

Gestión por procesos: su utilidad en Atención Primaria

S. Lleras Muñoz

Médico de Familia. Jefe de Servicio de Programas Asistenciales. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Valladolid

INTRODUCCIÓN

La preocupación por la mejora de la calidad asistencial en los servicios sanitarios y en Atención Primaria forma parte del lenguaje cotidiano de los profesionales, gestores, políticos y también de los usuarios. En este ambiente favorable se habla de nuevos enfoques de gestión y de técnicas de evaluación y mejora de la calidad que, con frecuencia, provocan una cierta confusión entre los profesionales sanitarios, que acaban perdiéndose entre una especie de jerga que no se entiende y que atribuyen a las nuevas «modas» de los gestores. En parte, ello se debe a los siguientes factores:

—Por una parte, se habla de nuevas herramientas de la calidad, pero se olvidan los conceptos y principios que las sustentan, de forma que se desconoce *para qué* se aplican y *cuál* es su utilidad en los servicios sanitarios.

—Por otra parte, se piensa que las nuevas técnicas proceden de la empresa privada y que, en consecuencia, no pueden trasladarse sin más a los servicios públicos.

—Por último, la confusión se deriva también a que no se tiene claro cuál es la responsabilidad de los diferentes niveles de la organización en la mejora de la calidad: ¿es un problema de los gestores?, ¿depende de la estrategia del conjunto de la institución?, ¿qué tiene que hacer el profesional?

En este artículo se pretende describir una de las técnicas de la gestión de la calidad, la gestión por procesos, una de las técnicas «de moda» de la mejora de la calidad. Se pretende clarificar los conceptos básicos y sus aplicaciones a diferentes niveles de las instituciones sanitarias y, especialmente, en los centros de salud. Se concluye con un apéndice sobre la metodología, de la que solamente se revisarán sus elementos básicos.

Correspondencia: Dr. S. Lleras Muñoz.
Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.
Pº de Filipinos, s/n.
47007 Valladolid.

¿QUÉ ES LA GESTIÓN POR PROCESOS?

Para comprender el concepto y el significado de la gestión por procesos debemos tener en cuenta:

—Por una parte, la evolución de las necesidades sociales y del “mercado sanitario” y los cambios que afectan a las organizaciones de servicios, en consonancia con aquellas.

—Por otra parte, la evolución del concepto y el significado de la calidad y de los enfoques y estrategias de la gestión orientadas a lograr los mayores niveles de calidad.

En el primer punto, son conocidos los problemas que afectan a la totalidad de los sistemas sanitarios en los países desarrollados: crecimiento de la demanda, envejecimiento de la población, nuevas expectativas de los pacientes, explosión tecnológica, expectativas de los profesionales, necesidad de contener el crecimiento de los costes, etc. La forma de responder a todos estos problemas es diferente, dependiendo sobre todo de la historia y de la cultura de los sistemas sanitarios, pero es posible definir un conjunto de necesidades comunes a todas las organizaciones sanitarias: la velocidad de respuesta, la flexibilidad, la necesidad de centrarse en los servicios (concepto más amplio que el de producto sanitario, entendido como actuación técnica de los profesionales), la innovación, costes competitivos, etc. Estos elementos exigen nuevas formas organizativas y nuevas herramientas, pero sobre todo cambios importantes en la cultura y en la actitud de las personas.

Con relación al segundo apartado, los cambios en el significado de la calidad y en las estrategias de gestión, es posible, aun a costa de resultar excesivamente esquemático, diferenciar tres etapas históricas, cada una de las cuales incorpora sucesivamente las características de la anterior en una evolución acumulativa (fig. 1).

—El enfoque más «genuino» de la calidad hace referencia al producto final: se trata de que los productos o los servicios sean intrínsecamente buenos. En el sector sanitario, este enfoque equivale a confiar la calidad al profesional y a su relación con el usuario. La formación, la actitud y los recursos con los que cuenta el profesional propician una calidad técnicamente correcta. El profesional se vale, para ello, de la opinión de los expertos, su propia expe-

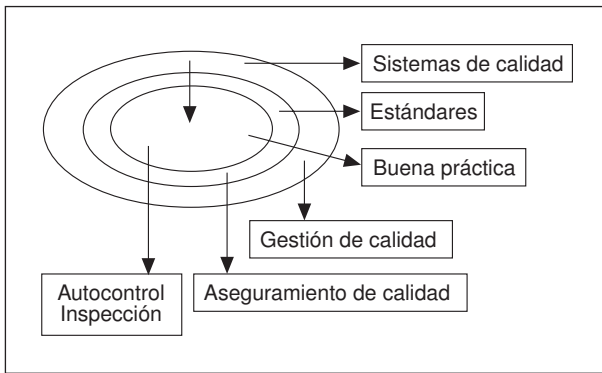


Figura 1. Esquema de la evolución histórica de la gestión de calidad.

