

# Implantación de un procedimiento de solicitud de producto nuevo

Santos Florez EM, Parrado Cuesta MS  
Complejo Asistencial de León

## Introducción

Uno de los requisitos fundamentales de los sistemas de gestión de calidad es que las organizaciones tengan adecuadamente definidos y documentados sus procesos al objeto, entre otras cosas, de conocer no solo los Inputs y los Outputs del mismo, sino también los clientes, con sus especificaciones, parámetros de calidad y su costo. Paralelamente, cada proceso debe tener asignado un responsable de proceso.

Es necesario que la gestión por procesos se encuentre integrada y sirva como elemento de coordinación e integración entre las áreas administrativas y de asistencia sanitaria. Por ello, es fundamental el entrenamiento de las personas para el trabajo en equipo y el cumplimiento de los compromisos, tanto funcionales como organizacionales, en la gestión por procesos.

En este sentido, se hace necesario que las áreas de gestión económico-financieras de los centros dispongan de un mapa estratégico de procesos que, en el conjunto del hospital, estará integrado en el CMI organizacional.

La construcción de procesos gira en torno a la estrategia de la organización y la provee de un sistema de medida, otro de gestión estratégica y una herramienta de comunicación.

## Material y métodos

La construcción del mapa de procesos de la Dirección Económico-Financiera implica identificar los procesos a construir, definir los servicios y/o productos e identificar a los clientes y sus necesidades, aplicando criterios de calidad y dentro del marco de la metodología EFQM.

Evidentemente, los procesos identificados son varios, si bien nosotros optamos por trabajar en uno de los procesos que resultaban más problemáticos en la gestión hospitalaria: la solicitud de producto nuevo (SPN).

Conscientes de que su implantación no dejaba de ser dificultosa por cuanto suponía un cambio en la cultura organizacional, tanto a nivel asistencial como en el área de gestión propiamente dicha, utilizamos los métodos que veremos a continuación.

## Métodos

Herramientas de gestión:

1. Participación: de la Dirección Médica, Dirección de Enfermería, Dirección de Gestión y Dirección Gerencia, así como del personal de la Unidad de Compras que directamente participaría en la implementación del proceso.
2. Información: a las diferentes unidades asistenciales susceptibles de

utilizar el procedimiento a implantar.

3. Divulgación: darle la máxima difusión al procedimiento, de manera que en todo momento sea accesible por sus posibles usuarios.
4. Evaluación: se regula la periodicidad de revisión del proceso y se construyen indicadores que nos permiten evaluar y medir los resultados.

Ciclo PDCA de mejora continua:

1. Planificar: en esta fase, y una vez identificado el proceso a mejorar, recopilamos los datos necesarios sobre el mismo, analizándolos e interpretándolos al objeto de establecer objetivos de mejora.
2. Hacer: se elaboró un diagrama de Gantt para establecer el cronograma de las acciones realizadas, todas ellas adecuadamente documentadas. Durante esta fase se construyó y definió el proceso propiamente dicho; se construyeron indicadores y se asignaron responsabilidades.
3. Verificar: transcurrido un tiempo tras la implantación del proceso, se recopilamos datos para evaluar si realmente se había conseguido el objetivo propuesto.
4. Actuar: a la luz de los resultados obtenidos en la fase anterior, se propusieron las correspondientes acciones de mejora.

## Resultados

Se llevó a cabo la documentación del procedimiento, para lo que se utilizó el modelo aprobado por el CALE para procesos y procedimientos de calidad, y que sigue las directrices marcadas

por la Junta de Castilla y León en este sentido.

Al objeto de reducir la variabilidad en el proceso, una vez elaborado el procedimiento, y aprobado en la Comisión de Dirección, se informó a todos los servicios de su existencia y se facilitó el acceso al mismo a través de la Intranet del hospital, permitiendo su cumplimentación directa en el documento descargado, aunque no el almacenamiento de los datos introducidos.

En la documentación del procedimiento se incluyeron indicadores de calidad que posibilitaran la monitorización del proceso y la consecuente explotación de datos y establecimiento de áreas de mejora.

Se construyeron los siguientes indicadores, con los resultados que se indican a continuación para el período comprendido entre el 1 de enero y el 15 de mayo de 2008:

- Porcentaje de productos nuevos autorizados:
  - Numerador: total de solicitudes de productos nuevos autorizados x 100.
  - Denominador: total de solicitudes de productos nuevos.
  - Resultado: 50,72%.
- Porcentaje de solicitudes de producto nuevo ajustada a procedimiento:
  - Numerador: total solicitudes de producto nuevo en formato informático x 100.
  - Denominador: total de solicitudes de productos nuevos.
  - Resultado: 46%.

