proceso, siendo en este caso la salida una información actualizada o que aporte un mayor valor añadido.

En el sector sanitario los procesos clave se centran en la atención al paciente; la mejora del proceso necesita la implicación de todos los profesionales y la toma autónoma de decisión, consensado entre los mismos, utilizando la evidencia científica a través de documentos prácticos de uso (guías, vías de práctica clínica), y todo esto desarrollado dentro de un sistema integrado<sup>14 15</sup>.

La definición del proceso la lleva a cabo el propietario o el equipo de proceso, una vez analizadas y delimitadas las características del problema de salud, que no solamente se ha de situar en la fase de prevención secundaria, sino que dependiendo de la población atendida o del proceso a estudio pueden contemplarse aspectos de la prevención primaria, con lo que tendríamos que, por ejemplo, adecuar las

actuaciones entre organizaciones (Hospital y Centros de Atención Primaria, por ejemplo). En procesos asistenciales de patologías crónicas o de atención primaria es interesante la descripción integral del proceso para asegurar la continuidad de cuidados a través del mismo entre niveles asistenciales (atención primaria, especializada, sociosanitaria, etc).

### 3. LA GESTIÓN POR PROCESOS

La gestión por procesos busca reducir la variabilidad innecesaria que aparece habitualmente cuando se producen o prestan determinados servicios y trata de eliminar las ineficiencias asociadas a la repetitividad de las acciones o actividades, al consumo inapropiado de recursos, etc. Facilita la coordinación y la sinergia entre los diferentes procesos que se dan en una organización y es una base sólida para organizar el *empowerment*, la asunción de responsabilidad por parte de los profesionales en el ámbito de actuación de su proceso y su trabajo diario.

En las organizaciones sanitarias se aprecia de forma clara la visión sistémica que define este tipo de gestión: un conjunto de personas, servicios u organizaciones (proveedores) que solicitan que se lleven a cabo una serie de actividades (procesos) para una serie de personas o servicios que reciben los resultados (clientes). Además, la gran variedad de profesionales y la complejidad de las interrelaciones que se llevan a cabo en el mismo, hace que este sistema de gestión sea especialmente adecuado y contenga un mayor potencial de mejora en nuestra organización.

Al utilizar la [gestión por procesos](#)<sup>16</sup> en una organización debe describirse de forma clara su misión (para qué y por qué existe y para quién se realiza el proceso), concretando, a continuación, entradas y salidas, e identificando clientes internos, proveedores del mismo y clientes externos, destinatarios de los servicios, etc. Se puede medir la cantidad y la calidad de lo producido, el tiempo desde la entrada hasta la salida y el coste invertido en añadir valor; y, por último, ha de poder asignarse la responsabilidad del cumplimiento de la misión del proceso a su propietario del proceso.

Las actuaciones de los procesos, o subprocesos, poseen sus características propias, pero no deben ser considerados como entidades individuales, unas influyen en otras, y el concepto de "consecución lógica" de los subprocesos no sólo debe ser entendida en el marco temporal, también según cada actividad, de forma que no necesariamente se van a desarrollar todos ellos, y puede que alguno deba repetirse.

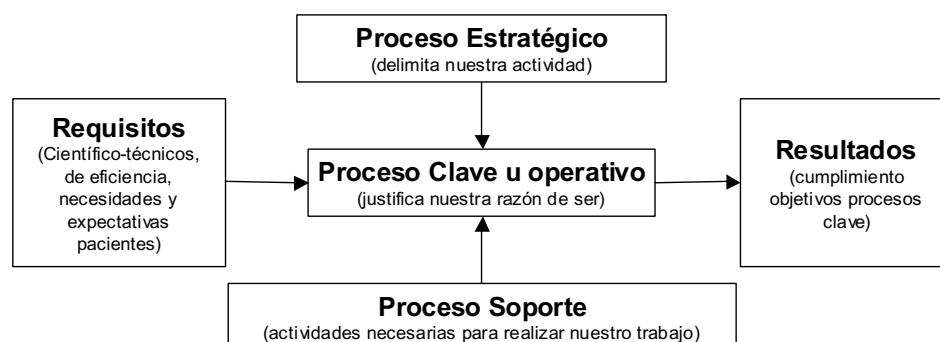
La representación gráfica de los procesos facilita su comprensión y a veces supone una base sólida para la mejora de circuitos o su coordinación. Se pueden utilizar diferentes metodologías para ello como el IDEF, Qualigraf o diagramas de flujo.

La metodología IDEF (Integration for Function Modelling) <sup>17</sup> distingue diversos niveles en la arquitectura de los procesos, siendo los utilizados con más frecuencia: 1º proceso; 2º subproceso; 3º actividades; y 4º tareas. Los procesos se representan mediante una caja con los requerimientos de proveedor a la izquierda, el servicio facilitado al cliente por la derecha, las limitaciones, normas o estrategias en la parte superior y los recursos necesarios en la parte inferior. Este sistema de representación gráfica permite la representación de modelos complejos, asegura una gran integración de los mismos y permite detectar circuitos que no aportan valor añadido <sup>18</sup>.

Sin embargo, esta metodología es orientativa, cada organización la adapta a su entorno en función principalmente de los recursos que va a destinar y cómo esté organizada. Por ejemplo, en el modelo desarrollado en Andalucía <sup>19</sup> distingue diferentes niveles en el diseño de los procesos integrados y se basa más en la representación de procedimientos mediante diagramas de flujo: Nivel 0: Macroproceso (relativo a la Organización), Nivel 1: Clínico asistencial, Nivel 2: Subprocesos. En el caso de los centros sanitarios, los procesos se refieren tanto a los procesos clínicos como a otro tipo de procesos de gestión.

Podría parecer que la actividad que se desarrolla en las organizaciones sanitarias solo nos referimos a procesos relacionados con la clínica, los llamados clínico-asistenciales, que suelen recibir la denominación de “clave” o “críticos”. Evidentemente son los que más impacto visible e interés tienen para nosotros, y los de mayor repercusión directa en la actividad asistencial, en la salud y en la satisfacción de los usuarios. Pero también existen procesos organizativos del hospital/centro de salud, los llamados “estratégicos” o de “gestión” en los que los profesionales están directamente involucrados y que resultan necesarios. Por ejemplo, aquellos procesos encaminados al desarrollo profesional. Otro tipo de procesos (normalmente se denominan de “soporte”) serían aquellos que sirven de apoyo a los demás servicios clínicos o procesos clave: laboratorios, cocina, gestión de personas...Pero estos grupos son virtuales, y los establece cada organización.

Figura 4. Representación gráfica de un proceso

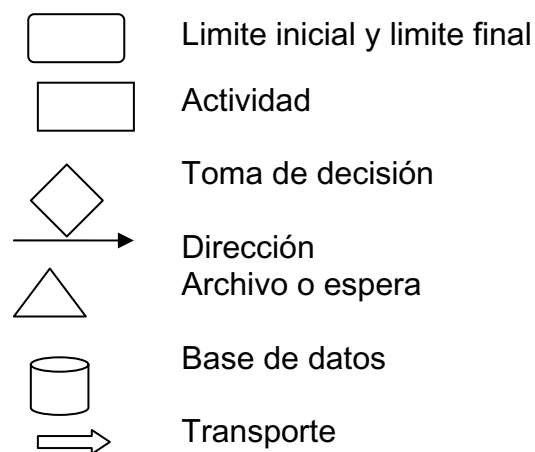




Un proceso se visualiza normalmente en forma de diagrama o esquema, que describe en forma gráfica las actividades, “qué” cosas se realizan para llevar a cabo un trabajo<sup>20</sup>. Estos diagramas o esquemas pueden aplicarse a cualquier secuencia de actividades que se repita y que pueda medirse, independientemente de la longitud de su ciclo o de su complejidad, aunque para que sea realmente útil debe permitir cierta sencillez y flexibilidad.

Aunque existen diferentes métodos para describir un proceso, para su representación gráfica, se suele recurrir a los elementos de la figura 3<sup>11</sup>.

Figura 5. Elementos para representar un proceso



### Cómo identificar un proceso

El proceso es un ámbito de actuación que define un curso de acción compuesto por una serie de etapas orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada. Todo ello con el fin de conseguir una salida que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente del mismo, como consecuencia de las actividades realizadas. Un proceso es un “que” se hace. No tiene existencia real, pero es un concepto muy útil para organizar lo que hacemos, medirlo y mejorarlo<sup>9</sup>. En cambio, un procedimiento es la descripción detallada de las instrucciones operativas para llevar a cabo un proceso o parte de él; es un “cómo” se hacen las cosas.

Los procesos se clasifican en tres grandes grupos<sup>21</sup>:

1.- **Estratégicos**: Son procesos a medio plazo, que facilitan guías, limitaciones, líneas estratégicas o normas de actuación para los procesos de la organización. P.ej.: planificación estratégica, mejora continua, implantación de sistemas de calidad... Habitualmente son procesos de dirección o de gestión.

2.- **Clave:** Son aquellos que se realizan en tiempo real con el cliente externo y son la razón de ser de la organización. (ej.: prestar atención sanitaria en consultas, atender urgencias, etc..)

3.- **Soporte o apoyo:** son los que facilitan la realización de los anteriores mediante la aportación de recursos o sistemas de apoyo. Por ej.: hostelería, seguridad, mantenimiento, etc.

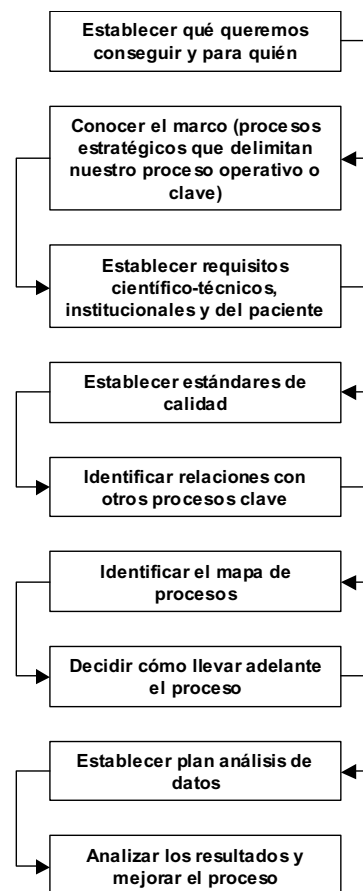
Además cualquier proceso puede ser **crítico o "core"**: Son aquellos especialmente importantes para el éxito de la organización ya sea por su importancia estratégica, la importancia para el cliente o la trascendencia de un fallo en su realización. Por ejemplo, el control de la infección nosocomial, ya que además del peligro para el paciente, un brote desproporcionado o muy grave por negligencia del hospital, puede dismantelar una labor de años ofreciendo calidad y competencia en el servicio.

Para describir un proceso se recomienda seguir este orden:

1. Definirlo, especificar de qué se trata, sus límites y responsable. Definir su misión y objetivos. Conocer el marco dónde se desarrolla (procesos estratégicos).
2. Identificar quién es el beneficiario del proceso (paciente, profesional, otro Servicio), conocer los requisitos científico-técnicos (MBE), describir sus expectativas y sus necesidades como "salidas" del proceso, e identificar los estándares de calidad aceptables para nuestros clientes, en función de sus necesidades y expectativas.
3. Relacionar las actividades que se incluyen en el proceso, sus elementos, diagrama, secuencia, "entradas" y requisitos de calidad.
4. Especificar el método de evaluación y de revisión que adoptaremos para introducir mejoras en el proceso, lo que incluye determinar indicadores del proceso.
5. Analizar los resultados y formular propuestas para mejorar el proceso en sí y sus resultados.

La figura 5 recoge los pasos esenciales para la descripción de un proceso. Como indicamos se trata de una tarea cíclica que no finaliza con su definición y diseño, sino que continúa con la monitorización de los indicadores que permiten conocer si se alcanzan los estándares de calidad del propio proceso y con propuestas (coordinadas por su propietario) para lograr la mejora de sus resultados<sup>22</sup>.

Figura 5. Descripción de un proceso



**Conviene recordar que la misión debe tomar en consideración tres aspectos: qué hacemos (los productos o servicios que ofrecemos), cómo lo hacemos (qué procesos seguimos) y para quién lo hacemos (a qué clientes nos diríamos) (figura 4).**

*Saber qué debemos hacer (misión).*

La gestión de los procesos de un Servicio Clínico parte de la misión del hospital y, en función de ella, de la misión de ese Servicio. La misión identifica el objetivo fundamental del servicio, su razón de ser. Consiste en definir qué tiene que hacer el servicio, para qué tiene que hacerlo y para quién debe hacerlo (clientes).

En la tabla siguiente podemos ver, a título de ejemplo, la declaración de la Misión de alguna Institución Sanitaria (tabla 1).

Tabla 1. Ejemplos de Misión en Instituciones Sanitarias

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MICHIGAN	A través de la mejora continua de la calidad nos convertimos en el proveedor de primera elección para la población que servimos, ocuparemos un lugar prominente en la docencia y el avance de las ciencias médicas, y seremos el lugar de trabajo de primera elección.
HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATION DE CHICAGO	Nuestra organización será reconocida como el primer sistema de salud en nuestro entorno, a través de un esfuerzo continuo por superar los estándares de calidad profesionales, las actuaciones de otros colegas, satisfacer todas las expectativas de la población que servimos, y la promoción de un ambiente de trabajo excepcional.
HOSPITAL DE ZUMARRAGA	El Hospital de Zumarraga es un centro público de Osakidetza/ Servicio vasco de salud cuyo fin es elevar el nivel de salud de la población y satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes mediante la prestación de servicios sanitarios especializados. Para ello asumimos como guías de actuación el desarrollo de la Mejora Continua en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La implicación y el crecimiento profesional de las personas que trabajan en el hospital.</li> <li>• La eficiencia y el equilibrio financiero en la actuación.</li> <li>• Favorecer la mejora global del sistema sanitario mediante la innovación, la docencia y la cooperación con otras organizaciones.</li> </ul>

#### *Identificar requisitos científico-técnicos*

Es evidente que en el caso de la actividad clínica de un Servicio priman los requisitos contrastado por la evidencia disponible sobre cómo llevar a cabo (conducir) nuestro proceso. Al mismo tiempo, delimitan los estándares de calidad que podríamos fijar.

#### *Identificar clientes y sus necesidades y expectativas.*

El fin último de cualquier organización es satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes. Para poder cumplir con ello es necesario, primero saber quiénes pueden considerarse clientes y, segundo, identificar sus necesidades y expectativas.

Conviene diferenciar entre dos tipos de clientes: los internos y los externos:

- *Clientes internos:* individuos o servicios dentro de la propia organización que reciben nuestros productos o servicios para utilizarlos en su trabajo.
- *Clientes externos:* son los clientes finales, los que disfrutan de los productos o servicios de nuestra organización (los abonados de una compañía de comunicaciones, los estudiantes de una universidad, los pacientes de un hospital, los viajeros de una compañía de transporte, etc.).

