

Estrategia de implantación de la gestión por procesos en la Gerencia de Área de Puertollano

Cañizares Ruiz A*, Santos Gómez Á**, Sanz Cortés J***

**Director de Procesos Asistenciales*

***Gerente*

****Coordinador de Calidad*

Gerencia de Área de Puertollano

Resumen

La gestión por procesos ha sido desde los inicios de la Gerencia de Área de Puertollano uno de los criterios estratégicos fundamentales como elemento de garantía de continuidad asistencial y de aseguramiento de la eficiencia de nuestra organización.

Para su implantación se diseñó una estrategia que suponía el avance paso a paso, en cada una de las etapas que hay que ir cubriendo, con el fin de conseguir la implicación de toda la organización, factor clave de éxito para conseguir su implantación.

Esta estrategia secuenciada consiste en la identificación de los grupos de interés, seguida de la realización del inventario de procesos del área, cuyas interrelaciones se plasman en un mapa de procesos, a cada uno de ellos se le asigna un gestor de proceso, sobre el que recae la responsabilidad de que el proceso cumpla con la misión que para el se define: ¿qué?, ¿para quién?, ¿para qué? Los pasos siguientes consisten en sistematizar la documentación de los procesos, mediante una ficha de proceso, y la representación gráfica de los mismos (en nuestro caso IDEF0), hasta el nivel de actividad (flujogramas). Por último, debe quedar establecida la sistemática de análisis y revisión de los resultados a través de los indicadores que previamente se han definido para cada proceso en particular.

La continuidad asistencial primaria-especializada la hemos abordado a través de la elaboración de esquemas directos y específicos buscando un aumento en la capacidad de resolución de atención primaria y devolviendo a la atención hospitalaria su papel de interconsultor a través de trayectorias clínicas que hemos denominado rutas de coordinación-integración de procesos atención primaria-atención especializada.

Palabras clave: Gestión por procesos, Integración de niveles.



Strategy for the implementation of process management in the Gerencia de Área de Puertollano

Abstract

The processes management has been since the beginning of the “gerencia de área” one of the fundamental strategic criteria as a way to guarantee the continuity of care and efficiency in our organization.

In order to comply with the processes management implantation a strategy was designed. This strategy implied several stages in order to imply the whole organization, with is a key success factor.

This staged strategy consist in: identification of interest groups, making the process inventory, which relations are shown ins a processes map. Each of the processes has a “manager” who is responsible to get the process to accomplish its mission, in which is defined What, to whom, and what for of the process. Next steps are document the processes via a process form and a graphic (in our case IDEFO) to the level of activity (fluxogram). Last, a system of evaluation and revision must be defined through previously defined indicators.

The continuity of care between primary care and hospital has been tackled by means of making straight specific schemes, looking for an increased power to solve problems in primary care and bringing back hospital to a consultant role. This are clinical pathways which we call “Routes for coordination-integration of processes between primary care and specialized care”.

Key words: Processes management, Continuity of patient care

Introducción

La gestión por procesos ha sido desde los inicios de la Gerencia de Área de Puertollano uno de los criterios estratégicos fundamentales como elemento de garantía de continuidad asistencial y de aseguramiento de la eficiencia de nuestra organización.

“Las organizaciones son tan eficientes como lo son sus procesos”; la apuesta de la Gerencia de Área de Puertollano, como queda reflejado en nuestra misión, es no solo hacer lo que “tenemos que hacer”, sino hacerlo garantizando altas cotas de calidad entendiendo que el

camino hacia la excelencia pasa por la orientación hacia el paciente de una manera efectiva, diseñando nuestros procesos pensando siempre en la satisfacción de sus expectativas y necesidades e iniciando un camino de participación de nuestros usuarios/clientes, reales o potenciales en la toma de decisiones en lo que concierne al sistema sanitario del que son propietarios y logrando de ellos una autoexigencia de corresponsabilidad, así como por la mejora continua de las actividades desarrolladas, reduciendo la variabilidad innecesaria, eliminando las ineficiencias asociadas a la repetitividad de las actividades y optimizando el empleo de los recursos.