riencia y, sobre todo, de la medicina basada en la evidencia. Los enfoques de la gestión de la calidad, a nivel institucional, se centran en controlar la seguridad de los productos o de los servicios prestados, y se recurre a la utilización de técnicas de control de la calidad y a la inspección con el fin de asegurar que se cumplen ciertos estándares, especialmente en ciertos servicios (radiología, laboratorios, etc.). Puede apreciarse que, en este enfoque, lo que se pretende es evitar producir daño, o lo que es lo mismo, se apela a la ética profesional, salvo en aquellos servicios que, por imperativo legal, deben reunir condiciones estrictas y cumplir ciertas normas.

—El segundo enfoque define la calidad pensando no sólo en las características intrínsecas del producto o servicio, sino en la capacidad del mismo para satisfacer las necesidades y expectativas del cliente. De esta forma, una prestación sanitaria puede ser técnicamente correcta, pero puede no satisfacer las expectativas del cliente si éste tiene que esperar más tiempo de lo razonable, si no recibe la información precisa sobre el servicio o si las diferentes prestaciones que recibe no están coordinadas entre sí. En la calidad influyen otros factores, aunque se sigue considerando esencial la buena práctica del profesional. Al igual que la práctica clínica, la calidad se institucionaliza: empieza a ser una preocupación de la organización y por tanto ésta tiene que garantizar que se cumplen ciertos estándares. En un principio, estos estándares son fundamentalmente de estructura: se valora la capacidad de los centros para prestar servicios sanitarios. Con el tiempo estos estándares se extienden al proceso de atención e incluso a los resultados, surgiendo los mecanismos de acreditación externa de centros sanitarios (destacando en este sentido la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*). En esta fa-

se, empiezan a surgir programas de calidad en los centros, así como las guías clínicas y protocolos, normas técnicas, etc. y se realizan auditorías internas. Representa un salto cualitativo respecto a la etapa anterior: se pasa del imperativo ético al imperativo profesional; de la calidad como atributo intrínseco a la calidad como variable medible, y por tanto evaluable. No obstante, la gestión de la calidad es una preocupación exclusiva de los gestores y de algunos centros de élite, que alcanzan altos estándares de calidad.

—El problema surge cuando se producen cambios constantes que obligan a las organizaciones sanitarias a adaptarse de forma rápida, cuando los propios estándares cambian y, sobre todo, cuando la calidad se convierte en un imperativo social. En este momento, la calidad tiene que pasar de ser una cualidad de los buenos profesionales o de los buenos centros, para convertirse en una variable estratégica de cualquier organización de servicios. La gestión de la calidad pasa a ser una responsabilidad de todas las personas y no sólo de los gestores. Este nuevo enfoque vincula el concepto de calidad con todo el sistema de gestión de la organización, de forma que se pasa de ser un centro que presta servicios de calidad a un centro gestionado con calidad. La responsabilidad del profesional sigue siendo de vital importancia y también lo es la existencia de estándares o normas técnicas (vinculadas, o no, con mecanismos de acreditación), pero, además, es necesario que el comportamiento de toda la organización se oriente en una misma dirección con el fin de alcanzar los objetivos de calidad. Se necesita un sistema de gestión de la calidad, que incluye un plan de calidad, una estructura organizativa que facilite su implantación y unos métodos y técnicas que permitan evaluar y mejorar la calidad asistencial.

Un centro de salud es una organización sanitaria. Como organización, podemos visualizarla desde una perspectiva estática, fijándonos en su estructura, o bien podemos observarla desde una óptica dinámica, tratando de comprender su misión y cómo se organizan las personas y los recursos para cumplirla. Gestionar es, justamente, encontrar la mejor forma de organizar un grupo de personas y de recursos para alcanzar unos objetivos. La gestión de la calidad es la planificación, implantación y revisión de las personas, recursos y procesos para lograr los mejores resultados posibles (en términos de eficacia, efectividad, eficiencia, satisfacción de las personas y de los clientes e impacto social).

Los enfoques de gestión de la calidad total difieren sustancialmente de los sistemas de gestión tradicionales (tabla 1) y esta diferencia es más acusada si prestamos atención

Tabla 1. Diferencias entre la gestión funcional y la gestión por procesos

Organización por departamentos, áreas especializadas o niveles	frente a	Organización orientada a los procesos
Autoridad basada en direcciones por niveles o departamentos	frente a	Autoridad basada en responsables de proceso
Principio de jerarquía y control	frente a	Principio de autonomía y autocontrol
Burocracia y centralización de decisiones	frente a	Flexibilidad y descentralización
Papel del gestor enfocado al control y la vigilancia	frente a	Papel del gestor enfocada al apoyo y supervisión
La cuestión es cómo hacer correctamente las cosas	frente a	La cuestión es cómo hacer correctamente las cosas correctas
Las mejoras alcanzan sólo al departamento o área de trabajo	frente a	Las mejoras trascienden las áreas de trabajo e incluso los diferentes niveles

a la forma en que se organizan y se dirigen. Existen modelos de referencia, como el modelo europeo de excelencia (EFQM), que nos ayudan a construir sistemas de gestión enfocados a la calidad total.