Para identificar a nuestros clientes basta con preguntarse ¿quiénes reciben nuestros productos/servicios? El objetivo de esta pregunta es conseguir un listado de clientes a partir de la cual se debe tratar de establecer qué necesidades tienen esos clientes, es decir, qué necesidades tienen y qué esperan los clientes que les ofrezcamos. Este punto es especialmente crítico ya que una de las características esenciales de la gestión por procesos pasa por incorporar la información sobre las necesidades y expectativas de los clientes.

**En algunas organizaciones hay unidades, departamentos o servicios que no tratan directamente con los clientes finales, sino que sus productos van destinados a “consumo interno” de la organización. Es el caso, en un hospital, de los denominados Servicios Centrales Hospitalarios.**

En la tabla 2 presentamos el decálogo de cuestiones que de manera práctica nos permitirán identificar a nuestros clientes/pacientes y sus necesidades.

- 
1. ¿Quiénes son nuestros clientes?
  2. ¿Qué pacientes atendemos con más frecuencia? o ¿a qué profesionales remitimos nuestros informes?
  3. ¿Qué riesgos tienen nuestros pacientes? O ¿qué precisan nuestros colegas?
  4. ¿Qué pruebas diagnósticas/terapéuticas utilizamos?
  5. ¿Son adecuadas, las realizamos correctamente?
  6. ¿Qué información es la idónea y cómo debemos transmitirla?
  7. ¿Qué resultados esperamos?
  8. ¿Qué complicaciones tenemos?
  9. ¿Qué procesos estudiamos/evaluamos?
  10. ¿Qué esperan de nosotros nuestros clientes/pacientes?
- 

Tabla 2. Decálogo para la identificación de clientes/pacientes y sus necesidades

#### 4. PROCESO VS PROCEDIMIENTO, PROTOCOLO, VÍA CLÍNICA, GUÍA CLÍNICA.

La práctica clínica se basa en la utilización de información clínica, percepciones, razonamientos y juicios clínicos. Sin embargo, no es un fenómeno exacto y reproducible. Los mecanismos de toma de decisiones son difíciles de comprender, existe gran variabilidad entre médicos ante un mismo proceso y de un mismo médico ante pacientes diferentes pero aquejados del mismo proceso.

Las variaciones en la práctica clínica (VPC) constituyen un fenómeno ampliamente estudiado, la prevalencia de diferentes enfermedades puede variar en distintas poblaciones por diversas razones (dieta, genética, ocupación, entorno) y justificaría una parte de la VPC encontrada en estudios poblacionales. Sin embargo, en los estudios de base individual se ha encontrado evidencia de la variabilidad en la duración de la estancia, pruebas diagnósticas y cuidados recibidos, todo lo cual está asociado al diagnóstico, estado de salud, gravedad y estabilidad clínica, aunque la morbilidad como factor explicativo de la variabilidad es de difícil identificación.

La protocolización de la asistencia es una de las estrategias utilizadas tradicionalmente para disminuir la variabilidad, mediante el consenso profesional y/o las revisiones incompletas de la evidencia científica. Entre las diferentes formas de protocolización nos encontramos con:

- **Guías de Práctica Clínica (GPC)** productos de gestión del conocimiento que incluyen el resultado de la revisión sistemática de la evidencia científica o conocimiento explícito y la incorporación del juicio clínico o conocimiento tácito en su aplicación a un paciente concreto<sup>23</sup>.
- **Vías clínicas** (clinical o critical pathways, care maps)<sup>24</sup>: planes asistenciales que se aplican a enfermos con una determinada patología, y que presentan un curso clínico predecible. Definen la secuencia, duración y responsabilidad óptima de las actividades de médicos, enfermeras, y otros profesionales, para un diagnóstico o procedimiento particular, minimizando retrasos, mejorando el uso de recursos y maximizando la calidad de la asistencia. Detallan las actividades del día a día en la atención del enfermo con un diagnóstico específico, consiguiendo así la optimización de la secuencia de actos médicos. Suelen desarrollarse para procedimientos médicos de gran volumen, alto riesgo o alto coste o que requieren la cooperación de múltiples profesionales. Hoy, existen en funcionamiento más de 1500 vías clínicas establecidas, especialmente en los países anglosajones.

La forma de presentación más común que adoptan las vías clínicas es la de una matriz temporal, en el eje de las abscisas se coloca el tiempo en divisiones por días o incluso horas y la ubicación del enfermo, en el eje de las ordenadas se distribuyen todas las acciones e intervenciones cuidadosamente distribuidas (evaluaciones y asistencias, determinaciones o tests de laboratorio, tratamientos médicos y cuidados de enfermería, medicación, actividad, fisioterapia, dieta, información y apoyo al enfermo y/o familiar, criterios de ingreso o de alta.

- **Protocolos:** para algunos autores los términos Guía de Práctica Clínica y Protocolo son sinónimos. Sin embargo, se suele considerar protocolo al conjunto de recomendaciones, habitualmente de indicación, de diagnóstico, de tratamiento y de seguimiento, cuyo objetivo es asegurar la calidad del proceso clínico y de los resultados. En general ayudan a la toma de decisiones en un plan de cuidados y son, habitualmente, normativos. En general los protocolos suelen desarrollarse por consenso y las guías están basadas en la evidencia disponible; en ambos casos no se tiene en cuenta la orientación al cliente en los mismos términos que en los procesos.
- **Procedimiento:** Un procedimiento es un conjunto de trámites. Los procedimientos pueden representarse en forma gráfica o en forma de texto, por tanto, un procedimiento es una característica de un proceso.

Los sistemas de aseguramiento de la calidad establecidos conforme a la ISO 9001 de 1994, requieren un soporte documental, una serie de procedimientos documentados. Estos procedimientos sirven para establecer documentalmente la manera de llevar a cabo una actividad o un conjunto de actividades, centrándose en la forma en la que se debe trabajar o que se deben de hacer las cosas para llevar a cabo una determinada tarea.

Tabla 3. Proceso vs protocolo, procedimiento, vía clínica, guía clínica

---

**PROCESO**

- Conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial
- Objetivo: reducir variabilidad de la práctica
- Salidas del proceso orientadas a satisfacer al cliente

**PROCOLO**

- Normas de actuación que facilitan la forma más efectiva, eficiente y satisfactoria
- Objetivo: facilitar la toma de decisiones clínicas
- Facilitan la formación de los profesionales
- Permiten asegurar calidad científico técnica
- Asegurar uso adecuado recursos
- Reducir riesgo de reclamaciones judiciales

**PROCEDIMIENTO**

- Establecen documentalmente la forma de llevar a cabo una actividad
- Forma específica para llevar a cabo un proceso

**VIA CLINICA**

- Plan asistencial aplicado a enfermos de una determinada patología
  - Objetivo: Reducir variabilidad clínica
  - Permiten definir secuencia, duración y responsabilidades
  - Mejora uso de recursos
  - Herramienta de coordinación
  - Optimiza secuencia de actos médicos y de enfermería
  - Identifica expectativas y sucesos críticos
-



## 5. SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN DE LOS PROCESOS.

Los procesos no se pueden medir de forma general, sino que hay que medir diferentes aspectos de los mismos. Para ello se definen criterios e indicadores para cada proceso y, en función de la información disponible, establecemos estándares de calidad que posibilitan saber en qué medida el dato del indicador refleja si “hacemos bien lo correcto”.

**Para realizar el seguimiento de un proceso es necesario establecer el plan de análisis de datos. Una cuestión fundamental previa a la mejora de procesos es la medición. Y lo es porque no se puede mejorar aquello que no se conoce. La gestión por procesos pasa por establecer una serie de elementos que permiten medir su eficacia, su utilidad y si resulta satisfactorio para los clientes del proceso. Los pasos que se recomienda seguir son:**

- a) Desarrollo de criterios e indicadores. Establecer estándares de calidad.
- b) Diseño de un calendario de recogida de datos.
- c) Recolección y codificación de datos.
- d) Distribución de la información y análisis
- e) Desarrollo de criterios e indicadores. Establecer estándares.

Las dimensiones que podemos medir en un proceso pueden abarcar la cantidad de cosas que se hacen (por ejemplo, actividad asistencial), la calidad técnica (requisitos técnicos, demoras, indicadores centinela), la calidad percibida (resultados de encuestas) o el coste del proceso.

**Criterio:** Qué se desea obtener, objetivo. En terminología de la Joint Commission<sup>25</sup> es aquella condición que debe cumplir la práctica clínica para ser considerada de calidad. También puede entenderse como el nivel o niveles esperados de éxito, o las especificaciones según las cuales puede evaluarse la actuación clínica<sup>26</sup>. Veamos un ejemplo: la Infección del Tracto Urinario nosocomial se asocia a la atención del sondaje urinario, por lo tanto se debe conseguir el mínimo irreducible en enfermos ingresados.

**Indicador:** Es una medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de las actividades<sup>27</sup>, es decir la forma particular (normalmente numérica) en la que se

mide o evalúa un criterio. Puede haber más de un indicador para cada criterio. Siguiendo con el ejemplo anterior tendríamos dos:

- a) Incidencia acumulada de infección urinaria = ((Enfermos ingresados, sondados y que desarrollan infección urinaria / total de enfermos ingresados) x 100).
- b) Densidad de incidencia de infección urinaria = ((Nº de Infecciones urinarias / días totales de instrumentación urinaria que ocasionan los enfermos ingresados) x 1000).

El término *estándar* hace referencia al grado de cumplimiento exigible a un criterio y se define como el rango en el que resulta aceptable el nivel de calidad. Dado que determina el nivel mínimo que comprometería la calidad, también puede entenderse como el conjunto de maniobras diagnósticas y terapéuticas indicadas en cada situación<sup>28 29</sup>. P.ej.: el porcentaje de pacientes que inician rehabilitación precoz entre aquellos

que tienen posibilidades reales de mejorar sus déficits neurológicos debe aproximarse al 100%. La verdadera utilidad del estándar es por tanto la posibilidad de comparación con un valor mínimo aceptable.

Siguiendo con el ejemplo del apartado anterior, el estándar del primer criterio (Incidencia Acumulada) sería de 0,7 a 3,9 % de los enfermos ingresados según factores de riesgo, y global de alrededor del 1%. Y para el segundo (Densidad de Incidencia) se situaría entre 3 y 5 por 1000 enfermos-día<sup>30</sup>.

En ocasiones podremos encontrar valores estándar en la literatura, otras veces, su ausencia nos obligará a aceptar valores por consenso, y por último, también podemos optar por acordarlo en función de los resultados observados en nuestro medio. Siempre que sea posible es deseable que la definición del estándar tome en cuenta no solo los datos del propio Servicio sino también los resultados del mejor Servicio de referencia que sea posible.

A continuación, en la tabla 4, se muestran algunos ejemplos de criterios e indicadores.

Proceso	Criterio	Indicador
Accidente Cerebro Vascular	Ofrecer la atención tan rápidamente como sea necesaria	% de pacientes que son atendidos en el nivel 2 hospitalario en un tiempo inferior a 15 minutos % de pacientes que son atendidos en el nivel 3 hospitalario en un tiempo inferior a 45 minutos
	Realizar las pruebas diagnósticas de forma precoz	% de TACs realizados en las primeras 6 horas
Hemodiálisis	Cumplimiento terapéutico	% de pacientes con ganancia de peso interdiálisis > 5% % de hemodiálisis urgentes en pacientes crónicos por hiperpotasemia tóxica

Tabla 4. Ejemplos de criterios e indicadores de calidad técnica

**Características de los indicadores.** Han de ser:

**Concretos:** cuanto mejor definido sea el enunciado, menos errores se cometerán al recoger los datos.

**Objetivos:** evitar evaluaciones clínicas subjetivas.

**Específicos:** deben identificar tan solo verdaderos problemas.

**Clínicamente válidos:** de acuerdo con los conocimientos actuales de la literatura o con los conocimientos de los profesionales y/o con la opinión de expertos en su defecto.

**Relevantes:** solo los indicadores necesarios.

**Eficientes:** evitando duplicidades y grandes esfuerzos en la recogida de la información.

***b) Diseño de un calendario de recogida de datos.***

Una vez definidos todos los indicadores para cada proceso, se realiza un plan de recogida de datos, donde se detallan las fechas en que deben ser recogidos las mediciones de cada indicador así como las fuentes y la/las persona/as encargada/as de esa recogida.

***c) Recolección y codificación de datos.***

Por último se lleva a cabo la recogida de los datos y su codificación para el análisis posterior y la revisión del proceso introduciendo aquellas mejoras que se entienda necesarias.

La forma más sencilla para llevar adelante esta recolección y codificación de datos es mediante cuadros de mando que permitan la monitorización de cada uno de los indicadores. Es importante asimismo comenzar por sistematizar y analizar la idoneidad de los indicadores ya disponibles en el servicio.

Son fuentes de información rutinaria interesantes en el medio hospitalario, y sin embargo no demasiado utilizadas: el CMBD: (Conjunto Mínimo Básico de Datos), la clasificación GRDs (Grupos Relacionados con el Diagnóstico), estadísticas de Morbimortalidad y encuestas de Satisfacción.

***d) Análisis y mejora del proceso.***

Una vez estandarizado un proceso, se planificará su mejora ante dos tipos de circunstancias: (a) oportunidades internas del proceso para la mejora de la efectividad y eficiencia, y (b) oportunidades externas por cambios en el entorno que hagan aconsejable una modificación del proceso para que sus resultados se adapten mejor a las expectativas.

Como en la fase de estabilización, los indicadores de efectividad y eficiencia nos informarán sobre si hemos podido conseguir nuestro objetivo, manteniendo como en el caso anterior controlada al máximo la variabilidad en el proceso.

Son herramientas imprescindibles en esta fase las clásicas metodologías para reducir la variabilidad en el sector sanitario. Las podemos clasificar para un uso más racional en: 1) Basadas en la evidencia científica: guías de práctica clínica, método del uso apropiado, etc.; y 2) Basadas en la práctica: técnicas cualitativas: (método Delphi; técnica de grupo nominal, protocolos clínicos, planes de cuidados estandarizados, vías clínicas).

## 6. MEJORA DE PROCESOS.

Los modelos de calidad total comparten una serie de características. La primera, la necesidad de la implicación de la Dirección de la organización de que se trate en el diseño, planificación, evaluación y mejora de la calidad del conjunto de actividades, acciones y resultados. La segunda, la implicación de las personas (trabajadores de la organización) que, en definitiva, son quienes hacen las cosas y quienes consiguen los resultados. La tercera, pasa porque las decisiones se adopten en función de los datos, destacando la importancia que se atribuye a la evaluación y medición en el diseño de la calidad. La orientación al cliente, la gestión por (o de) procesos y la mejora continua son las otras características esenciales que, aunque es obvio que están relacionadas con las anteriores, forman por si mismas un trío esencial para entender la gestión de la calidad.