Hasta el año 2004, previo a la decisión de crear la Gerencia de Área de Puertollano, la mejora de los procesos tanto en atención primaria como en atención hospitalaria se hacía en base a las aportaciones directas de los profesionales y de las diferentes comisiones asesoras o grupos interdisciplinares puntualmente formados para mejoras concretas.

Tras la decisión de adoptar el modelo de calidad europeo EFQM como herramienta de gestión, se realizó una primera autoevaluación en el año 2004, a raíz de la cual la Comisión de Dirección decide, en consonancia con la definición de la misión y visión del área, la gestión por procesos como elemento clave para el cambio en el sistema de gestión del área.

Esta estrategia exigía cambios organizativos en el organigrama clásico de las instituciones sanitarias (Dirección Gerencia, Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Dirección de Gestión), por lo que, aprovechando la oportunidad de mejora que suponía el decreto en ciernes de estructura y funciones de la Gerencia de Área de Puertollano, se decide, proponer a los órganos competentes la creación de una Dirección de Procesos Asistenciales como órgano directivo encargado de impulsar la implantación, el análisis y la mejora de los procesos asistenciales y varias direcciones de apoyo para implantar, vigilar y mejorar todos los procesos necesarios para que los procesos clave de la organización consigan sus objetivos.

Desde la propia Ley General de Sanidad, pasando por la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias y el propio Decreto de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha 16/2006, de 2 de febrero, de la estructura y funciones de la Gerencia del Área

de Salud de Puertollano, donde se especifica “el modelo propuesto no queda limitado a una mera suma de estructuras preexistentes para la atención primaria y especializada, sino que pretende avanzar en la consecución de un sistema de gestión integral por procesos que implica todos los órganos y servicios periféricos del área de salud, incluyendo las estructuras administrativas”, se subraya la necesidad de una atención sanitaria integral donde se evite el fraccionamiento y la simple superposición de las actuaciones de los diferentes titulados o especialistas que actúan en el proceso orientándonos en consecuencia a la gestión por procesos como elemento clave para garantizar la continuidad asistencial.

Método

Mediante el sistema de Gestión por Procesos se pretende que cualquier persona sea capaz de comprender todos y cada uno de los pasos necesarios para llevar a cabo una acción concreta, así como conocer las personas que intervienen en su desarrollo, con lo que se garantiza la continua alineación entre las actuaciones y la política y estrategia de la organización (Figura 1).

El subproceso denominado Gestión por Procesos, incluido en el macroproceso de mejora continua, sistematiza la implantación y el desarrollo de todos los procesos del área garantizando su uniformidad, calidad y desarrollo. Todos los procesos desarrollados siguen por tanto la misma sistemática (Figura 2).

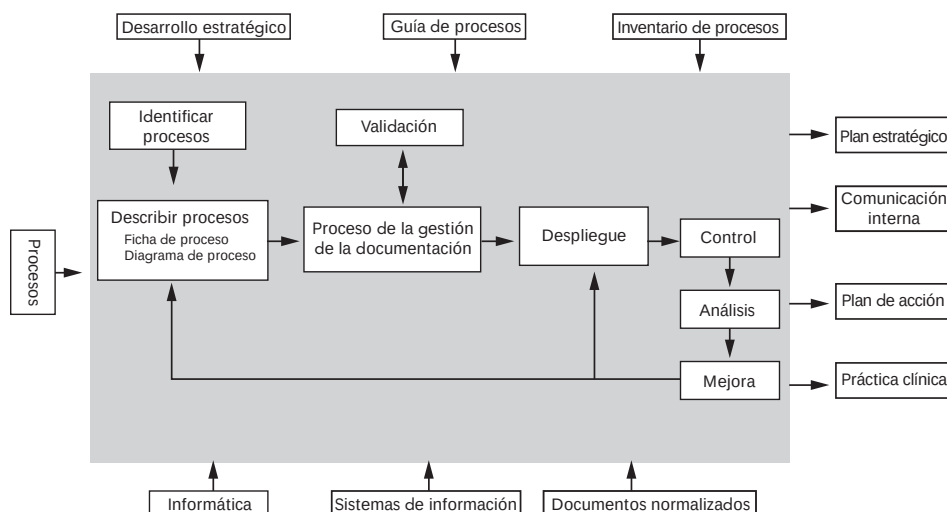
La estrategia definida por el grupo EFQM y aprobada por la Comisión de Dirección del Área establecía una serie de pasos sucesivos necesarios para lograr la implantación y la implicación