La gestión por procesos es una técnica de gestión de la calidad que tiene sentido en aquellos sistemas de gestión inspirados en los principios de la calidad total. E. Obeng recomienda a todas las personas que trabajan en cualquier organización que se formulen las siguientes preguntas:

- ¿Por qué hago esta tarea?
- ¿Dónde la hago?
- ¿Cuándo y durante cuánto tiempo?
- ¿Qué otras personas participan en la ejecución de la tarea?
- ¿A quién afecta esta tarea dentro y fuera de la empresa?
- ¿Qué recursos empleo?
- ¿Qué información necesito para ejecutarla?

La respuesta a estas preguntas, y alguna otra, es la mejor definición de la gestión por procesos. Añadamos una última cuestión que completa el cuadro: ¿puedo hacerla mejor: acortar los tiempos, disminuir o eliminar la burocracia o incluso rediseñar completamente la tarea? ¿Qué puedo aprender de otras personas o equipos que realizan tareas similares?

La gestión por procesos permite orientar las actividades que realizan las personas hacia otras personas de la organización o hacia los clientes externos. La gestión por procesos incluye todas aquellas técnicas que permiten identificar, definir, documentar, controlar y mejorar los procesos que tienen lugar en una organización. La clave para comprender la gestión por procesos está en pensar en lo que hacemos y preguntarnos *por qué y para quién*, y no sólo *cómo* lo hacemos.

En un centro de salud, el auxiliar administrativo coge el teléfono y realiza una cita de un usuario. La cita es una tarea, el proceso sería el de citas o programación de consultas. Este proceso tiene unos objetivos (aunque posiblemente no estén documentados). El cliente es el usuario que solicita la cita. Este proceso no tiene definidos indicadores explícitos que permitan conocer si se cumplen los objetivos.

El proceso puede sufrir variaciones, que pueden ser lógicas en muchas ocasiones (provocadas por las características de los usuarios, las tecnologías disponibles, las variaciones en la carga de trabajo, etc.), pero que en otras ocasiones pueden no ser aceptables (escasa habilidad del personal, mala organización del servicio, etc.). El problema es que, generalmente, se desconoce el margen de variación y sus causas, de forma que el proceso está fuera de control. Si el proceso no se mide no se controla, y si no se controla no se puede mejorar. Dado que no existe un responsable claro del proceso, por lo general nadie se preocupa de los recursos que se necesitan y de la información que resulta necesaria para enfocar el proceso hacia los objetivos: los recursos se asignan según criterios estandarizados relacionados con elementos estáticos (número de profesionales, población, etc.), de ahí que puede darse el caso de que sean in-

suficientes para el centro o, por el contrario, excesivos. Dado que el proceso no está documentado, las diferentes personas que participan lo realizan de diferente manera produciéndose una gran variabilidad en los resultados. La ausencia de un responsable del proceso y la ausencia de controles hacen que pasen desapercibidas tareas burocráticas que no añaden valor al cliente ni a la organización y que podrían eliminarse. El trabajo resulta mecánico y rutinario, pero la reacción de las personas es reclamar más recursos a los gestores. Las personas no se cuestionan la tarea ni piensan que pueden cambiarla o incluso rediseñarla completamente desde el principio, aun a pesar de que se acumulen las reclamaciones, vaya en aumento el descontento de los usuarios y el malestar de las personas que realizan las tareas.

¿Qué es lo esencial en esta descripción, deliberadamente perversa? ¿Está fallando la gestión de los recursos o la gestión de las personas? ¿O está fallando la gestión de los procesos? Quizá lo esencial está en que se trata de una organización que no fomenta la autorresponsabilidad de las personas, las cuales sólo aprecian tareas repetitivas pero no procesos que tienen una misión y que, a su vez, contribuyen a lograr los objetivos de la organización. Para que esto fuera factible deberían darse los siguientes pasos:

—El responsable del proceso debería recibir toda la información necesaria: cuáles son los objetivos, las herramientas de análisis del proceso, cómo se relaciona con otros procesos y con los objetivos de la organización, experiencias en otros centros, etc.

—Los gestores deberían adoptar un papel de apoyo, aportando todo el soporte necesario y los recursos precisos que se deriven del análisis del proceso.

—Debe existir un sistema de evaluación del proceso que permita determinar su eficacia y eficiencia.