Hoy día el concepto de calidad tiene mucho que ver con la idea de adaptarse a las necesidades actuales y futuras de los clientes, pasa porque la organización haya identificado sus procesos críticos y que los gestione de forma apropiada ofreciendo garantías a sus clientes y a sus trabajadores y, desde luego, no puede entender la calidad sino se habla de mejora continua en el seno de una organización.

La mejora continua forma parte de la razón de ser de la calidad desde sus orígenes. Las organizaciones interesadas por introducir sistemas de calidad en su seno lo hacen, primero, para asegurar un determinado nivel de calidad pero, en poco tiempo, cambian su objetivo para ir incrementando el nivel de calidad de sus prestaciones hacia sus clientes.

Por esta razón, la gestión de los procesos en una organización tiene como uno de sus objetivos, precisamente, la mejora de los mismos, tanto en cuanto a los resultados que se logran, como a la forma en que se llevan a cabo las tareas, los métodos de evaluación, la continuidad de la vigencia de los objetivos propuestos o de los límites del proceso, etc.

En la mejora de un proceso intervienen, o deben intervenir, todas las personas involucradas en el mismo e, incluso, propietarios de otros procesos próximos o relacionados. Aunque, no cabe duda, de que será necesario que alguien tome la iniciativa y ese alguien no es otro que el propietario del proceso.

Hablamos antes de la figura del propietario del proceso (responsable se le llama también en algunas organizaciones), y destacamos su papel, sobre todo, en:

- Asegurar que se cumplan los objetivos del proceso, proponiendo aquellas modificaciones que permitan alcanzarlos con mayor seguridad en caso de no lograr los estándares.

- Establecer y mantener la relación con otros propietarios de otros procesos de la organización, con la vista puesta en la misión y estrategia global de la organización.
- Llevar a la práctica el control del proceso, lo que supone analizar periódicamente los indicadores asociados al mismo. Y
- La mejora del proceso, propiamente dicha para, independientemente de que se alcancen los estándares, se introduzcan mejoras.

Como se ve, la mejora de resultados, método, sistema de medición, etc. asociado a los procesos constituyen funciones muy importantes de los propietarios de procesos y, aunque no son exclusivas del propietario del proceso, requieren de toda su atención.

Para evaluar un proceso y decidir qué tipo de mejoras es necesario introducir, se recomienda normalmente los siguientes pasos:

1º.- determinar el estado actual del proceso, lo que incluye desde la misión hasta el grado de cumplimiento de estándares, pasando por sus límites o las tareas que se incluyen, buscando simplificarlas, ordenarlas por obtener mayor eficiencia o, sencillamente, valorar si siguen teniendo sentido tal y como se diseñaron inicialmente. Este punto incluye la valoración de nuevas tecnologías que pudieran afectar al proceso y, también, el análisis de la experiencia de otras organizaciones con procesos similares.

2º.- analizar la información disponible (fundamentalmente la nueva información) sobre el punto de vista del cliente y, específicamente, revisar los datos sobre necesidades y expectativas actuales y futuras de los distintos tipos de clientes a los que el proceso va dirigido.

3º.- identificar posibles problemas y/o puntos de mejora derivados de la experiencia adquirida en la gestión del proceso o en la participación en el mismo de diferentes profesionales.

4º.- analizar las causas de los problemas identificados a fin de estudiar posibles alternativas, siempre con el grupo de personas implicadas

5º.- establecer acciones de mejora a partir del análisis de esas posibles alternativas, priorizando, fijando un calendario, utilizando algún método para conocer si son eficaces y, sobre todo, teniendo en cuenta si las personas que las tienen que llevar adelante las perciben como viables (lo contrario es una pérdida de tiempo en la que muchas veces es fácil caer en las organizaciones).

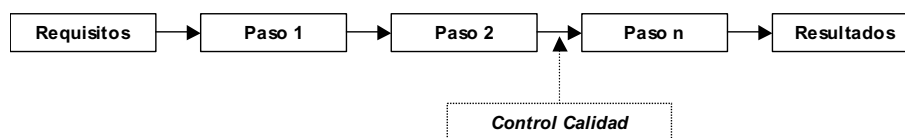
6º.- transcurrido el plazo de tiempo fijado, evaluar los efectos de las acciones de mejora implantadas, considerando si se han llevado a cabo

conforme a lo previsto, las incidencias que hubieran podido ocurrir, los datos sobre efectividad de las medidas adoptadas y una valoración de hasta qué punto es posible mantener esta mejora o si es necesario plantearse otras alternativas.

7º.- consolidar la mejora y volver a empezar un ciclo de mejora sobre un aspecto, resultado, método, diferente.

Un aspecto que debe considerarse en la mejora de los procesos viene derivada del denominado enfoque “poka-yokes”, originalmente desarrollado en Japón. Según esta idea, a la hora de diseñar, o rediseñar, un proceso es conveniente considerar cómo es posible prevenir los errores involuntarios e inadvertidos que de forma inherente al propio proceso aparecerán antes o después. De hecho, la palabra poka significa error inadvertido/involuntario y la palabra yokeru prevenir. La idea es sencilla: los errores humanos son inevitables (ya sea por cansancio, por distracción, etc.), y lo importante es prevenir que se conviertan en defectos (errores que llegan o perjudican al cliente). La mejor manera de prevenirlos es introducir determinados controles de calidad a lo largo de las fases del proceso y evitar así este tipo de errores involuntarios.

Veamos un ejemplo. En el esquema de la figura 6, entre el paso 1 y el paso 2 introducimos un control de calidad que nos asegura que se ha producido el hecho esperado sin error, precisamente en una fase del proceso donde habitualmente en el pasado se detectaba con frecuencia error humano.



**Figura 6. Control del proceso**

A la hora de planificar correctamente la mejora de un proceso suele resultar de gran ayuda tener en mente el siguiente diagrama de un plan de mejora. Por un lado, debemos considerar si el objetivo que se persigue sigue teniendo vigencia, segundo si alcanzamos el despliegue perseguido y se tiene claro qué debe realizarse y por qué; y tercero, considerar si el método de evaluación y medida es el más apropiado para nuestros fines y si la información que se deriva de este método posibilita el aprendizaje y, por consiguiente, la mejora continua.

Por otro lado, para establecer un plan de mejora con posibilidades de éxito, se recomienda considerar los siguientes puntos:

Primero, poner en práctica algún método que nos permita priorizar qué haremos primero o qué requiere de nuestra atención en primer lugar. Hay

diversos métodos y diversas formas de hacerlo. La participación de las personas involucradas en el proceso y considerar si existe algún problema grave que requiere una inmediata respuesta son dos condiciones que resulta indispensable no olvidar. La primera por las razones arriba apuntadas (implicación y sensación de viabilidad), la segunda porque lo contrario no sería éticamente aceptable.

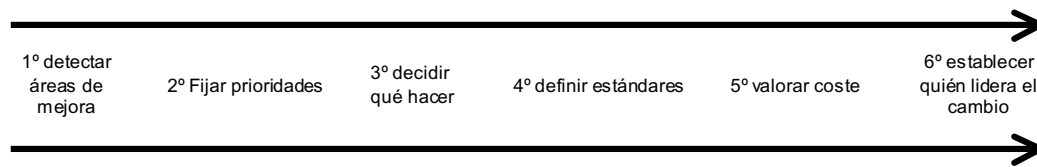
Las preguntas que habitualmente solemos formularnos y que nos suelen ayudar a fijar prioridades son las siguientes (no necesariamente en el mismo orden):

1. ¿Es grave?...
2. A cuántos pacientes afecta...
3. Qué costes tiene la mejora...
4. ¿Tenemos posibilidades de tener éxito al introducir la mejora?...
5. ¿Qué molestias, inconvenientes, riesgos supone?
6. ¿Cuántos profesionales están involucrados de cara a obtener la mejora?
7. ¿Qué costes o repercusión tiene no actuar?
8. ¿Resultará fácil saber si realmente hemos mejorado en algo?

Una vez decididas las prioridades (por ejemplo: 1 nivel máximo de prioridad, 2 nivel intermedio y 3 no urgente), pasamos a elaborar un cronograma para llevar adelante las mejoras ideadas. Normalmente, hablamos en términos de medio plazo (nunca superior a un año).

Lo siguiente será definir un método que nos permita saber si hemos tenido éxito al introducir en el proceso la propuesta de mejora elaborada. Este punto es básico. Más de una vez, la mejora que se aprecia es independiente de la acción emprendida y se debe, sencillamente a causas externas. Por otro lado, debemos saber en qué medida obtenemos la mejora que esperamos, si estamos por debajo de lo que esperábamos (y preguntarnos por qué) o si estamos por encima (y también preguntarnos por qué).

Es obvio que necesitamos preguntarnos cuál es el coste de la acción que pretendemos emprender y, lógicamente, si estamos en condiciones de llevarla a la práctica. Y, aunque todos los implicados deben participar y sentir la mejora como propia, alguien (normalmente el propietario del proceso) debe liderar su puesta en práctica.



**Figura 7. Fases de la mejora de procesos**

Una alternativa a la mejora de los procesos que hemos descrito es la denominada reingeniería de procesos. Se trata en este caso no de introducir pequeños cambios orientando el proceso para resultar más efectivos y más eficientes, sino de un cambio radical.

En 1990, Michael Hammer puso de relieve que “pese al rápido cambio tecnológico, el diseño de nuevos productos es desesperadamente lento”. Esta reflexión pasa por ser el origen de la reingeniería de procesos, junto a la idea de Peter Drucker de que “nada es menos efectivo que hacer eficiente lo que no se debería haber hecho nunca”.

La reingeniería no busca un cambio progresivo, consiste en empezar desde cero con un diseño que podemos describir como de “terreno por edificar”. Básicamente, pone su acento en la necesidad de que el cliente sea el centro de la atención del conjunto de personas de una organización y, por tanto, subraya la importancia de reorientar los procesos hacia innovación, ponderando la velocidad de respuesta al cliente y la calidad final. Una característica añadida de la reingeniería de procesos es la importancia que atribuye al papel de las nuevas tecnologías. En definitiva, es un enfoque que prima el “todo o nada” y que pretende un cambio radical en la forma en que se gestiona un proceso, más que un cambio sensible del mismo. Como todo, tiene sus ventajas y sus inconvenientes, circunstancias en las que su utilización resulta provechosa y otras, por el contrario, que puede resultar contraproducente.

Desde esta perspectiva se aconseja realizar la siguiente reflexión: ¿para qué sirve realmente este proceso? ¿es verdaderamente útil, indispensable? ¿son todos sus pasos necesarios? A partir de aquí, empezamos a pensar de otra forma y nos preguntamos si verdaderamente lo que estamos haciendo sigue teniendo todo su sentido.

En la práctica, muchas veces observamos que lo que se hace, se hace, porque antes se hacía, y esta sencilla explicación no es siempre tan evidente. La reingeniería de procesos nos sugiere que no siempre debemos seguir haciendo lo mismo y que la innovación es bienvenida.



Las siguientes preguntas que nos debemos formular son:

- ¿El nivel de servicio que se ofrece es el requerido?
- ¿Nos sirve este proceso en alguna medida para tener ventaja competitiva?
- ¿Están bien aplicados los recursos que precisa este proceso?
- ¿Tenemos un interés estratégico en esto?

Las respuestas a estas preguntas invitan, sin duda, a una reflexión sobre la importancia, necesidad y oportunidad de lo que hacemos, lo que debe beneficiar a la organización y a los clientes, sobre todo si, además, nos preguntamos las siguientes cuestiones:

- Qué es la calidad para nuestros diferentes clientes
- Qué necesitan nuestros clientes y no tienen
- Qué necesitamos mejorar
- Qué esperan nuestros clientes (externos e internos) que les demos
- ¿Estamos mejorando realmente?

En realidad cualquier herramienta o sistema de mejora puede ser válido y útil para incorporar mejoras en los procesos (Certificación ISO, cumplimiento de estándares, grupos de mejora, rediseño del proceso...). Destacamos como elementos clave sin embargo para el éxito de la implantación del sistema de gestión la coherencia con la estrategia de la organización, la claridad y comprensión en la descripción de los procesos, la adecuación de objetivos e indicadores, el apoyo de los líderes de la organización, la correcta identificación de necesidades y expectativas de los clientes y, muy especialmente, la implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas.

Hasta aquí la teoría y la metodología, sin embargo este modelo de gestión ya es una realidad en nuestro medio, a modo de ejemplo en los Anexos I y II se incluyen las experiencias de la Fundación Hospital Alcorcón y del Hospital de Zumárraga. La aplicación práctica de la gestión por procesos y de los procesos en nuestro entorno.

## ANEXO I

### GESTION POR PROCESOS EN LA FUNDACION HOSPITAL ALCORCON<sup>31</sup>

El modelo de gestión de calidad de la Comunidad de Madrid es el Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de Calidad (European Foundation for Quality Management –EFQM), constituye un marco de trabajo no prescriptivo que reconoce que la excelencia de una organización se puede lograr de manera sostenida mediante distintos enfoques. A raíz de la autoevaluación de la *FUNDACION HOSPITAL ALCORCON (FHA)* utilizando como referencia el modelo de la EFQM desarrollada en 2002, y teniendo en cuenta las áreas de mejora identificadas, el objetivo de la FHA en 2003 ha sido desplegar la gestión por procesos en nuestra organización.

Entendemos por proceso el “conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del paciente/población al que va dirigido”<sup>32</sup>. En otras palabras, un proceso no es más que la sucesión de pasos y decisiones que se siguen para realizar una determinada actividad o tarea que, cuando se trabaja desde el enfoque de gestión de la Calidad Total, deben ir orientados a satisfacer una necesidad de nuestros clientes internos o externos<sup>12 13</sup>.

Los procesos se han clasificado en tres grandes grupos: estratégicos, operativos y de apoyo; y para la representación gráfica de los procesos se han utilizado diagramas de flujo.