Figura 1. Gestión por procesos versus gestión tradicional

Organización tradicional	Organización por procesos
Dificultad en la coordinación entre servicios hospitalarios y centros de atención primaria.	Facilidad de coordinación entre las diferentes unidades funcionales que integran el área de salud.
Frecuente la existencia de ineficiencias y pasos que no añaden valor sobre todo en procesos complejos.	Sistemática para la detección de ineficiencias y facilidad para eliminarlas.
Variabilidad innecesaria en procesos repetitivos.	Sistematización de las actividades de los procesos con la consiguiente reducción de la variabilidad.
Organizaciones no enfocadas a las necesidades y expectativas de los usuarios.	Las necesidades y expectativas de los usuarios son la base para el desarrollo de los procesos.
Falta de medición y evaluación sistemática de la efectividad y eficiencia de los procesos.	Medición sistemática mediante indicadores preestablecidos para cada proceso.
Filosofía del trabajo de la organización no basada en ciclos de mejora.	La mejora continua preside y se aplica a todas las actividades de la organización.

Figura 2. Proceso de gestión por procesos





de todos los profesionales del área en la sistemática de gestión por procesos, estos pasos fueron sistematizados de la manera siguiente:

1. Identificar los clientes del área y sus necesidades.
2. Definición de los servicios y productos estableciendo por tanto el Inventario de Procesos de la Gerencia de Área.
3. Desarrollar el mapa de procesos.
4. Nombrar gestores de proceso.
5. Describir y documentar los procesos.
6. Diagramar los procesos.
7. Establecer el sistema de análisis de los datos y sistemática de mejora de los procesos.

ofertamos nuestros servicios o complementan los mismos.

- *Asociaciones* de enfermos y usuarios que demandan atenciones y necesidades de carácter específico (curativas, preventivas, etc.).
- *Proveedores*: Con los que mantenemos una relación de mutuo beneficio.

2. Definición de los servicios y productos. Establecimiento del Inventario de Procesos de la Gerencia de Área: En base a la Cartera de Servicios del Área de Puertollano, se procedió a la identificación y listado de los procesos que se desarrollan, así como a su clasificación, utilizando la división clásica en procesos estratégicos, procesos clave u operativos y procesos de apoyo o soporte, por entender que resulta la más operativa y descriptiva, definiendo no obstante las características de cada grupo: (Figura 3)

1. Identificar los clientes del área y sus necesidades: La gerencia de área identifica sus clientes y los clasifica en los siguientes grupos:

- *Pacientes*: Receptores directos de los servicios sanitarios que prestamos.
- *Familiares de los pacientes, acompañantes y visitas*: Afectados por los servicios que se prestan a sus familiares y a los que dirigimos también nuestra actuación.
- *La población del área sanitaria de Puertollano* (82.102 personas), que es nuestra población de referencia.
- *Mutuas, aseguradoras, entidades concertadas* a quienes también

- *Procesos estratégicos o de gestión*: Son los necesarios para el mantenimiento y progreso de la organización, adecúan la organización a las necesidades y expectativas de los usuarios. Establecen las guías y orientaciones necesarias para el desarrollo de los procesos clave y de soporte.

- *Procesos operativos*: Aquellos que guardan relación directa con el cliente, están en contacto directo con él y son los que más impacto tienen sobre su satisfacción. Todos los procesos clínico-asistenciales se pueden considerar incluidos en esta categoría, hemos incluido también algunos de los procesos de hostelería por su gran impacto sobre el usuario. Son la razón de ser de la organización.