—Se deben impulsar grupos de mejora para identificar áreas de mejora y poner en marcha medidas que optimicen el proceso. En estos grupos deben participar las personas que realizan el proceso junto con los gestores.

¿POR QUÉ LA GESTIÓN POR PROCESOS EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS?

En las organizaciones sanitarias públicas los sistemas de gestión se han centrado tradicionalmente, en el cumplimiento de la legislación y en «administrar» los recursos disponibles. Todavía esta cultura de administración y control forma parte del comportamiento habitual en las organizaciones sanitarias. En realidad, parte de la creencia de que las «empresas» sanitarias no son gestionables en la misma medida en que lo son las «empresas» que se desenvuelven en mercados competitivos y de los objetivos y métodos de trabajo de la Administración, en la que tradicionalmente han primado los principios garantistas con el fin de satisfacer las necesidades básicas de los ciudadanos. En la Administración Pública, debido al papel social que tiene asignado, lo que cuenta es el respeto a la norma (tanto derivadas de la legislación vigente como de los principios éticos de la profesión), por encima del cumplimiento

de objetivos o la satisfacción de las expectativas de los usuarios.

Sin embargo, los cambios sociales, económicos y tecnológicos exigen nuevas respuestas por parte de los servicios públicos, que se encuentran en muchas ocasiones desbordados ante la cantidad y calidad de las demandas de los usuarios, y que exigen un ejercicio de adaptación de los sistemas de gestión, que en la Administración Pública, y en los servicios sanitarios públicos en particular, tienen una historia relativamente reciente.

En un principio, la necesidad de contener el gasto público y mantener niveles aceptables de calidad provocó que los sistemas sanitarios se dotaran de estructuras de gestión y aparecieran nuevas herramientas, centradas en la gestión de los recursos y en estrategias de descentralización parcial. Estas estrategias (relativamente recientes en Atención Primaria) se han limitado en muchos casos a importar técnicas provenientes de la empresa privada y han propiciado el nacimiento de una nueva cultura de la gestión y de evaluación de los servicios, que, sin embargo, parece agotarse en los últimos años, debido principalmente a dos factores:

—En primer lugar, al hecho de que las herramientas de gestión no se han adaptado en la medida necesaria a las organizaciones sanitarias públicas.

—En segundo lugar, al hecho de que la cultura de la gestión ha proliferado en las estructuras directivas sin alcanzar a los profesionales, que son los principales gestores del sistema sanitario.

Estamos asistiendo en los últimos años a la aparición de nuevas formas de gestión, todavía en fase de ensayo que, si bien adoptan modelos diferentes, tienen en común el hecho de situar en el centro del sistema al profesional sanitario, o al equipo de profesionales, y a la relación entre aquel y los usuarios. De ahí su denominación de gestión clínica: modelos de gestión que tratan de incorporar los principios de la calidad total a los servicios sanitarios (tabla 2).

A pesar de su heterogeneidad, todos estos modelos pueden encuadrarse en alguno de los siguientes tipos:

—Algunos modelos adoptan la estrategia de la competencia: introducen criterios de mercado, de competencia entre proveedores (*managed care*), con la finalidad de opti-

mizar los recursos y controlar los costes. Las empresas sanitarias adoptan fórmulas diferentes, conservando su titularidad pública, y contratando con los organismos compradores de servicios. Su traducción más conocida es la experiencia realizada en el Reino Unido con los médicos generales gestores de fondos (*general practitioners fundholders*) o las experiencias puntuales de autogestión, especialmente en Cataluña. La estrategia de descentralización parcial realizada en los Equipos de Atención Primaria (EAP) del ámbito del INSALUD en los últimos años responde a este modelo, aunque en realidad ha consistido en un modelo de descentralización parcial en la gestión de los recursos en un modelo de seudocompetencia.

—Otros modelos están basados en estrategias de cooperación o de integración más que de competencia: se trata de integrar todos aquellos dispositivos que participan en la atención de una población determinada, incluyendo Atención Primaria, hospitales e incluso servicios sociales (atención compartida). El hilo conductor para esta integración son los procesos asistenciales y la determinación, mediante guías clínicas y vías clínicas, de las actuaciones y del nivel de atención más adecuado en cada momento de la evolución del proceso patológico (gestión de enfermedades o *disease management*). Algunas experiencias de este tipo se han llevado a cabo en EE.UU. sobre programas de gestión de enfermedades crónicas; en nuestro medio hay experiencias de atención integrada en Cataluña¹.