Para describir cada proceso en la FHA, se ha seguido el orden siguiente:

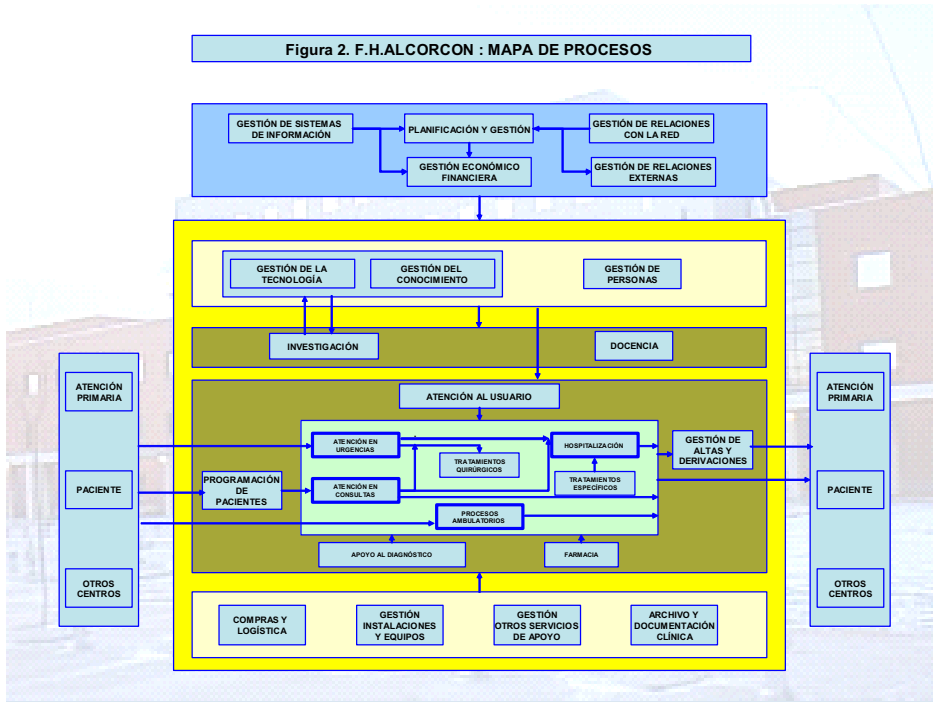
1. Definición, incluyendo límites y responsable.
2. Identificación de beneficiarios del proceso, describiendo sus necesidades como “salidas” del proceso, e identificando las características de calidad aceptables.
3. Relación de las actividades que se incluyen en el proceso, sus elementos, diagrama de flujo, secuencia, entradas y características de calidad.
4. Método de evaluación y de revisión que adoptaremos para introducir mejoras en el proceso, incluyendo los indicadores del mismo y la periodicidad de su medición.
5. Nombramiento de propietario.

### Figura 1. Etapas de la gestión de procesos.

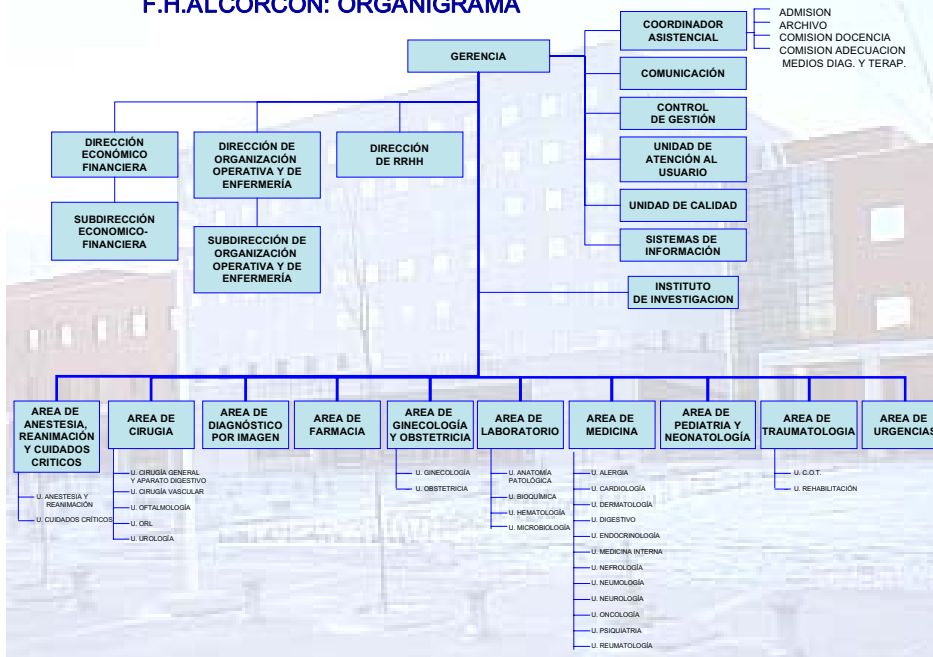
- **Selección equipo de trabajo FHA**
- Captación información para mapa de procesos
- Elaboración del mapa macroprocesos y matriz interrelaciones
- Inventario de procesos
- Descripción de organigrama de FHA
- Mapas de procesos funcionales
- Valoración de procesos clave
- Elaboración de los procesos
- Definición de indicadores
- Nombramiento de propietarios

De esta forma el proyecto se inició en enero de 2003. Se realizó la selección del grupo de trabajo, formado por un equipo multidisciplinar en el que la mayor parte era personal asistencial (el gerente, director económico, un responsable de enfermería, y 8 facultativos entre los que se incluía el coordinador de calidad del centro) (figura 1).

Se elaboró el mapa de macroprocesos y la matriz de interrelaciones (figura 2). A partir de ahí se realizó la captación de información para la elaboración del mapa, la descripción del organigrama de la FHA (figura 3) y el inventario de procesos del centro (en que se han incluido las definiciones de todos los procesos identificados). Todo este trabajo se realizó de forma consensuada por el equipo de trabajo.



**Figura 3  
F.H.ALCORCON: ORGANIGRAMA**



Posteriormente se realizaron mapas de procesos funcionales (figuras 4 y 5) en los que se refleja la actividad de cada área del hospital de acuerdo con los diferentes procesos.

Figura 4: MAPA FUNCIONAL: GERENCIA

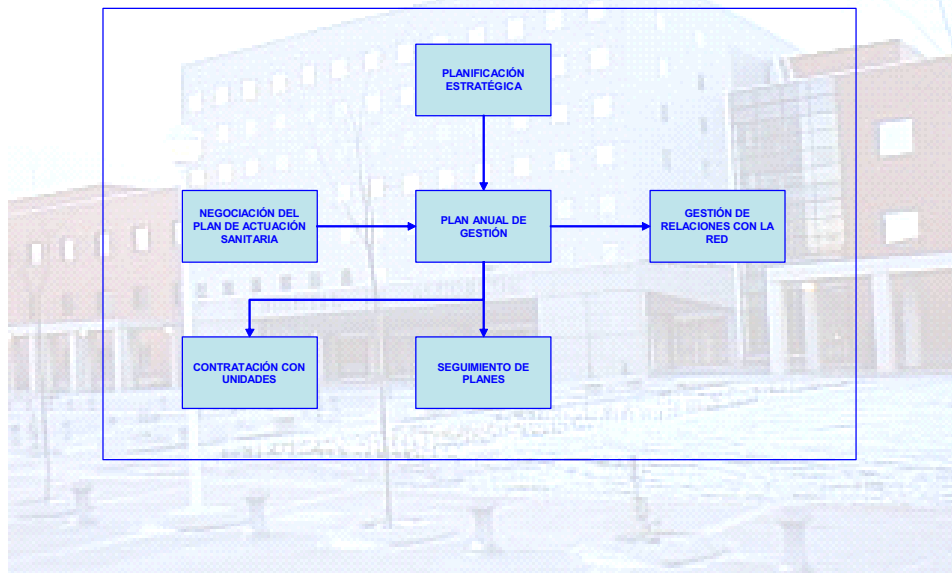
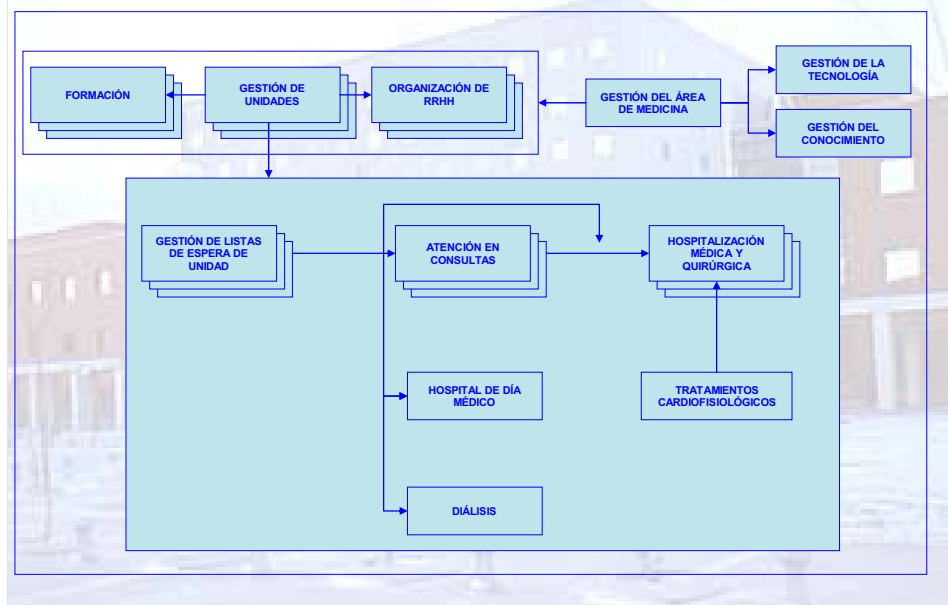
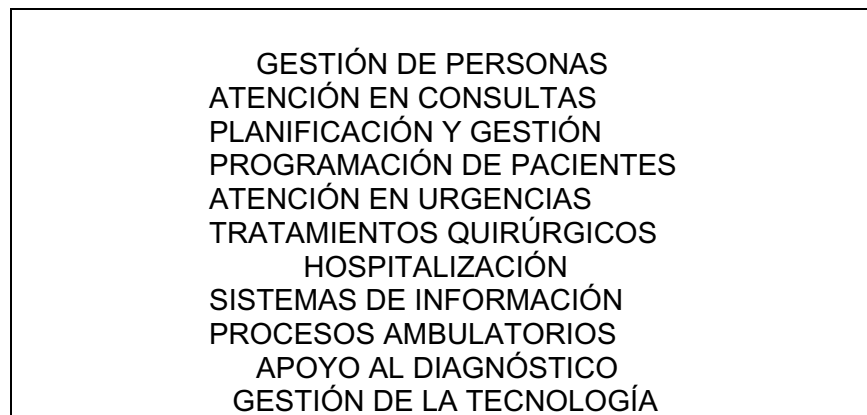


Figura 5: MAPA FUNCIONAL: AREA DE MEDICINA



En la fase siguiente se llevó a cabo la identificación de los procesos clave (figura 6), para lo cual se utilizaron como criterios de priorización: cobertura, calidad asistencial (incluyendo la satisfacción de clientes y profesionales) e impacto en el presupuesto.

Figura 6 PROCESOS CLAVE FHA



Una vez definidos los procesos se crearon 20 grupos de trabajo para la primera fase en los que se han definido los procesos correspondientes a lo largo del año. Dichos grupos de trabajo multidisciplinarios en todos los casos incluían facultativos, personal de enfermería y personal no asistencial representativo de las unidades implicadas en cada uno de ellos. Siguiendo la metodología descrita, se definieron actividades, diagramas de flujo, indicadores y características de calidad y finalmente se asignaron propietarios en el mes de diciembre. La primera evaluación tuvo lugar a primeros de 2004 fecha en la que ha comenzado la segunda fase de gestión de procesos en nuestra organización. (figura 7)

Figura 7: Procesos definidos 2003

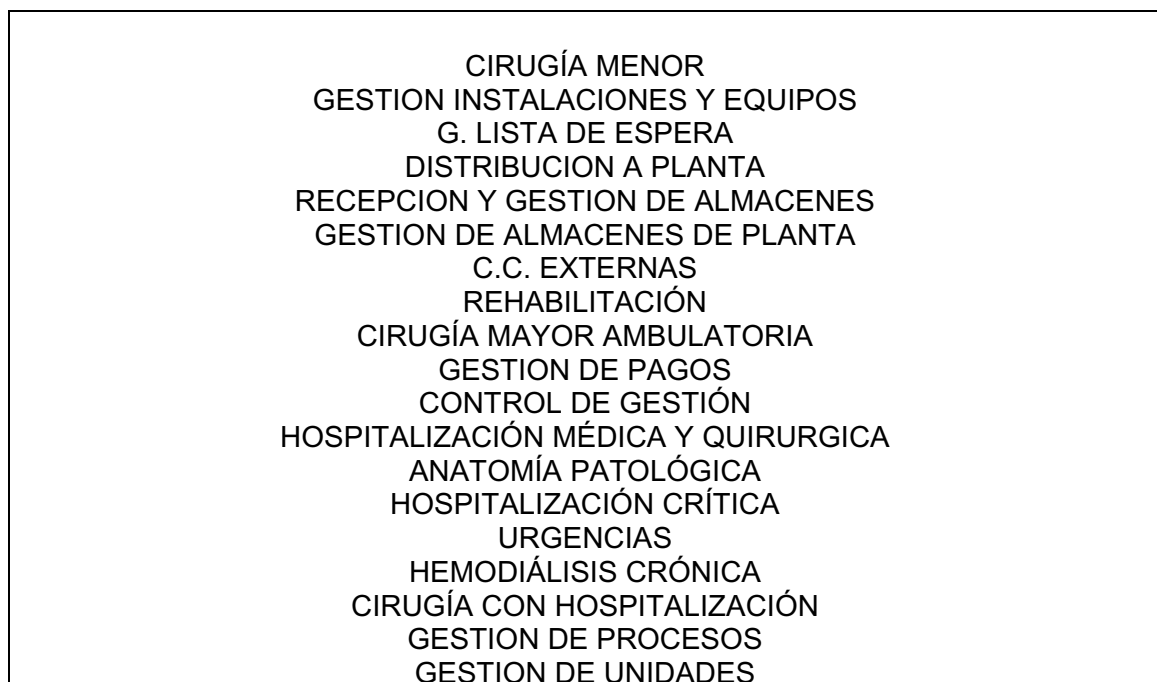



Figura 8: Ejemplos de documentos de procesos: Subproceso Estudio macroscópico en el Proceso Anatomía Patológica y Cirugía Mayor Ambulatoria.