- Porcentaje de solicitudes de producto nuevo autorizada en 2.<sup>a</sup> instancia:
  - Numerador: total solicitudes de producto nuevo autorizadas en 2.<sup>a</sup> inst. x 100.
  - Denominador: total de solicitudes de productos nuevos.
  - Resultado: 5%.

El procedimiento nos permitió realizar una gráfica de distribución del número de solicitudes de producto nuevo generadas por cada servicio. Del total de 24 servicios que remitieron la SPN, son tres los que mayor número de solicitudes envían. Creímos conveniente, por tanto, realizar con estas unidades una estadística de variabilidad en cuanto a la cumplimentación del proceso se refiere. Los resultados fueron:

- Neurocirugía:
  - N.º SPN: 9.
  - % SPN ajustadas al procedimiento: 55,55% (el resto en formato manual: 44,45%).
  - % SPN autorizadas en 1.<sup>a</sup> instancia: 56%.
  - % SPN autorizadas en 2.<sup>a</sup> instancia: 11%.
  - % total SPN autorizadas: 67%.
  - Principal defecto de forma en la SPN:
    - No indica a qué producto sustituye: 20%.
    - No contiene suficiente información: 60%.
    - Insuficiente: 20%.

- Traumatología:
  - N.º SPN: 8.
  - % SPN ajustadas al procedimiento: 25% (el resto se distribuye entre informático y manual: 66% y formato antiguo: 13%).
  - % SPN autorizadas en 1.<sup>a</sup> instancia: 29%.
  - % SPN autorizadas en 2.<sup>a</sup> instancia: 14%.
  - % total SPN autorizadas: 43%.
  - Principal defecto de forma en la SPN:
    - Caso puntual: 50%.
    - Totalmente insuficiente: 50%.

- Hematología:
  - N.º SPN: 8.
  - % SPN ajustadas al procedimiento: 25% (el 75% restante, en formato informático manual).
  - % SPN autorizadas en 1.<sup>a</sup> instancia: 50%.
  - % SPN autorizadas en 2.<sup>a</sup> instancia: 0%.
  - % total SPN autorizadas: 50%.
  - Principal defecto de forma en la SPN:
    - Campos vacíos.

Comparando los resultados obtenidos para los tres servicios con mayor número de SPN, vemos que el servicio de neurocirugía es el que mejores resultados ofrece por cuanto se produce una relación directa entre el porcentaje de

solicitudes debidamente cumplimentadas (caso de neurocirugía con un 55,55%) con su aprobación en 1.ª instancia (56% también para neurocirugía) y con el % total de SPN autorizadas (67% para neurocirugía), lo que parece lógico por cuanto la cumplimentación de todos los datos requeridos en la solicitud facilita la pronta gestión de la misma y una adecuada resolución y, por otro lado, se reduce considerablemente el tiempo transcurrido entre la petición y la resolución, puesto que no se hace necesaria una segunda tramitación.

### Conclusiones

La adecuada gestión de los recursos obliga a la sistematización de los procedimientos y al cumplimiento de los mismos. Si queremos realizar una adecuada gestión del gasto se hace necesario disponer de datos que nos ayuden a mejorar la gestión que estamos llevando a cabo. En este sentido, el procedimiento elaborado para la solicitud de producto nuevo pretendía, por un lado, sistematizar y homogeneizar la variabilidad existente en dicho proceso, permitiendo que todas las unidades realizaran la solicitud de manera homogénea y, por otro, nos permitía recoger datos totalmente necesarios para la adecuada gestión del gasto.

A través de los datos recogidos, observamos que sigue produciéndose gran variabilidad en la cumplimentación del proceso; de hecho, solo el 46% del total de SPN se ajustan al procedimiento establecido, por lo que resulta evidente que esta se configura como un

área de mejora para la evaluación del próximo semestre. Esperamos que este porcentaje se vaya incrementando paulatinamente hasta llegar al estándar del 100%.

### Bibliografía

- AENOR. Gestión de la calidad. Madrid; 2007.
- AA. VV. Indicadores de gestión para las entidades públicas. AECA. Documento n.º 16. Madrid; enero de 2000.
- Guinart i Solá JM. Indicadores de gestión para las entidades públicas. VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Panamá; 2003.
- Junta de Castilla y León. Trabajando con los procesos: guía para la gestión por procesos. Valladolid; 2004.
- Junta de Castilla y León. La evaluación de la calidad. Adaptación del modelo EFQM de la administración de la Comunidad de Castilla y León. Valladolid; 2004.
- Rodríguez Martínez A. El análisis económico-financiero de las entidades no lucrativas. Indicadores de gestión. Acciones e investigaciones sociales, 20. 2005. pp. 91-112.
- Rotger i Estapé JJ, Canela Campos MA. Gestión de la calidad. Una visión práctica. Barcelona: Beta Editorial, S.A.: 1996.