—Por último hay modelos difíciles de encuadrar, puesto que si bien se pretende implicar en el proceso de cambio tanto a los EAP como a hospitales y servicios de soporte, no se produce una verdadera integración, conservando el EAP plena autonomía en la gestión presupuestaria. El hilo conductor de estos modelos no es tanto la gestión de los procesos asistenciales, sino la gestión de pacientes, tanto a nivel individual como, sobre todo, a nivel de un colectivo poblacional (algunas experiencias se están realizando en Andalucía² y en Cataluña). Estos modelos pretenden superar la tendencia economicista de los primeros enfoques de autogestión, sin renunciar a la competencia basada en resultados clínicos y propiciando alianzas estratégicas con los servicios de referencia.

Si bien el origen y las consecuencias de estos modelos pueden ser muy diferentes, tienen en común algunos principios generales que se describen en la tabla 3.

El esquema adjunto (fig. 2) muestra un dispositivo de gestión clínica en el que las unidades clínicas tienen unos objetivos asistenciales pactados para los que utilizan unos recursos definidos. Los servicios de salud definen estándares y normas y ponen en marcha mecanismos de acreditación. La metodología de la gestión por procesos permite la mejora continua de los procesos clave de la unidad: los procesos asistenciales. Los equipos de soporte son los encargados de apoyar y evaluar a las unidades clínicas.

Todas estas experiencias, a pesar de sus diferencias, plantean nuevas estrategias de organización de los servicios sanitarios, con un mayor protagonismo de los pacientes y de los profesionales. Estos modelos de gestión clíni-

Tabla 2. Principios de la gestión de la calidad total

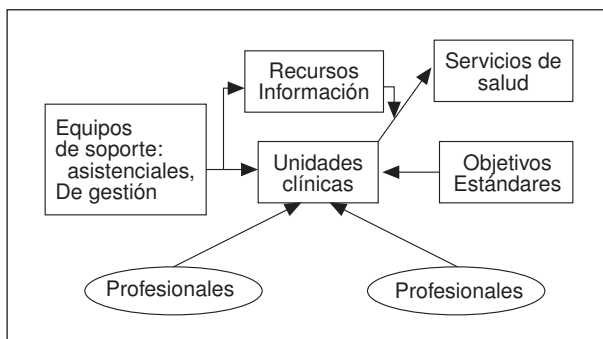
Orientación al cliente
Dirección basada en el liderazgo y la comunicación
Visión estratégica de la gestión
Gestión preventiva mediante la mejora continua
Participación de todas las personas
Importancia de los hechos y datos en la gestión
Formación continua
Flexibilidad y capacidad de cambio en las personas y en los procesos
Comparación sistemática con las mejores referencias
Enfoques de gestión sistemáticos y revisados

Tabla 3. Características de los modelos de gestión clínica

Se centran en los procesos clave (los procesos asistenciales), que constituyen el centro de la organización
Las intervenciones clínicas vienen determinadas por las evidencias científicas disponibles
Los niveles de dirección (equipos directivos) adoptan un nuevo papel: servir de soporte a la actividad asistencial
Se incluyen en el modelo los equipos de Atención Primaria, equipos de soporte, servicios especializados, hospitales comarcales y servicios sociales (modelo de atención compartida)
Los sistemas de información (generalmente basados en sistemas de informatización clínica) deben proporcionar información clínica y económica
Se pretende alcanzar unos objetivos asistenciales pactados relacionados con la efectividad clínica, calidad y satisfacción del usuario
Requiere un marco organizativo favorable (unidades clínicas) caracterizado por la autonomía y la responsabilidad: la autonomía implica capacidad de decisión sobre la gestión de los recursos, de las personas y de los procesos, es decir, todas aquellas decisiones que afectan a su actividad clínica (composición del equipo, formación de los profesionales, organización asistencial, utilización de recursos propios y ajenos); responsabilidad para mejora continua de los procesos asistenciales

ca exigen una evaluación sistemática, mediante experiencias piloto, de su impacto en la calidad, en los costes y en la satisfacción de los usuarios, más aún en entornos como el nuestro, poco proclives a cambios organizativos importantes. Los resultados de los ensayos, y los factores políticos y económicos, nos dirán cuál es el modelo más adecuado para nuestro entorno.

La gestión por procesos, especialmente si se enfoca a la gestión de los procesos clave de la organización (procesos asistenciales) exige, en consecuencia, marcos organizativos adecuados, sistemas de información fiables y que sean capaces de aportar información clínica, de actividad y costes y nuevos sistemas de relación entre los dispositivos asistenciales de un área determinada. Las ventajas más importantes de esta forma de gestión es que proporcionan una visión integradora y no fragmentada de los procesos, contribuyen a disminuir su variabilidad asegurando unos resultados previsible, facilita la cooperación de los profesionales y niveles que participan en la atención a los pacientes, vinculan la información de actividad y costes y favorecen una gestión científica y al mismo tiempo flexible.