 Fundación Hospital Alcorcón  Madrid	<b>PROCESO CMA</b>	<b>CODIGO:</b>
		Revisión: ____
		Página 1 de 2

DEFINICIÓN DEL PROCESO
<p><b>Definición:</b> Es la atención a aquellos procesos subsidiarios de cirugía, indistintamente del tipo de anestesia, que requieren observación postoperatoria y que reciben el alta tras ausencia de complicaciones que motiven ingreso hospitalario, proporcionando un tratamiento quirúrgico correcto, eficaz, con satisfacción del paciente y sus familiares, utilizando la historia clínica informatizada, entregando instrucciones postoperatorias específicas y revisando posteriormente al paciente en la consulta externa, optimizando los recursos hospitalarios tanto humanos como materiales</p> <p><b>Límite inicial:</b> selección del paciente para CMA en Consultas Externas</p> <p><b>Límite final:</b> alta del paciente en hospital de día</p>

PROPIETARIO
XXXXX

INDICADORES DE PROCESO	
INDICADOR	PERIODICIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de intervenciones suspendidas antes de la admisión del paciente. Es el número de pacientes programados para CMA que no acuden el día de la cirugía.</li> </ul>	Mensual
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentajes de intervenciones suspendidas después de la admisión. Número de pacientes que acuden para CMA y no son operados, y sus causas.</li> </ul>	Mensual
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de ingresos no previstos. Es el número de pacientes no dados de alta el día de la intervención.</li> </ul>	Mensual
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de reintervenciones inmediatas. Número de pacientes que son reintervenidos en las 48 h posteriores a la intervención.</li> </ul>	Anual
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de utilización de urgencias postintervención. Número de pacientes que acuden al servicio de urgencias en los 15 días posteriores a la intervención.</li> </ul>	Mensual
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de infecciones del sitio quirúrgico en cirugía limpia.</li> </ul>	Semestral

	<b>PROCESO CMA</b>	CODIGO:
		Revisión: _____
		Página 2 de 2

INDICADORES DE PROCESO	
INDICADOR	PERIODICIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de cumplimiento del protocolo de profilaxis antibiótica.</li> </ul>	Mensual
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de recidivas: proporción de pacientes que presentan recidiva de la intervención.</li> </ul>	Anual
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de sustitución: porcentaje de pacientes que se operan en CMA con respecto al global de los pacientes operados (excluyendo cirugía menor).</li> </ul>	Mensual
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de encuestas de satisfacción postoperatoria respondidas afirmativamente.</li> </ul>	Anual

SALIDAS DEL PROCESO	
CLIENTE	NECESIDADES
Paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información adecuada y clara de su patología y del proceso a seguir</li> <li>• Demora prequirúrgica adecuada</li> <li>• Correcta preparación prequirúrgica</li> <li>• Resolución de su problema quirúrgico</li> <li>• Recibir los cuidados adecuados al tipo de intervención y de anestesia</li> <li>• Recibir información específica acerca de los cuidados que debe seguir en el domicilio y qué hacer en caso de signos de alarma (oral y escrita)</li> <li>• Control postoperatorio telefónico o en consulta al día siguiente de la intervención</li> <li>• Comodidad en Hospital de Día</li> <li>• Hostelería adecuada</li> <li>• Tiempo de estancia hospitalaria adecuado</li> <li>• Informe de alta</li> </ul>
Familiar o acompañante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información adecuada tras la intervención quirúrgica</li> <li>• Salas de espera adecuadas en Quirófanos y Hospital de Día</li> <li>• Comodidad en Hospital de Día</li> </ul>

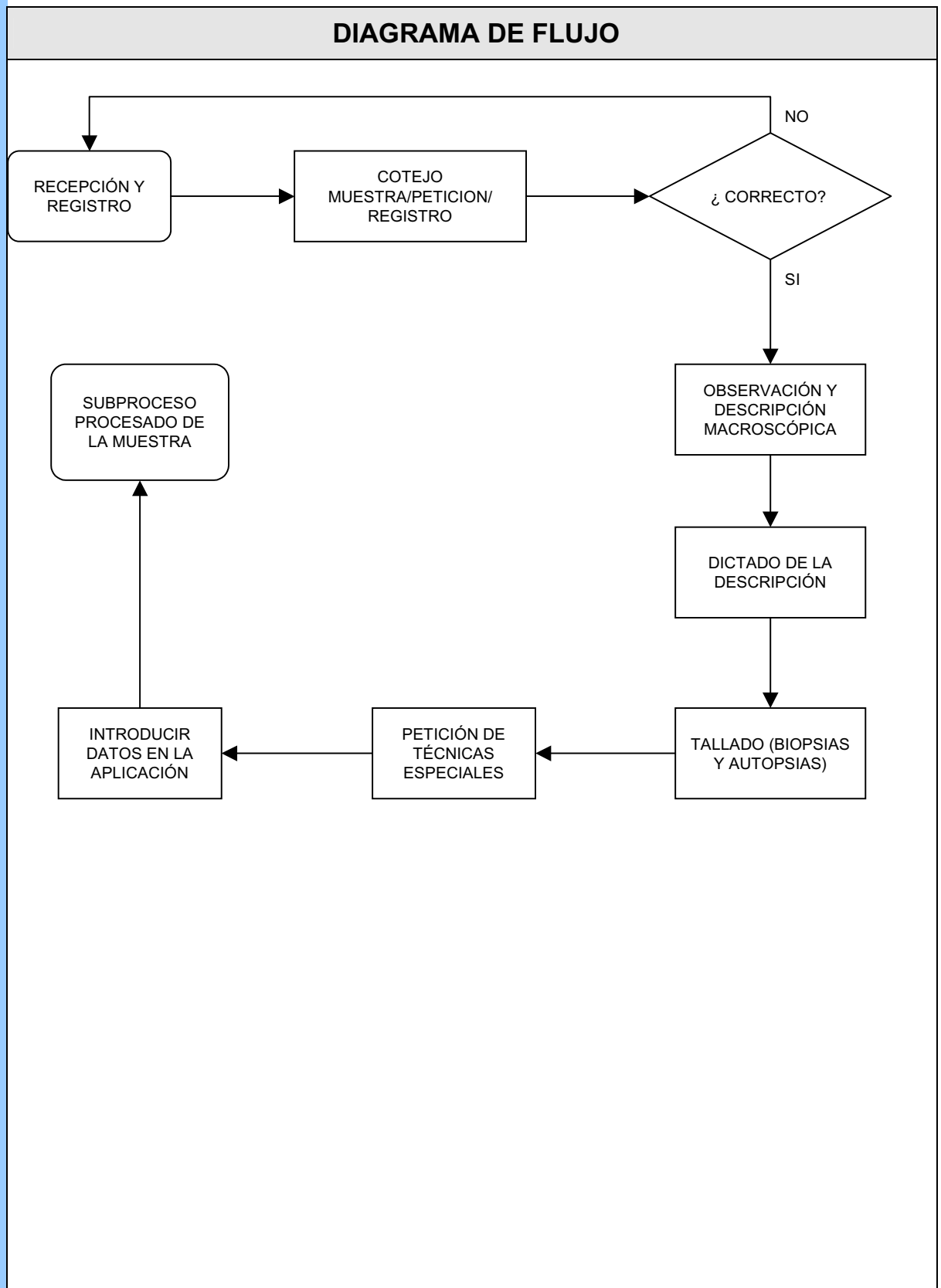


DEFINICIÓN DEL PROCESO
<p><b>Definición:</b> Descripción y disección de las muestras registradas.                      Consiste en describir las características morfológicas del tejido, líquidos o preparaciones citológicas remitidas para estudio así como de los nódulos o masas previos a la PAAF. Siguiendo protocolos definidos según tipo de muestra y patología, se realiza una selección adecuada del material para procesado y posterior estudio microscópico.</p> <p><b>Límite inicial:</b> Comprobación de los datos registrados.</p> <p><b>Límite final:</b> Informe macroscópico.</p>

PROPIETARIO
Patólogo

SALIDAS DEL PROCESO	
CLIENTE	NECESIDADES
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Subproceso de Procesado de la Muestra</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bloques bien identificados con números de registros legibles y concordantes con hoja de filiación.</li> <li>• Bloques adecuadamente fijados.</li> <li>• Registro adecuado de bloques en el sistema informático.</li> </ul>

ENTRADAS AL PROCESO	
PROVEEDOR	ENTRADA
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Subproceso de recepción de muestras.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Muestras de tejido obtenidas por biopsia, citología y autopsia</li><li>• Protocolos de petición AP</li><li>• Consentimiento informado (PAAF)</li></ul>



ACTIVIDAD	DESCRIPCION/ PROCEDIMIENTO
Cotejo muestra/petición/ número registro	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ver que coinciden correctamente los datos de filiación del paciente:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nombre del paciente</li> <li>– Número de historia</li> <li>– Muestra remitida y número de registro</li> <li>– Médico peticionario</li> </ul> </li> </ul> <p>en el envase que contiene la muestra con la hoja de petición del estudio AP. En caso de no coincidencia, avisar a propietario proceso anterior</p>
Observación y descripción macroscópica	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observación y anotación de las características de la muestra remitida según protocolos, indicando número de fragmentos remitidos (en el caso de biopsia quirúrgica), peso, dimensiones y aspecto externo.</li> </ul>
Dictado de la descripción	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utilizar dictáfono compatible con modelo de reproductor disponible, siguiendo un orden preestablecido por protocolos en la descripción de las muestras:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Número de biopsia y/o autopsia,</li> <li>– Nombre del paciente,</li> <li>– diagnóstico,</li> <li>– muestra remitida,</li> <li>– procedimiento de obtención y características macroscópicas</li> </ul> </li> </ul>
Petición de técnicas especiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hacer constar en la aplicación la petición de las técnicas consideradas necesarias para el diagnóstico bien sean de histoquímica y/o inmunofluorescencia incluidas en la cartera de servicios del laboratorio</li> </ul>
Introducción de datos en la aplicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Introducir los datos dictados previamente en la descripción macroscópica, volviendo a verificar los datos de filiación y número de registro de cada paciente.</li> <li>▪ También quedarán reflejados las peticiones de técnicas especiales, y el número de bloques por biopsia.</li> </ul>

## ANEXO II

### GESTIÓN POR PROCESOS EN EL HOSPITAL DE ZUMARRAGA

Hasta el año 1997 la mejora de los procesos del hospital se gestionaba mediante la intervención directa de los profesionales o de grupos interdisciplinarios de mejora o asesores (comisiones).

En 1998, fruto de la reflexión originada tras la segunda Autoevaluación EFQM, el Equipo Directivo decide establecer la gestión por procesos como el elemento clave para el cambio en el sistema de gestión del hospital. Contando con la formación previa de los miembros del equipo, se realizó un análisis de las experiencias llevadas a cabo en los hospitales de Osakidetza y del Sistema Nacional de Salud (SNS) y de los modelos en funcionamiento en las empresas ajenas al sector sanitario y líderes en este sistema de gestión. Este análisis nos permitió constatar que no existía ningún hospital con un sistema integrado de gestión por procesos salvo dos experiencias incipientes en hospitales europeos. Por ello se contó con el apoyo de una consultora especializada en esta área y comenzamos a trabajar con ella en diciembre de 1998. Tras un primer proceso de diseño del sistema, programación y estrategia de implantación del cambio, se llevó a cabo una formación intensiva del Equipo Directivo y de un grupo de veinte personas del hospital pertenecientes a todos los colectivos, que denominamos equipo de gestión, y que fue una figura clave para la implantación del sistema.

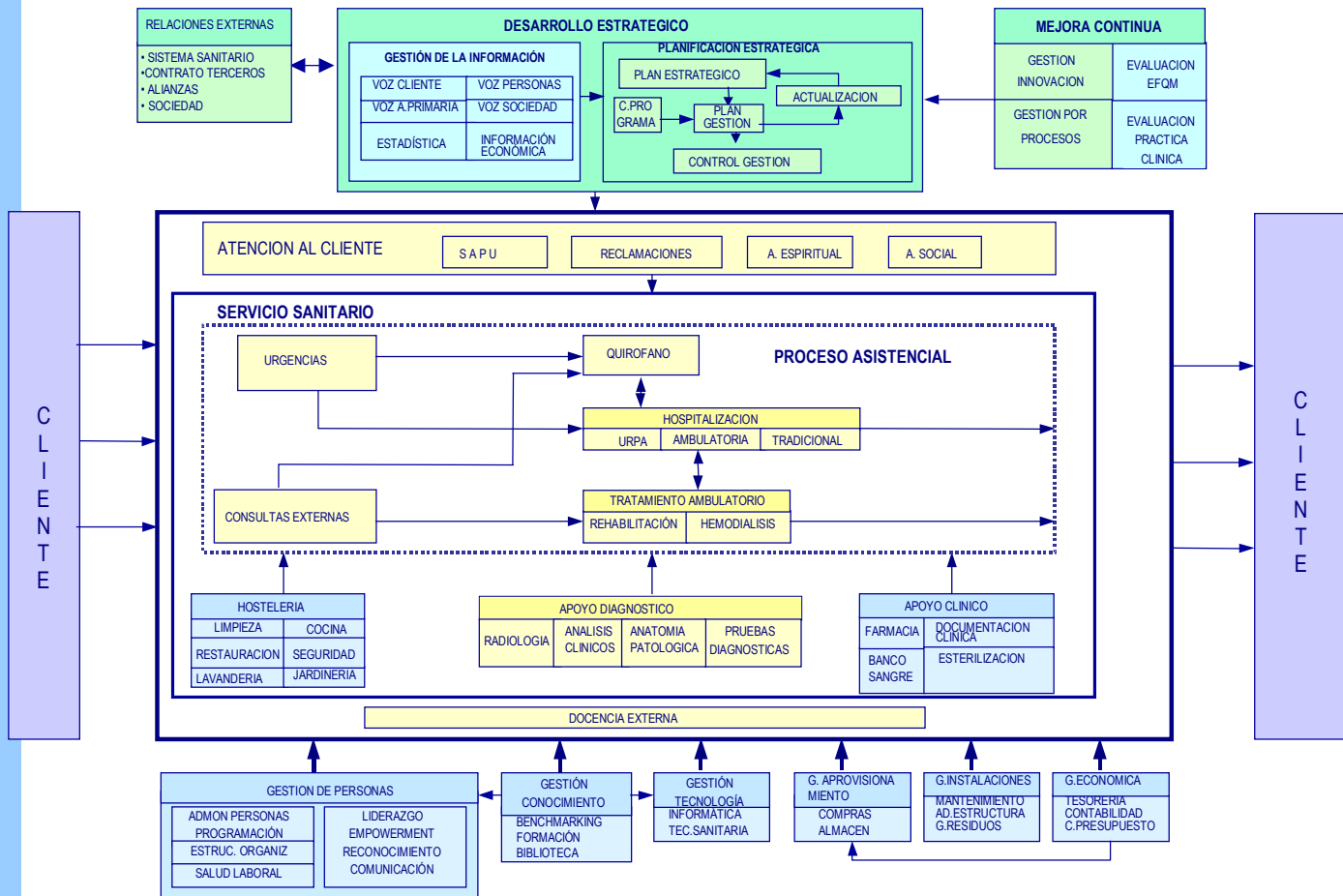
Durante los primeros meses de 1999 se realizó la identificación de los procesos, su arquitectura y las interfaces de los mismos. En el mes de mayo se procedió al nombramiento de los gestores de proceso, y fueron elaborando la descripción y la documentación de sus procesos. Tras ello el Equipo Directivo realizó una revisión total de todo el sistema y de cada uno de los procesos.

El sistema ha sido revisado anualmente desde 2000 mediante su actualización, evaluación y acciones de mejora de cada propietario que se incorporan al Plan de Gestión y la evaluación del propio sistema.