Figura 3. Inventario de procesos de la Gerencia de Área de Puertollano

Procesos estratégicos		Procesos clave	
Macroproceso	Subproceso	Macroproceso	Subproceso
Desarrollo estratégico	Planificación estratégica	Proceso asistencial	Urgencias
	Gestión del contrato de gestión		Consultas
	Control de gestión		Hospitalización
	Actualización de planes		Cirugía
	Plan de acción		Asistencia en domicilio
Gestión de la información	Voz de los profesionales		Actividades preventivas y de promoción de la salud
	Voz de la sociedad		Rehabilitación
	Voz del cliente/usuario	Atención al cliente	SAU
	Estadística asistencial		Asistencia espiritual
Información económica	Asistencia social		
Mejora continua	Gestión por procesos	Apoyo diagnóstico	Laboratorio
	Gestión de la innovación		Anatomía patológica
	Evaluación EFQM		Radiodiagnóstico
	Memoria de sostenibilidad		Otras pruebas diagnósticas
	Acreditación ISO servicios	Hostelería	Cafetería
Evaluación de la práctica clínica	Cocina		
Relaciones externas	Gestión contrato terceros		Jardinería
	Alianzas		Lencería
	Sistema Sanitario	Limpeza	
	Sociedad	Seguridad	

Procesos de soporte	
Macroproceso	Subproceso
Apoyo clínico	Farmacia
	Documentación clínica
	Banco de sangre
	Esterilización
	Medicina preventiva
Gestión de personas	Administración de personal
	Comunicación interna
	Programación de la actividad
	Estructura organizativa
	Salud laboral
	Liderazgo
	Reconocimiento
Gestión del conocimiento	Empowerment (disposición para ser, poder y hacer)
	Biblioteca
	Formación
	Planificación docencia e investigación
Gestión de la tecnología	Benchmarking (comparación)
	Informática
	Tecnología sanitaria
Aprovisionamiento	Almacén
Gestión de instalaciones	Compras
	Adecuación estructuras
	Gestión residuos
	Mantenimiento preventivo
Gestión económica	Mantenimiento correctivo
	Gestión contable
	Gestión presupuestaria
Docencia	MIR
	Otros alumnos externos



- **Procesos de soporte:** Gestionan y generan los recursos que precisan los procesos clave para su desarrollo.

Tras la elaboración del inventario de procesos, mediante una matriz de priorización se procedió a determinar el orden para desarrollarlos, en función de:

- Su impacto en la organización.
- Su impacto en el ciudadano.
- Las oportunidades de mejora que suponían.
- La posibilidad de cambio.

El inventario fue desarrollado por primera vez en el año 2006, introduciendo algunas modificaciones en la revisión de 2007.

Como proceso estratégico, se ha incluido un sistema de control de calidad basado en cinco subprocesos que asegura la homogeneidad de documentación y registros generados, así como la correcta difusión de las acciones implantadas y las posibles mejoras a introducir.

3. Desarrollo del Mapa de Procesos: Los Procesos de la Organización, así como sus interrelaciones se representaron en el mapa de procesos de área, elaborado también por primera vez en el 2006 y modificado en la revisión de 2007 (*Figuras 4 y 5*).

Como puede verse en el organigrama de la gerencia de área, los cambios organizativos a los que aludíamos en la introducción se plasmaron en una distribución por direcciones coincidentes con los tres tipos de procesos mencionados. A nivel de Gerencia y Comisión

Figura 4. Primer mapa de procesos de la Gerencia de Área de Puertollano (2006)