**Figura 2.** Dispositivo de Gestión Clínica.

METODOLOGÍA

Si bien existen diferencias dependiendo de la metodología utilizada, describiremos brevemente las diferentes etapas de la gestión por procesos, citando, de pasada, algunas técnicas que pueden ser útiles en cada una de ellas. En la figura 3 se pueden observar las diferentes fases de la gestión por procesos, que pasamos a analizar secuencialmente.

IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS

Un proceso es un 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 cliente al que va dirigido. Una Organización (hospital, servicio, unidad...) constituye un conjunto de procesos, que a su vez se pueden dividir en actividades y éstas en tareas:

—Tarea es el trabajo a realizar en un tiempo limitado.

—Actividad es la suma de tareas. La secuencia ordenada de actividades da como resultado un proceso.

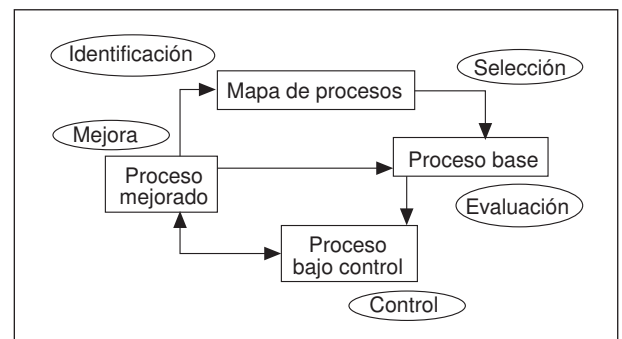
—Función o departamento es el conjunto de personas especializadas en la realización de determinadas tareas. Habitualmente una función suele estar involucrada en varios procesos.

—Cliente de un proceso es la persona, departamento o empresa que recibe el producto o servicio generado en ese proceso. El cliente de un proceso puede ser externo o interno a la propia organización.

Un proceso viene caracterizado por los siguientes elementos:

—Su misión o propósito (objetivos). *En el caso del proceso de citas el objetivo es programar las citas diarias para cada una de las consultas del centro de salud y para la atención domiciliaria.*

—Todo proceso tiene una entrada y una salida, así como los proveedores y los clientes del proceso. *En el proceso de citas la ENTRADA, el cliente que solicita una visita; la SALIDA, el cliente que dispone de cita para una consulta determinada; el CLIENTE es el cliente externo o usuario; el PROVEEDOR es la Unidad de Admisión del Centro de Salud.*

**Figura 3.** Ciclo de la gestión y mejora de los procesos.

—Propietario del proceso: puede ser una persona o equipo de personas, que tiene la responsabilidad de cumplir los objetivos y que dispone de la información necesaria para realizar el proceso (guías) y de los recursos suficientes. *El equipo de admisión del centro debe disponer de las guías que proporcionen la información necesaria para realizar la citación (Normas, Manuales, etc.) y de los recursos técnicos y humanos necesarios.*

—Por último, el proceso se debe controlar para verificar que se cumplen los objetivos. Para ello, el propietario debe disponer de las medidas oportunas, referidas a la calidad, cantidad, tiempo y coste. *En el proceso de citaciones se debería disponer, al menos, de la siguiente información: porcentaje de citas telefónicas; media de citas diarias; media de citas por consulta; tiempo medio por cita; satisfacción de los usuarios y de los profesionales.*

Mapa de procesos

La metodología IDEF (*integration definition for function modeling*) se utiliza para definir y representar gráficamente los procesos de una organización, proporcionando una visión de conjunto y cómo cada proceso se integra con el resto de los mismos, permitiendo también analizar separadamente cada uno de ellos.

La metodología IDEF diferencia tres niveles en el análisis de cada proceso:

—Los niveles 1 y 2 representan los procesos y subprocesos (*qué se hace*).

—El nivel 3 representa los procedimientos o instrucciones operativas (*cómo se hace*), representado gráficamente mediante flujogramas o diagramas de flujo.

Es posible clasificar los diferentes procesos de una organización en tres grupos:

—Procesos en los que existe un contacto directo con el cliente externo y en los que se debe alcanzar el mayor valor añadido (procesos clave), y al mismo tiempo permiten cumplir plenamente la misión del equipo. En un EAP los procesos clave serían los siguientes: gestión de pacientes (subprocesos: citación y programación; información al usuario, reclamaciones, etc.); consulta en el centro/a domicilio de Medicina general; consulta en el centro/a domicilio de pediatría; consulta en el centro/a domicilio de matrona; consulta en el centro/a domicilio de enfermería; técnicas de enfermería; proceso: intervenciones comunitarias; educación a grupos.

—Procesos que tienen relación con los planes estratégicos y cuyo objetivo es proporcionar información para que el desarrollo de los procesos clave se ajuste a los objetivos o a las normas existentes. Son procesos estratégicos los siguientes: programas de formación, guías clínicas, los objetivos institucionales, encuestas a los usuarios o a los profesionales, etc.