En 2003, a raíz de la revisión estratégica y la evaluación del sistema de gestión, el Equipo Directivo ha diseñado un nuevo mapa de procesos que refleja de forma más adecuada las agrupaciones de los macroprocesos y sus interrelaciones (figura 1).

La comunicación externa de esta experiencia ha servido de orientación a numerosas organizaciones, sanitarias y no sanitarias, y ha supuesto una importante fuente de Benchmarking mediante el intercambio de experiencias con organizaciones avanzadas en gestión de calidad.

Figura1 Mapa De Procesos Del Hospital De Zumarraga



**DISEÑO Y GESTIÓN SISTEMÁTICA DE LOS PROCESOS**  
**PROCESO DE DISEÑO / ESTRUCTURACION DE PROCESOS**

1. Procesos: Como se ha adelantado en la introducción, la gestión por procesos es un elemento de importancia crítica para el cambio, la mejora continua, la implicación de las personas y el desarrollo de la política y estrategia del hospital.

Su implantación y desarrollo se gestiona mediante un proceso en sí mismo que sigue también la sistemática descrita, denominado Gestión por Procesos, que garantiza la uniformidad, calidad y despliegue sistemático del sistema, afectando a la totalidad de los procesos del hospital (figura 2).

a) Identificación de procesos

El proceso de análisis y reflexión realizado por el Equipo Directivo en la última revisión del sistema en 2003 ha permitido establecer el inventario de procesos del hospital (figura 3) y el mapa general (figura 1), clasificando a su vez los procesos en tres clases:

- Procesos clave u operativos: Se definen como todos aquellos procesos que tienen contacto directo con el cliente, se realizan en tiempo real y son la razón de ser del hospital.
- Procesos de gestión o estratégicos: Son aquellos procesos que establecen las guías y orientaciones necesarias para que los procesos clave obtengan los resultados adecuados.
- Procesos de soporte: Son los procesos que aportan recursos, ya sean materiales, organizativos o de información, para la realización de los procesos clave.

Figura 2 Proceso De Gestión Por Procesos

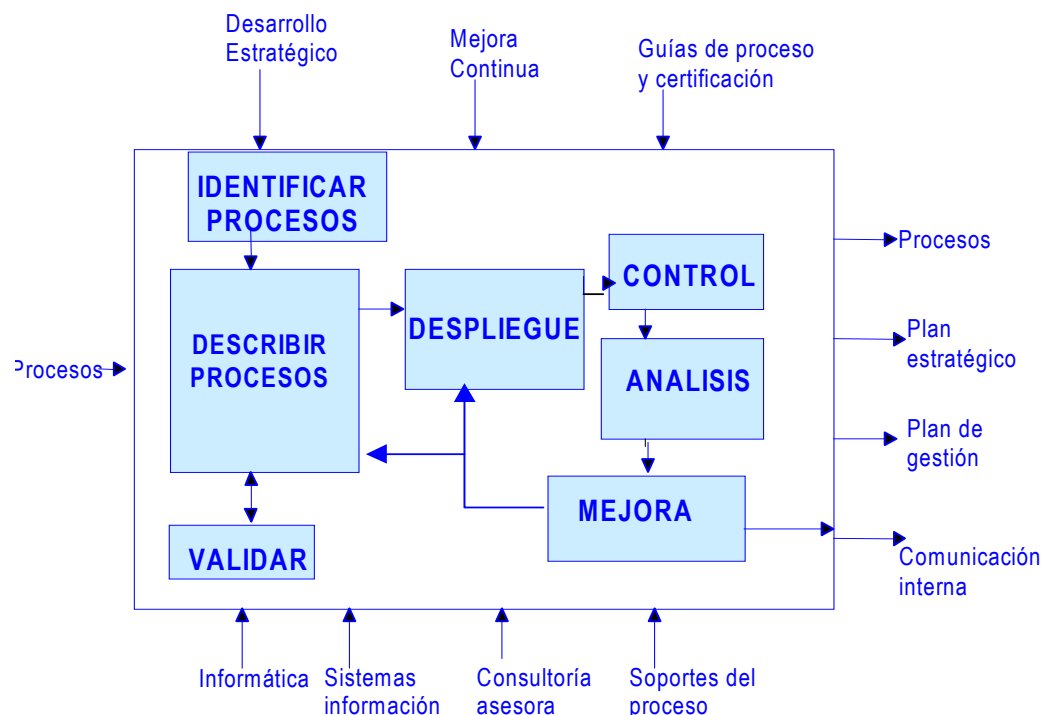


Figura3 Inventario De Procesos

MACROPROCESO	PROCESOS ASOCIADOS	TIP O	MACROPROCESO	PROCESOS ASOCIADOS	TIP O	
DESARROLLO ESTRATÉGICO	Planificación Estratégica	E	DOCENCIA	Docencia externa	C	
	Gestión Contrato Programa	E		APOYO CLINICO	Farmacia	S
	Plan de Gestión	E			Documentación clínica	S
	Actualización Planes	E			Banco de sangre	S
	Control de Gestión	E			Esterilización	S
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Voz del Cliente	S	HOSTELERIA		Cocina	S
	Voz de Atención Primaria	S		Lavandería	S	
	Voz de los Profesionales	S		Limpieza	S	
	Voz de la Sociedad	S		Jardinería	S	
	Estadística	S		Seguridad	S	
	Información Económica	S		Restauración	S	
MEJORA CONTINUA	Gestión por Procesos	E	GESTION PERSONAS	Administración de personal	S	
	Gestión Innovación	E		Estructura organizativa	S	
	Evaluación EFQM	S		Programación de actividad	S	
	Evaluación Práctica Clínica	S		Salud Laboral	S	
RELACIONES EXTERNAS	Relaciones Sistema Sanitario	E		Liderazgo	S	
	Relaciones Terceros	E		Empowerment	S	
	Alianzas	E		Reconocimiento	S	
	Sociedad	E		Comunicación interna	S	
ASISTENCIAL	Urgencias	C		GESTIÓN CONOCIMIENTO	Benchmarking	S
	Consultas Externas	C			Formación	S
	Quirófano	C	Biblioteca		S	
	Hospitalización: Tradicional (At Médica) - H. Ambulatoria - URPA	C	G. TECNOLOGÍA	Informática	S	
	Tto Ambulatorio: Rehabilitación - Hemodiálisis	C		Tecnología Sanitaria	S	
ATENCIÓN CLIENTE	Sº Atención paciente y usuario(S.A.PU)	C	G. APROVISIONAMIE NTO	Compras	S	
	G. Reclamaciones	C		Almacén	S	
	Asistencia Social	C	G. INSTALACIONES	Adecuación estructura	S	
	Asistencia espiritual	C		Gestión residuos	S	
APOYO DIAGNÓSTICO	Radiología	C	GESTION ECONOMICA	Contabilidad	S	
	Análisis Clínicos	C		Control Presupuestario	S	
	Anatomía Patológica			Facturación- cobro	S	
	Pruebas Diagnósticas	C		Tesorería	S	



## b) Descripción de Procesos

### 1) *Nombramiento de gestores*

El nombramiento de los gestores de proceso en 1999 supone el elemento más importante para establecer su propiedad y hacer posible la mejora de los mismos. Su selección se estableció a través de la línea de mando entre las personas del hospital con voluntad de cambio y mejora y con un alto grado de conocimiento de su proceso. Son los responsables de la mejora continua de sus procesos y la dirección ha delegado en ellos el poder necesario para su gestión.

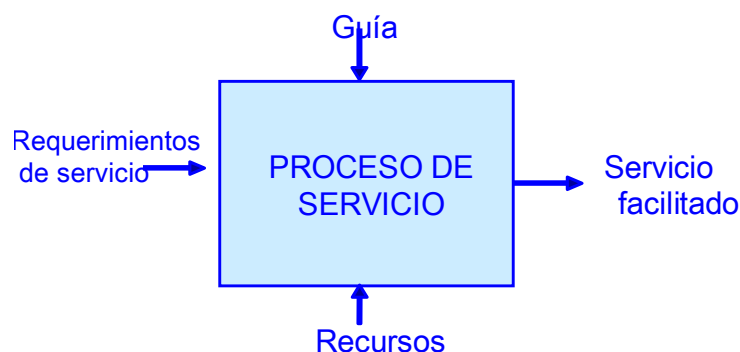
La excelente calidad técnica y humana de los profesionales del hospital ha hecho posible que todos los procesos, y algunos subprocesos de entidad suficiente, tengan un gestor. Las funciones de estas 74 personas son las siguientes:

- Asumir la responsabilidad sobre la Misión de su proceso.
- Gestionar la mejora de la efectividad y eficiencia del proceso de forma estable.
- Mantener el proceso documentado.
- Mantener la interrelación con los demás procesos estableciendo los consensos necesarios para mejorar la satisfacción de los clientes del proceso y del cliente final.

### 2) *Representación gráfica*

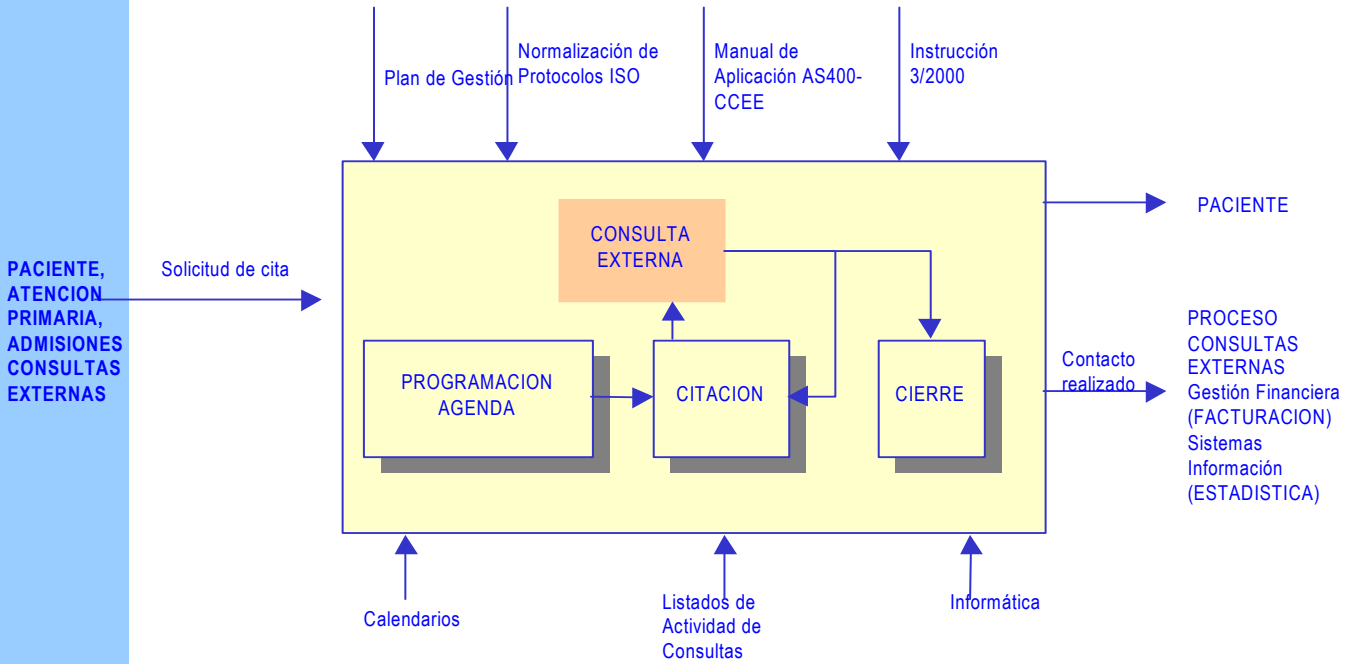
La representación gráfica, el mapeado y la definición de todos los procesos identificados se han realizado mediante la metodología IDEFØ, ya que asegura la integridad de toda la arquitectura y simplifica su representación (figura 4).

Figura 4 Representación De Los Principios IDEFØ

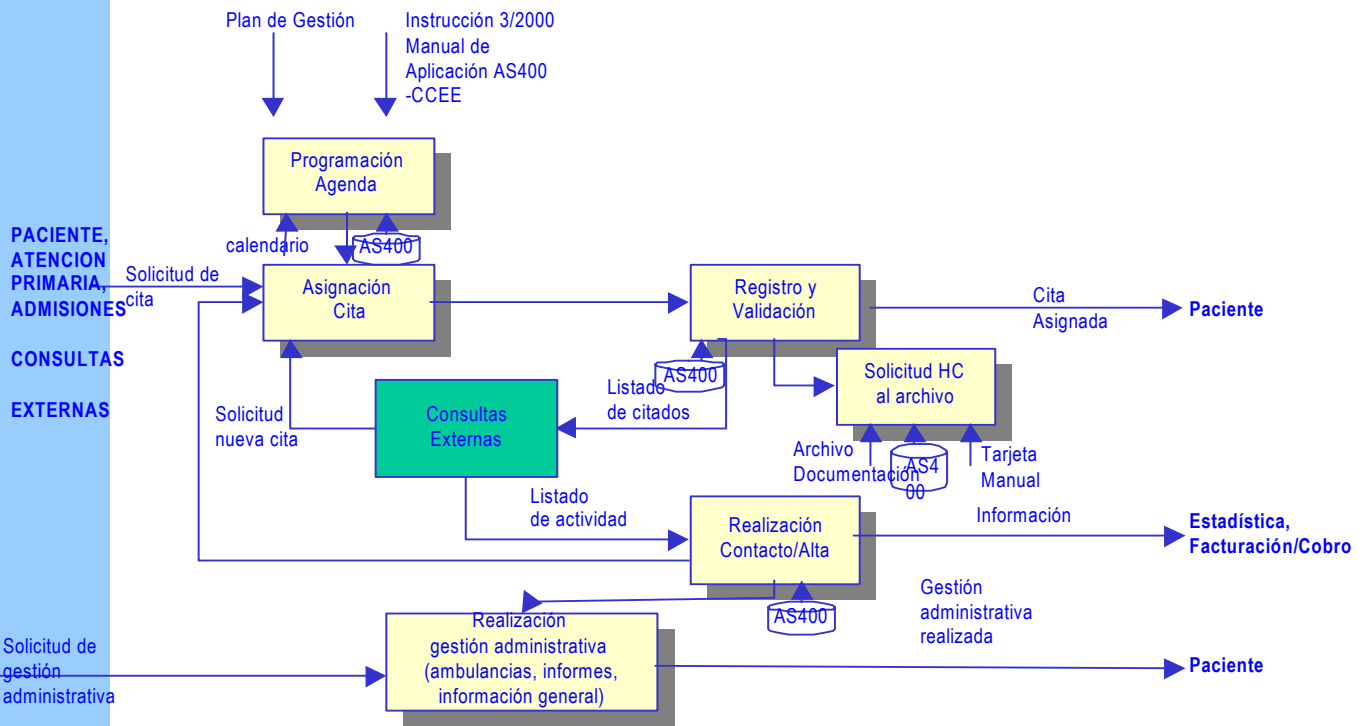


Para su elaboración se realizaron entrevistas a más de cien personas del hospital. Se han representado todos los procesos, y en el caso de los procesos clave y de soporte se han descrito los niveles 1 y 2 (subprocesos) (figura 5).