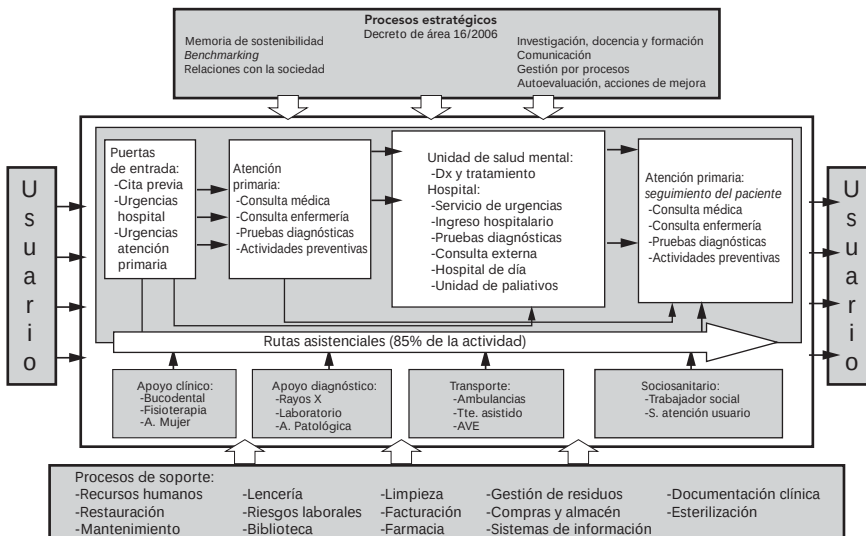
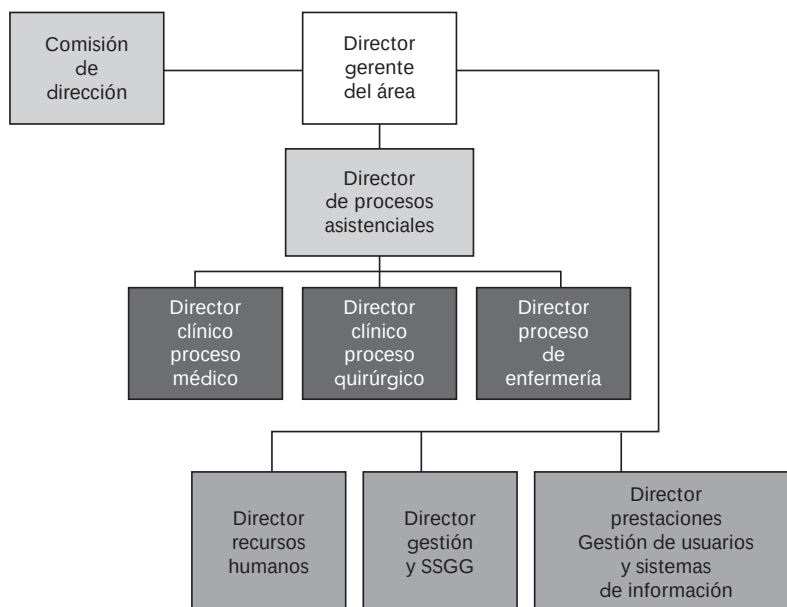
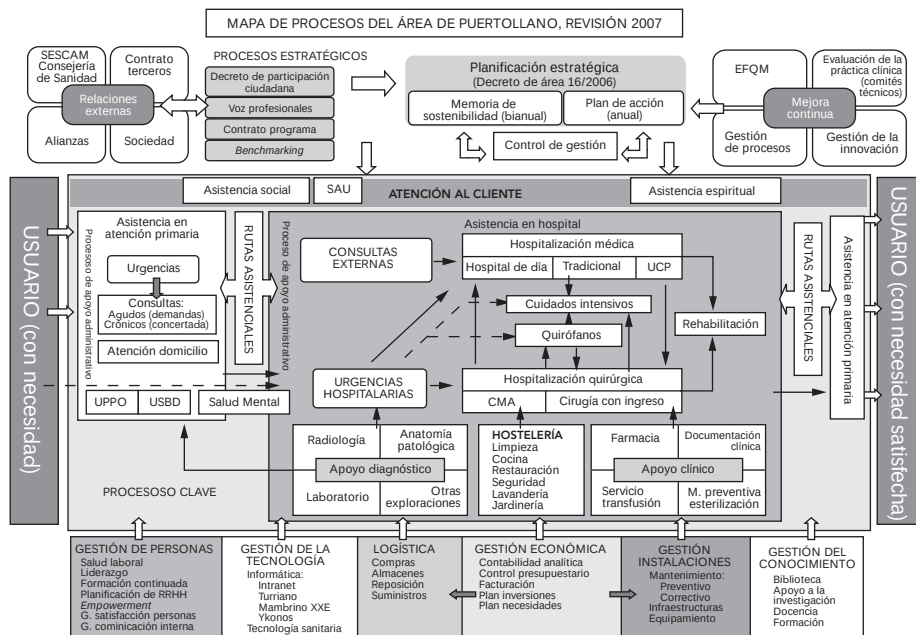