—Procesos de soporte: son aquellos que facilitan los recursos necesarios para que los demás procesos del equipo cumplan su misión: mantenimiento, laboratorio, radiolo-

gía, compras, gestión de la documentación, almacén, suministros, etc.

El mapa de procesos relaciona los diferentes procesos entre sí y especifica los recursos o información que se utiliza y las guías o protocolos necesarios. La metodología IDEF facilita el análisis de los procesos de una organización, teniendo en cuenta el conjunto de las actividades que se realizan, según sean estratégicas, de soporte o procesos clave. A su vez un proceso viene caracterizado por cuatro elementos: las entradas (requerimiento o necesidades de servicio), salidas (servicio prestado), recursos necesarios, y guías o normas de obligado cumplimiento.

SELECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROCESOS

En este proceso de selección tendremos en cuenta los siguientes criterios:

—Repercusión en la satisfacción del cliente/usuario.

—Potencial de mejora: en función de la calidad, tiempo y costes.

—Magnitud del cambio: asumible por el personal, existencia de tecnologías aplicables a la mejora, existencia de un proceso ideal conocido (experiencias en otros centros), etc.

En un EAP que se inicia en la gestión por procesos la situación puede ser muy similar a la que se describe en la tabla 4. En la medida de lo posible deben priorizarse procesos clave o críticos, o bien aquéllos en los que se detecten amplias variaciones. Una buena sistemática para la selección de procesos susceptibles de mejora es la de tener en cuenta tanto los *criterios internos* (coste, potencial de mejora, importancia del cambio necesario, impacto o contribución a los objetivos corporativos), como los *criterios externos* (repercusión en la satisfacción de los usuarios, imagen de la organización, etc.).

EVALUACIÓN DEL PROCESO

Evaluar el proceso consiste en determinar su capacidad (potencialidad para generar valor en el cliente al que se

Tabla 4. Los procesos en un centro que se inicia en la gestión por procesos

<p>Los procesos no están identificados, estandarizados ni documentados, y presentan un índice de variabilidad alto</p> <p>No disponen de un objetivo cuantificado</p> <p>Presentan un alto contenido de duplicidades y tareas burocráticas; suelen incorporar tareas de dudoso valor añadido para el cliente</p> <p>Presentan tiempos muertos y períodos largos de inactividad</p> <p>Son complicados: intervienen muchas personas, de diferentes departamentos o categorías profesionales</p> <p>No existen responsabilidades definidas en una sola persona, y la posibilidad de errores es alta</p> <p>Se desconocen los costes del proceso, así como otros indicadores (duración, etc.)</p> <p>Las áreas operativas suelen estar alejadas del cliente</p>
--

dirige) y su variabilidad (potencialidad para dar resultados similares o dentro de unos límites predecibles). Los procesos que no aportan valor para el cliente deberían ser eliminados y los procesos que muestran una variabilidad por encima de unos límites definidos deben ser controlados. Para controlar un proceso es necesario que exista:

- Un propietario o responsable del proceso.
- Un documento en el que se especifiquen los procedimientos y las medidas de control.
- Una medición sistemática que detecte desviaciones.
- Un plan de mejora para controlar las desviaciones.

CONTROL DE PROCESOS

El primer objetivo de la gestión por procesos es mantener bajo control el proceso seleccionado: esto quiere decir que su rendimiento, calidad y coste son conocidos y se corresponden con los objetivos y estándares de funcionamiento asignados. Sólo de esta forma podemos pasar a la fase siguiente: fijación de nuevos objetivos de mejora.

Existen varias técnicas para el control de procesos, que se diferencian en función de la variable predominante que se pretende controlar: *costes basados en actividades (ABC)*, *ciclo SDCA (estandarización de métodos de trabajo)*, etc.

La metodología general consiste en:

- Definición de la «forma estabilizada» para la ejecución del proceso.
- Ejecución de las actividades, de acuerdo a la definición previa.
- Comprobación de la actividad realizada en relación con la forma estabilizada.
- Ajustar de nuevo el proceso.

El control de procesos pasa fundamentalmente por establecer los criterios de calidad del mismo y definir la estructura de indicadores y los sistemas de medida.

En la atención sanitaria se ha utilizado desde hace tiempo la estandarización de procesos clínicos (protocolos, guías de práctica clínica) para facilitar el control y disminuir en lo posible la variabilidad de la práctica clínica. Una forma de adaptar las guías clínicas a la práctica para impulsar la aplicación de los criterios científicos a las decisiones de la asistencia sanitaria, especialmente en procesos complejos en los que intervienen varios profesionales o niveles asistenciales, es la elaboración de vías clínicas, en las que se definen las diferentes actividades esenciales, y los tiempos previstos, en la atención y cuidado de los problemas clínicos específicos. Las vías clínicas incluyen un esquema de evaluación de los resultados (incluidos los costes) y en el proceso de implantación se designa un responsable o coordinador, de ahí que las vías clínicas constituyan la expresión de la gestión por procesos aplicado a los problemas clínicos concretos.