Figura 5 MAPAS DE PROCESO NIVEL 1 Y 2



PROCESO	NIV	PROPIETARIO	ACTUALIZA	CÓD
ADMISIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS	1	xxxxxxx	2003	C 3.2



PROCESO	NIV	PROPIETARIO	ACTUALIZACI	CÓDI
ADMISIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS	2	xxxxxx	2003	C3.2

Las modificaciones tras la revisión y mejora de procesos anuales y periódicas se mantienen actualizadas y disponibles en la Intranet, estando desarrollando la Facultad de Informática un soporte a medida para la gestión del sistema.

### 3) Resolución de interfases

El sistema IDEFØ tiene como uno de sus puntos fuertes el análisis y definición de las entradas y salidas (proveedores y clientes) de cada proceso, asegurando así la coordinación de las interfases de los procesos entre sí y la eliminación de actividades sin valor añadido. Los gestores de proceso son los encargados de ir acordando y mejorando dichas interfases en la gestión de sus procesos.

### 4) Descripción y documentación de los procesos (figura 6)

Figura 6- descripción de un proceso

NOMBRE DEL PROCESO				
CONSULTA XXX				
GESTOR				FECHA DE REVISIÓN
XXXXXXXXXXXXXXXX				2002
MISIÓN				
- Que: Realizar anamnesis y exploración del paciente, pedir pruebas complementarias adecuadas, hacer un diagnóstico, poner tratamiento dar información relevante y pertinente y emitir un informe				
- Para que: Aliviar o curar e informar				
- Para quien: Pacientes, servicios hospitalarios y Atención Primaria				
ELEMENTOS DEL ENTORNO DIRECTAMENTE AFECTADOS				
CLIENTE	EQUIPO HUMANO	PROVEEDORES	SOCIEDAD	SISTEMA SANITARIO
x	x			
RELACIONES CLIENTE/PROVEEDOR PRIORITARIAS				
PROVEEDOR	ENTRADAS	SALIDAS	CLIENTE	
ATENCION PRIMARIA	Paciente a diagnosticar y tratar	Paciente diagnosticado y tratado	PACIENTES	
URGENCIAS	Solicitud de informe	altas	ATENCION PRIMARIA	
SERVICIOS HOSPITALARIOS		Informe realizado	SERVICIOS HOSPITALARIOS	
PRINCIPALES INDICADORES				
- Nº de primeras y sucesivas consultas / mes / año - Nº de pacientes en lista de espera - Relación nuevos / revisiones - Demora media		- Nº consultas descitadas/Nº consultas atendidas - Resultados encuestas pacientes - Resultados encuestas Atención Primaria		
VALIDADO POR			FECHA VALIDACIÓN	
Gerente/ Director Médico			2002	

Para facilitar la metodología de diseño y gestión de los procesos se dispone de un soporte documental normalizado en el que todos los gestores han realizado su descripción, y que contempla los siguientes apartados:

- Definición de la misión del proceso, que tiene que ser coherente con la del hospital. Esta coherencia se valida por parte del ED.

- Establecimiento de los grupos de interés más afectados por su proceso con relación a la estrategia.
- Descripción de los principales proveedores y clientes de su proceso, así como de los requerimientos y servicios que tiene que ofertar, es decir, describir las necesidades del proceso respecto a sus entradas y recursos para asegurar el tratamiento de su adecuación. Este paso da coherencia a las interfaces entre los diferentes procesos.

Los procesos se diseñan en función de las necesidades de los clientes internos y externos para poder desarrollar la Misión y la estrategia del hospital.

La descripción de los procesos a partir del análisis de los clientes, proveedores, elementos del entorno afectados y recursos y guías del proceso, supone un importante elemento de integración con la misión y la estrategia del hospital, así como de integración de procesos entre sí.

#### c) Despliegue

Gestión de los procesos por parte del gestor y del equipo, estableciendo en su caso pruebas piloto, dando formación en caso necesario y dando soporte a las personas para su consecución

#### d) Análisis y Control

Establecimiento de los indicadores necesarios para la gestión del proceso tanto de actividad, como de calidad técnica y calidad percibida. Estos indicadores deben permitir medir el grado de acercamiento a la misión, así como el cumplimiento de los objetivos establecidos en el plan de gestión anual.

## 2. Procedimientos / Protocolos

Los procesos se representan y describen por niveles hasta llegar al nivel de los procedimientos operativos. (Figura 7)

Como complemento, tanto la elaboración como la actualización de protocolos y procedimientos se han incorporado al proceso de Gestión por Procesos.

El proceso marca y define lo que hay que hacer. En base al proceso establecido se desarrollan los procedimientos correspondientes que establecen las instrucciones operativas o el cómo hacerlo para conseguir la materialización del proceso.

Figura 7 Representación De Niveles

Nivel	Representación	Características	Proceso
Hospital	Mapa	Procesos del hospital e interrelaciones	Gestión por Procesos
Proceso	Diagrama IDEF 1	Documentación de proceso	Gestión por Procesos
Subproceso	Diagrama IDEF 2	Documentación de subproceso	Gestión por Procesos
Procedimiento	Diagrama de flujo	Instrucciones operativas	Aseguramiento y Normalización Protocolos

Los protocolos y procedimientos son elaborados en función de aportar la máxima utilidad al cliente. Son realizados por los distintos gestores de proceso, de forma individual o mediante grupos de trabajo que a veces cuentan con apoyo externo, y desde 2003 cuentan con el apoyo metodológico del gestor de Evaluación de Práctica Clínica. Además de asegurar la sistemática y evaluación, estos procedimientos facilitan la eficacia del personal de nueva incorporación.

Merece una mención especial el impulso experimentado para la actualización y gestión de los protocolos de enfermería mediante el programa Zaineri, que permite que más de 150 protocolos estén disponibles en soporte informático para su aplicación personalizada en los pacientes ingresados.

Paralelamente a este cambio en el sistema de gestión se han seguido elaborando y actualizando protocolos de actuación para contribuir a la estandarización y mejora de diversos procesos del hospital tanto en el área asistencial como en el área administrativa.

Por razones de hábito y comprensión en el lenguaje, los procedimientos del área asistencial se denominan protocolos o vías clínicas, aunque en ambos casos son documentos que definen cómo se hacen las actividades más relevantes de cada proceso.

Como complemento a este sistema que afecta a todos los procesos, desde 1999 se ha impulsado la Certificación ISO, planificando su extensión a los procesos de soporte del hospital, atención al cliente y apoyos diagnósticos. Así mismo, la gestión medioambiental está en vías de certificación con la norma ISO 14001. Actualmente están certificados bajo la norma ISO 9000:2000 catorce procesos y en vías de certificación otros diez. En ellos se mantiene la sistemática de gestión de procesos descrita y la certificación refuerza y asegura la documentación, los requisitos de cliente, las auditorías internas y permite un reconocimiento externo.

El seguimiento de los procesos parte de la fijación de objetivos y planes de acción que se derivan de la planificación estratégica del hospital y se plasman en el plan de gestión. Así mismo se incorporan en el plan las acciones de mejora anuales priorizadas por los gestores y coherentes con la política y estrategia del hospital.

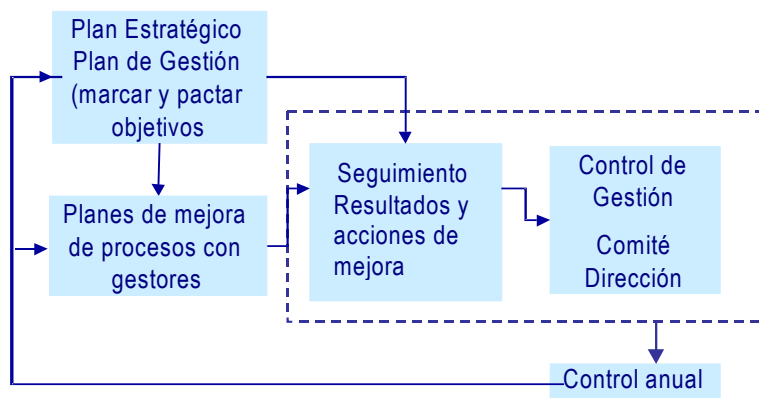
Los gestores de proceso siguen con la periodicidad establecida los indicadores, la marcha del proceso y su cumplimiento, estableciendo las medidas correctoras adecuadas ante las posibles desviaciones.

Además el ED establece una supervisión del proceso, para asegurar el alineamiento con los objetivos y planes de la organización, mediante el seguimiento de los resultados y las reuniones con los gestores. Estas evaluaciones también originan acciones correctoras o de mejora cuando es necesario.

En la figura 8 se representa la integración del sistema de gestión con la estrategia, los planes de acción, las directrices del control de gestión, su puesta en marcha mediante los procesos y las modificaciones consecuentes en función de los resultados obtenidos. Antes de que dichas modificaciones sean integradas en el plan estratégico y plan de gestión, el ED valida los resultados y las acciones de mejora propuestas.

### SEGUIMIENTO DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS PROCESOS

Figura 8 Seguimiento De Procesos



La identificación de los procesos que se gestionan en el hospital se recoge en la figura 2. La sistemática descrita en el enfoque se ha llevado a cabo en todos los procesos identificados en el inventario, cubriendo de esta forma el 100% de las áreas del Hospital y a la totalidad de los profesionales.

### PROCESO DE CONTROL Y MEJORA DE PROCESOS

La revisión y mejora de nuestros procesos parte de la necesidad de dar respuesta a las necesidades y expectativas de nuestros clientes y grupos de interés definidos. En función de ellas se establece el desarrollo estratégico del hospital y se incorporan los planes adecuados en el PG. La necesidad de mejorar parcial o radicalmente un proceso surge de diversas fuentes de información como se detalla en la 9.

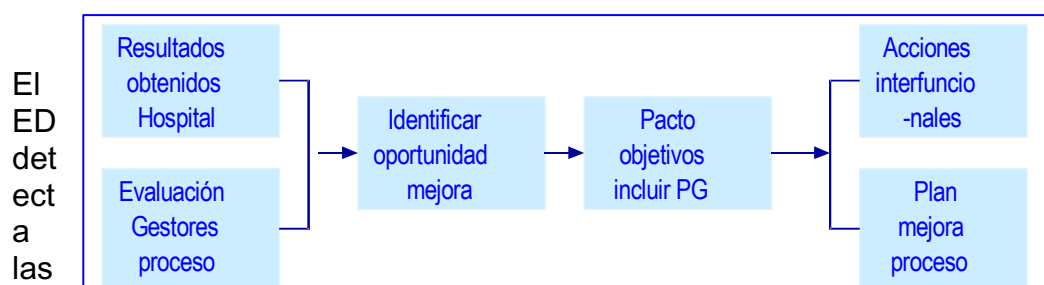
Figura 9 Detección Áreas De Mejora

fuentes de detección de áreas de mejora	características
Indicadores de Plan de Gestión y Plan Estratégico	Medir evolución de planes de gestión establecer las correcciones adecuadas.
Encuestas de clientes externos, Atención Primaria, Sociedad y profesionales del Hospital.	Conocer necesidades y expectativas de grupo de interés.
Sugerencias grupos de interés: equipos de trabajo y mejora, comisiones, reuniones servicios, asociaciones, A. Primaria.	Evaluar las sugerencias aportadas por los distintos grupos de interés y su nivel de satisfacción
Detección de mejores prácticas: Benchmarking	Conocer y evaluar las experiencias otros Centros
Planes y sugerencias de la Organización Central/ Departamento de Sanidad.	Evaluar las sugerencias aportadas e implantar acciones de mejora
Áreas de mejora de la evaluación EFQM	Conocer cuales son aquellas áreas que deberíamos mejorar.
Evaluación de los gestores de proceso	Evaluar la posibilidad de implantar nuevas acciones de mejora para un mejor funcionamiento del proceso.
Evolución tecnológica	Conocer y evaluar los avances tecnológicos

Figura 9 Detección Áreas De Mejora

Los resultados obtenidos en el hospital y las necesidades detectadas por los mecanismos expuestos anteriormente dan lugar a la identificación de las oportunidades de mejora como se señala en la figura 10.

Figura 10 Identificación De Mejoras



...cesidades y establece planes de mejora en aquellos objetivos que afectan de forma general a la organización o se derivan del desarrollo estratégico.

La mayor parte de las necesidades de mejora en los procesos se detectan y proponen por parte de los gestores de proceso. La metodología descrita asegura de una forma sistemática que se tienen en cuenta los grupos de

interés, los clientes del proceso y que los resultados obtenidos se evalúan con los indicadores establecidos.

Así mismo, el diseño gráfico de los procesos y el análisis de sus entradas y salidas permite eliminar actividades que no aportan valor añadido al resultado final. Por ejemplo se han eliminado informes que se realizaban periódicamente sin disponer de un cliente interno que los utilizase.

Desde el primer trimestre de 2000 se establece la siguiente sistemática de mejora de los procesos: los gestores de proceso, en función de la misión a conseguir y los indicadores utilizados, realizan una evaluación de su proceso mediante una matriz DAFO (figura 11) en la que se tienen en cuenta tanto las debilidades y amenazas externas al proceso como las fortalezas y oportunidades internas. Como consecuencia de esta evaluación, que se revisa anualmente y es validada por el ED, se priorizan de dos a cinco acciones de mejora para realizar durante el año. Estas acciones se estudian por parte del ED, incorporándose al PG aquellas que son viables y apoyan el desarrollo de la estrategia. En caso de ser rechazadas (menos de un 5 %) se explica al gestor las razones de la no aceptación. Las acciones de mejora que por su menor impacto no se incorporan en el PG son responsabilidad del gestor que tiene autonomía plena para su implantación.