Figura 5. Mapa de procesos del Área de Puertollano, revisión (2007)



**Figura 6. Procesos estratégicos**

Macroproceso	Subprocesos	Gestor del proceso
Desarrollo estratégico	Planificación estratégica	Álvaro Santos
	Gestión del contrato de gestión	Álvaro Santos
	Control de gestión	M.ª Ángeles Martínez
	Actualización de planes	Juan Sanz
	Plan de acción	Álvaro Santos
Gestión de la información	Voz de los profesionales	Victoria Chacón
	Voz de la sociedad	César Fernández
	Voz del cliente/usuario	M.ª Gracia Prado
	Estadística asistencial	Francisco Gómez
	Información económica	M.ª Ángeles Martínez
Mejora continua	Gestión de calidad	Juan Sanz
	Gestión por procesos	Agustín Cañizares
	Gestión de la innovación	Rosa Sánchez
	Evaluación EFQM	Juan Sanz
	Memoria de sostenibilidad	Álvaro Santos
	Acreditación ISO servicios	Juan Sanz
	Evaluación de la práctica clínica	Agustín Cañizares
Relaciones externas	Gestión contrato terceros	M.ª Ángeles Martínez
	Alianzas	Álvaro Santos
	Sistema sanitario	Álvaro Santos
	Sociedad	Álvaro Santos

Figura 7. Procesos clave

Macroproceso	Subprocesos	Gestor del proceso
Proceso asistencial	Urgencias	Luis Fernando García
	Consultas	Manuel Romero
	Hospitalización	Carlos Pereda
	Cirugía	Eloy Sancho
	Asistencia en domicilio	Luis Fernando García
	Actividades preventivas y de promoción de la salud	Francisco Gómez
	Rehabilitación	Esperanza Mora
Atención al cliente	SAU	M.ª Gracia Prado
	Asistencia espiritual	M.ª Gracia Prado
	Asistencia social	M.ª Gracia Prado
Apoyo diagnóstico	Laboratorio	Cristina Frau
	Anatomía patológica	Ana M.ª Puig
	Radiodiagnóstico	Teresa Gómez
	Otras pruebas diagnósticas	M.ª Gracia García
Hostelería	Cafetería	M.ª Ángeles Martínez
	Cocina	Alfonso Corchero
	Jardinería	M.ª Ángeles Martínez
	Lencería	Alfonso Corchero
	Limpieza	Alfonso Corchero
	Seguridad	M.ª Ángeles Martínez



Figura 8. Procesos de soporte

Macroproceso	Subprocesos	Gestor del proceso
Apoyo clínico	Farmacia	Purificación Ventura
	Documentación clínica	Araceli Casado
	Banco de sangre	Cristina Frau
	Esterilización	M. ^a Gracia García
	Medicina preventiva	Antonio Hita
Gestión de personas	Administración de personal	Victoria Chacón
	Comunicación interna	Rosa Sánchez
	Programación de la actividad	Victoria Chacón
	Estructura organizativa	Agustín Cañizares
	Salud laboral	Javier Martín
	Liderazgo	Álvaro Santos
	Reconocimiento	Álvaro Santos
	Empowerment (disposición para ser, poder y hacer)	Álvaro Santos
Gestión del conocimiento	Biblioteca	José Servando Suárez
	Formación	Juan Sanz
	Planificación docencia e investigación	Juan Sanz
	Benchmarking (comparación)	Álvaro Santos
Gestión de la tecnología	Informática	Fernando Gil
	Tecnología sanitaria	Rosa Sánchez
Aprovisionamiento	Almacén	Gracia Navas
	Compras	M. ^a Angeles Martínez
Gestión de instalaciones	Adecuación estructuras	Manuel Hervás
	Gestión residuos	Alfonso Corchero
	Mantenimiento preventivo	Carlos Pérez
	Mantenimiento correctivo	Manuel Hervás/Carlos Pérez
Gestión económica	Gestión contable	Cleofé Aguilar
	Gestión presupuestaria	Cleofé Aguilar
Docencia	MIR	Juan Sanz
	Otros alumnos externos	Juan de Dios Tortosa

de Dirección, se desarrollan y mantienen los procesos estratégicos; a nivel de Dirección Asistencial, la mayoría de los procesos clave u operativos y a nivel de las tres Direcciones, de Gestión, de Recursos Humanos y de Prestaciones, Gestión de Usuarios y Sistemas de Información, los procesos de apoyo (Figuras 6, 7 y 8).