MEJORA DE LOS PROCESOS

Existen dos posibles enfoques en la gestión por procesos (tabla 5). En el primero, se parte del proceso actual para mejorar su eficacia y eficiencia, detectando las posibles deficiencias e implantando medidas de mejora que optimicen su funcionamiento. En el segundo enfoque lo que se plantea es el rediseño de nuevos procesos, y por tanto su objetivo es el cambio organizativo. En uno y otro caso la metodología es diferente, aunque compartan las herramientas básicas.

La metodología básica de la mejora de los procesos es el ciclo PDCA:

- Planificar la mejora: fijación de objetivos y diseñar planes.
- Ejecutar o desplegar las actividades o medidas planificadas.
- Comprobar o revisar la efectividad de los planes.
- Actualizar o normalizar el proceso.

Tabla 5. Enfoques en mejora de los procesos

	Mejora y modernización de procesos (BPI)	Reingeniería de procesos (BPR)
Punto de partida	Proceso actual	Estrategia de la organización
Operativa	Ciclo de mejora Modernización de procesos	Diseño de procesos, partiendo de los objetivos estratégicos
Objetivos	Continuistas	Ambiciosos
Impacto	Aceptable	Bueno
Riesgo	Bajo	Medio/alto
Coste	Asumible	Alto
Gestión del cambio	Fácil	Puede ser difícil
Implantación	Rápida	Medio plazo
Modernización de procesos		
Eliminar burocracia		
Eliminar duplicidades		
Analizar el valor añadido		
Simplificar		
Reducir tiempos del ciclo		
Revisar actividades de control		

Tabla 6. Puntos fuertes y áreas de mejora para la implantación de un proyecto de mejora de los procesos

	Puntos fuertes	Áreas de mejora
Liderazgo	Capacidad Compromiso personal Estilo participativo Misión y visión clara	No hay compromiso de la dirección No está clara la misión
Cultura	Espíritu crítico Creatividad	Aversión al riesgo Conformismo
Estructura	Política de calidad institucional Órganos de participación	Barreras organizativas
Formación	Formación básica	No hay formación en gestión de calidad
Participación	Motivación Cultura de participación	No hay cultura de participación

En el enfoque de mejora y modernización de procesos se pueden utilizar algunas de las técnicas que se incluyen en la tabla 6 para la mejora de los mismos.

Toda mejora implica un cambio organizativo, de mayor o menor magnitud. Es preciso tener en cuenta ciertos condicionantes (tabla 5) con el fin de favorecer la implantación de las medidas de mejora a todas las personas y unidades implicadas y, sobre todo, para garantizar que el proceso de mejora se establezca.

SÍNTESIS

La gestión por procesos es una herramienta de gestión al alcance de los profesionales que favorece la implicación de todas las personas de la organización; una gestión integrada del conjunto de las actividades que se realizan, contribuye a eliminar (o cuando menos a comprender y documentar) las barreras funcionales y organizativas que con frecuencia producen problemas de coordinación, orienta las actividades hacia el cliente y proporciona técnicas para la mejora continua de la calidad en los centros de salud. Requiere instrumentos que faciliten la obtención de información y la evaluación (herramientas informáticas) y un marco organizativo que fomente la autonomía y la respon-

sabilidad de los profesionales. Pero, sobre todo, requiere una actitud crítica que apueste decididamente por el desarrollo personal y por el desarrollo de la organización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plan de Atención Integrada del Grupo Sagessa. Calidad Asistencial 1999;14:321-6.
2. Martín Acera S, García Encabo M, Alonso Durán B. Una forma de entender y desarrollar la gestión clínica: "hacer correctamente las cosas correctas en una relación transparente e informada entre profesional y usuario" o "cómo potenciar el desarrollo de la atención primaria". Medicina de Familia 2000;1:186-94.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Badia A, Bellido S. Técnicas para la gestión de la calidad total. Madrid: TECNOS; 1999.
- Castello E, Lizcano J. El sistema de gestión y de costes basado en la actividad. Madrid: Instituto de Estudios Económicos; 1994.
- Costa i Estany. Metodología del diseño de procesos. Cuadernos de Gestión 1998;1:17-26.
- García J, Díez L, Chamorro L, Navas A, Franco A, Arribas JL. Vías clínicas. Med Prev 1999;5:28-39.
- Harrington HJ. Mejoramiento de los procesos de la empresa. Santafé de Bogotá: McGraw-Hill; 1992.
- Pérez-Fdez de Velasco JA. Gestión por procesos. Reingeniería y mejora de los procesos de empresa. Madrid: ESIC; 1996.