Figura 11 DOCUMENTO DE EVALUACIÓN Y DAFO DE PROCESOS

NOMBRE DEL PROCESO			
VOZ DEL CLIENTE			
GESTOR			FECHA DE REVISIÓN
Gerente			Mayo 2002
E CONTRIBUCIÓN EXTERNO AL PROCESO			
AYUDAS :		BARRERA :	
- Apoyo metodológico de Osakidetza		- Falta desarrollo de encuestas en algunas áreas (rehabilitación, diálisis, hospital de día)	
- Benchmarking con otros hospitales		- No comparabilidad con el SNS	
- Alta aceptación por los clientes			
- Apoyo de empresa externa			
- Apoyo y cultura del equipo humano			
FACTORES DE CONTRIBUCION EXTERNOS AL PROCESO			
PUNTOS FUERTES :		OPORTUNIDADES :	
- Proceso de encuestas anuales sistemático		- Difusión a todos los grupos de interés	
- Disponibilidad de series temporales		- Demora en la elaboración de informes	
- Comunicación de resultados a los servicios		- Información sintetizada	
- Participación de la dirección en los grupos		- actas formales de las reuniones	
- Nuevo sistema informático de quejas			
ACCIONES :		RESPONSABLE	FECHA FIN.:
- Elaborar información sintetizada para la difusión a todo el equipo humano mediante la revista		Gerente	3-2000
- Captación de las necesidades y expectativas en rehabilitación y diálisis mediante grupos focales		Gerente/Grupo de proceso	6-2000
			ESTADO *:
			Programado
			Pendiente

Las acciones de mejora aceptadas disponen de un soporte documental específico para facilitar su seguimiento por parte del gestor de proceso; consta de responsable, fecha de realización y un seguimiento del estado de evolución del mismo. La detección de las desviaciones y el establecimiento de medidas correctoras pasan a ser responsabilidad de



estos gestores de proceso que siguen su evolución mediante los indicadores.

Cuando la mejora está implantada pasa a ser un elemento más del proceso y sigue la sistemática descrita. Las acciones o modificaciones del proceso se comunican a los interesados y están disponibles en la Intranet del hospital.

Las revisiones del sistema de calidad de los procesos que realizan la certificación ISO detectan mediante las auditorías acciones de mejora que se incorporan así mismo a los procesos.

Además existen equipos de trabajo que posibilitan la detección, propuesta de acciones y seguimiento de las mismas cuando afectan a áreas interfuncionales o a múltiples procesos (Infecciones, emergencias, C. Técnico, Comité Medioambiental...). Esto permite a su vez la participación en las mejoras de profesionales del hospital que no sean gestores.

Las acciones de mejora de mayor envergadura y que implican de forma global a la estrategia del hospital dan lugar a proyectos de innovación, como la misma gestión por procesos.

Este sistema de gestión, la creatividad de los profesionales y el apoyo de los líderes estimula que las personas aporten ideas innovadoras, existiendo múltiples ejemplos en la memoria.

Para aumentar su capacitación en la mejora, se han realizado desde 1999 una formación más intensiva de los gestores y participantes en grupos de trabajo en diversas herramientas de mejora (figura 12). Esta formación se consolida y refuerza con la ayuda personal que los directivos aportan tanto para formación como para la resolución de problemas metodológicos a todos los gestores.

Figura 12 Herramientas De Mejora

Herramientas de mejora	Características
Diagramas de flujo, análisis causas, brainstorming, grupos focales...etc.	Detección y priorización de problemas
Rediseño de procesos	Adecuar los procesos incorporando los cambios producidos
Equipos de trabajo y mejora	Resolución de problemas y sugerencias de mejoras
Resolución de problemas	Metodología de análisis causal
Trabajo en equipo	Capacitación en técnicas de trabajo en equipo y gestión de procesos para equipos de proceso
Modelo EFQM	Calidad Total

Son numerosas las modificaciones realizadas en los procesos mediante esta metodología. El mayor número se ha producido en el área asistencial basándose en las necesidades del cliente final (cirugía laparoscópica, técnicas anestésicas, hostelería, información...). Existen ejemplos de mejora basada en todos los grupos de interés a lo largo de la memoria principalmente en los apartados de evaluación y revisión.

### **SISTEMÁTICA DE REVISIÓN DEL SISTEMA**

La implantación de este sistema de gestión por procesos está sometida a una sistemática continua de revisión en todos sus pasos y a una evaluación de sus resultados mediante los indicadores establecidos en cada proceso, así como en los objetivos del hospital.

La evaluación y revisión del sistema se realiza a diferentes niveles:

- a) Procesos y protocolos: Todos los años se evalúa su evolución y en función de ello se han incorporado procesos o se han variado procedimientos. Además el ED evalúa los procesos junto con los gestores mediante los indicadores de proceso. Esto supone así mismo una entrada de información para la evaluación global del sistema.
- b) Sistema: La novedad del sistema en organizaciones hospitalarias ha exigido una especial atención a valorar su comprensión por parte de las personas y a la efectividad para conseguir el cambio y la mejora. Por ejemplo durante los primeros meses de su implantación en 1999 la evolución y bondad del sistema fue evaluada con el apoyo de un grupo multidisciplinar (equipo de gestión) encargado tanto de la implantación como de erigirse en grupo focal de las personas.

Anualmente el ED, tomando como base las aportaciones de los gestores, comisiones, grupos de trabajo y las percepciones de los grupos de interés, realiza una evaluación cualitativa del sistema que enriquece el análisis.

Después de la primera elaboración del inventario y mapa de procesos hecha en diciembre de 1998 se han realizado tres procesos de evaluación y revisión del sistema por parte del ED, teniendo en cuenta las evaluaciones EFQM, el Benchmarking y los resultados obtenidos del PG, que han originado diversas modificaciones al mismo.

La primera, realizada en 2000 originó el cambio de nombre de algunos procesos, la incorporación de otros nuevos, el sistema de clasificación y una apuesta decidida por el *empowerment*.

La revisión realizada en 2002, dentro del diagnóstico del PE condujo a la definición de los macroprocesos, un nuevo proceso de gestión (Mejora Continua), un nuevo mapa de procesos y el alineamiento de los procesos con la estrategia a través de los objetivos.

En 2003 se diseña un nuevo mapa, se modifican algunos macroprocesos, se comienzan a diseñar como tales nuevos procesos (Alianzas Externas, G. Tecnología, G. Innovación, G. Conocimiento, Procesos de Personas), se incorpora la figura de coordinadores para la implantación del SGC de la

ISO, se elabora un manual para los gestores y se actualizan los cursos de formación para los gestores.

Como indicadores directos disponemos de resultados de las encuestas de personas que señalan a más de un 60 % satisfecho con la organización de procesos, resultados de % de procesos descritos y diseñados (100%) y las acciones de mejora realizadas como fruto de esta metodología que dan lugar a cumplir la misión de la gestión por procesos, mejorar los resultados de los procesos (figura 13).

*Figura 13* Implantación Acciones De Mejora

<b>Año</b>	<b>Nº Acciones mejora propuestas</b>	<b>Nº A. de mejora implantadas</b>
<b>1999</b>	<b>235</b>	<b>172</b>
<b>2000</b>	<b>108</b>	<b>99</b>
<b>2001</b>	<b>141</b>	<b>135</b>
<b>2002</b>	<b>238</b>	<b>206</b>



*Índice y preguntas iniciales*

*Introducción*

*Desarrollo del Tema*

**Resumen ideas**

**Conceptos básicos**

*Bibliografía*

## CONCEPTOS BÁSICOS

- Gestión de calidad
- Procesos estratégicos
- Procesos clave
- Procesos de soporte
- La gestión por procesos
- Protocolos
- Guía de práctica clínica
- Vías clínicas
- Mejora de procesos



*Índice y preguntas iniciales*

*Introducción*

*Desarrollo del Tema*

*Resumen ideas*

*Conceptos básicos*

**Bibliografía**

*DIRECCIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA. OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD. EUSKO JAULARITZA-GOBIERNO VASCO. Guía para la Gestión de Procesos. Vitoria, 1999.*

*CONSEJERÍA DE SALUD. GUÍA DE DISEÑO Y MEJORA CONTINUA DE PROCESOS Asistenciales. Sevilla. Junta de Andalucía: 2001.*

*CONSEJERÍA DE SALUD PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO. CEFALIAS. SEVILLA. Junta de Andalucía: 2002.*

*REVISTA CALIDAD ASISTENCIAL. MONOGRÁFICO SOBRE GESTIÓN DE PROCESOS, 1999; 14 (4).*

*MEDICINA CLÍNICA. MONOGRÁFICO SOBRE MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA (I). 2000; 112 (suplemento 1).*

*MEDICINA CLÍNICA. MONOGRÁFICO SOBRE MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA (II). 2000; 114 (suplemento 2).*

*MEDICINA CLÍNICA. MONOGRÁFICO SOBRE INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD. 2000; 114 (suplemento 3).*

*MORA MARTÍNEZ JRT, ARRIBAS LÁZARO B, LÓPEZ JIMÉNEZ E, FERRER ARNEDO C, MORA MARTÍNEZ JR, NAVARRO MARTÍNEZ M, ET AL. GUÍA METODOLÓGICA PARA LA GESTIÓN CLÍNICA POR PROCESOS. Aplicación en las organizaciones de enfermería. Díaz de Santos Madrid 2003. ISBN 84-7978-583-7*

*BELTRÁN SANZ J, CARMONA CALVO MA, CARRASCO PÉREZ R, RIVAS ZAPATA MA, TEJEDOR PANCHÓN F. GUÍA PARA LA GESTIÓN BASADA EN PROCESOS. Ed. Euskalit y Fundación Valenciana de la Calidad. Zamudio2002, Valencia 2003. ISBN: 84-923464-7-7*

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Millbank Memorial Fund Quarterly 1966; 44:166-206.
- <sup>2</sup> Aranaz JM<sup>a</sup>, Vitaller J. Aseguramiento de la calidad y acreditación sanitaria. Estudios para la salud, nº 4. Generalitat Valenciana. Valencia, 2003.
- <sup>3</sup> Aranaz JM, Mira JJ, Lorenzo S, Barbeito E. La valoración de los resultados generales de la actividad asistencial en los servicios de cirugía. Cirugía Española, 1999; 66:433-44.
- <sup>4</sup> Mira JJ, Aranaz JM, Blanco MA, García E, Martínez B, Lizán M, Navarro JF, García S, García A, Jiménez M, Biurrun A, Díez A, Carballo F, Sáinz A. Calidad Relacional y satisfacción del usuario. En Rodríguez Pérez P y García Caballero J. Calidad en la atención sanitaria. Conceptos teóricos y aplicaciones prácticas. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Higiene y Salud Pública. Sociedad Española de Calidad Asistencial. MSD-Medicina Basada en la Evidencia. Madrid, 2001.
- <sup>5</sup> Mira JJ, Aranaz JM<sup>a</sup>. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med Clín (Barc) 2000; 114(Supl 3):26-33.
- <sup>6</sup> Lorenzo S, Aranaz JM<sup>a</sup>, Ruiz P, Silvestre MC, Mira JJ. Indicadores para monitorizar la calidad en cirugía. Cirugía Española 1999; 66: 245-9.
- <sup>7</sup> European Foundation for Quality Management. Autoevaluación: Directrices para el Sector Público. Club Gestión de Calidad, Madrid 1997.
- <sup>8</sup> Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. N Engl J Med 1989; 320:53-6.
- <sup>9</sup> Moracho O. Gestión de procesos y Modelo Europeo de Excelencia en el Hospital de Zumarraga Hospital: evaluación y mejora continua. Rev Calidad Asistencial 2000; 15:140-8.
- <sup>10</sup> Moracho O, Colina A, Amondarain MA, Aguirre L, Ruiz E. Experiencia práctica del proceso de evaluación externa con el Modelo de Excelencia de la EFQM en el Hospital de Zumarraga. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:322-9.
- <sup>11</sup> Arcelay A, Bacigalupe MT, de la Puerta E, Días G, García M, González MG Letona J, López G, Martínez-Conde AE, y cols. Guía para la Gestión de Procesos. Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Eusko Jaularitz-Gobierno Vasco. Vitoria, 1999.
- <sup>12</sup> Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. Gestión de calidad total y medicina basada en la evidencia. Med Clín (Barc) 2000;114:460-3.
- <sup>13</sup> Lorenzo S. ¿Gestión de procesos en asistencia sanitaria? Rev Calidad Asistencial 1999; 4:243-4.
- <sup>14</sup> Arcelay A. Gestión de procesos. Rev Calidad Asistencial 1999; 14:245-6.
- <sup>15</sup> López Revuelta K, Lorenzo S, Gruss E, Garrido MV, Moreno JA. Aplicación de la gestión por procesos en Nefrología. Gestión del proceso de hemodiálisis. Nefrología 2002; 22: 329-39.
- <sup>16</sup> Costa JM. Metodología del diseño de procesos. Cuadernos de Gestión 1998;4:17-22.
- <sup>17</sup> <http://www.idef.com>
- <sup>18</sup> Moracho O. Arquitectura de procesos en el Hospital de Zumarraga. Qualitas Hodie 1999; 7: 60-5.
- <sup>19</sup> Consejería de Salud. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Junta de Andalucía, 2001.
- <sup>20</sup> Euskalit. Guía para una gestión basada en procesos. 2002
- <sup>21</sup> Badía X, Bellido S. Técnicas para Gestión de la Calidad. Ed. Tecnos SA. Madrid,1999.



---

<sup>22</sup> Galloway D. Mejora continúa de procesos. Barcelona: Ediciones Gestión 2000:1998.

<sup>23</sup> Ellis BW, Johnson S. A clinical view of pathways of care in disease management. *Int J Health Care Quality Assurance* 1997; 10:61-6.

<sup>24</sup> García Caballero J, Díez Sebastián J, Rodríguez Pérez P, Ureña V, de la Rosa Rodríguez G, Latorre Guisasola M. Los programas de mejora de la calidad en la atención hospitalaria. En Rodríguez Pérez P y García Caballero J. *Calidad en la atención sanitaria. Conceptos teóricos y aplicaciones prácticas*. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Higiene y Salud Pública. Sociedad Española de Calidad Asistencial. MSD-Medicina Basada en la Evidencia. Madrid, 2001.

<sup>25</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Estándares de acreditación de hospitales*. Fundación Avedis Donabedian. Barcelona, 1997.

<sup>26</sup> Antoñanzas A, Magallón R. Medición de la calidad: criterios, normas, estándares, requisitos, indicadores. En: Saturno J, Gasgón JJ, Parra P. *Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria*. Du Pont Pharma. Madrid 1997.

<sup>27</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Características de los indicadores clínicos. *Control de Calidad Asistencial*, 1991; 6:65-74.

<sup>28</sup> Vianney, JM. El estándar como instrumento para optimizar la eficiencia clínica. *Hospital* 2000, 1990; 4:95-100.

<sup>29</sup> Chassin MR. Standards of care in medicine. *Inquiry* 1988; 25:437-53.

<sup>30</sup> Comisión Clínica de Infecciones. *Guía para la prevención y control de la infección en el hospital*. Hospital La Paz. Madrid, 1998.

<sup>31</sup> Fundación Hospital Alcorcón. *Memoria 2003*. Madrid, 2004.

<sup>32</sup> Arcelay A, Bacigalupe MT, de la Puerta E, Días G, García M, González MG Letona J, López G, Martínez-Conde AE, y cols. *Guía para la Gestión de Procesos*. Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Eusko Jaularitza-Gobierno Vasco. Vitoria, 1999.