4. Nombramiento de los gestores de proceso: Persona a la que se le asigna la responsabilidad del proceso; es decir, que este obtenga los resultados

esperados, que cumpla sus objetivos, es por tanto quien asume la responsabilidad de su gestión y mejora continua (Figuras 6, 7 y 8).

En una primera etapa, los procesos han sido asignados a los miembros del Equipo Directivo y mandos intermedios de segundo nivel (Jefes de Servicio y/o Coordinadores de Centro de Salud), para progresivamente ir incorporando profesionales con clara voluntad de cambio y mejora y con alto grado de conocimiento de su proceso.



Se han definido como funciones del gestor de proceso las siguientes:

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

Se ha establecido una sistemática de revisión sobre los gestores de proceso por la que son revisados semestralmente de forma que la incorporación de profesionales motivados sea realizada de una forma ágil.

5. Describir y documentar los procesos: como soporte documental normalizado se dispone de una ficha de proceso en la que constan los siguientes apartados (Figura 9):

- Misión del proceso: Debe dar respuesta a las preguntas ¿qué? (cuál es la razón de ser del proceso), ¿para qué? (para qué existe el proceso) y

Figura 9. Modelo de ficha de proceso de la Gerencia de Área de Puertollano (rev. 2007)

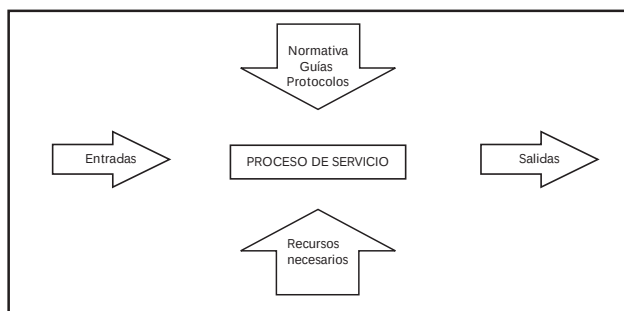
Macroproceso	
Subproceso	• Fecha: - Rev.:
Validado por	• Fecha:
Propietario	•
Misión del proceso	• ¿Qué? • ¿Para qué? • ¿Para quién?
Proveedor	•
Entradas	•
Salidas	•
Cliente	•
Documentación asociada	
Indicadores	•
Indicadores	



¿para quién? (a qué necesidad da respuesta).

- Proveedor del proceso.
 - Entradas.
 - Salidas.
 - Principales clientes: Aquellos que reciben o utilizan los productos o servicios resultados del proceso, que son quienes determinan la calidad del mismo.
- Documentación asociada: Guías, protocolos, procedimientos...
 - Indicadores: Parámetros de medición de la calidad del proceso, que deben ser siempre medibles y verificables.
6. Diagramar los procesos:
- Representación gráfica: el mapeado de los macroprocesos y subprocesos se realiza conforme a la metodología IDEF0 (Figura 10).

Figura 10. Integration Definition for function Modeling



Nivel de representación

Gerencia de Área Mapa de Procesos

Macroproceso IDEF 1

Subproceso IDEF 2

Procedimientos y actividades

Flujograma

Nivel	Representación	Características	Proceso
Área	Mapa de procesos	Procesos del Área e interrelaciones	Gestión por procesos
Proceso	IDEF 1	Documentación de proceso	Gestión por procesos
Subproceso	IDEF 2	Partes bien definidas de un proceso	Gestión por procesos
Procedimiento	Diagrama de flujo	Forma específica de llevar a cabo una actividad	Gestión de la documentación
Actividad	Diagrama de flujo	Suma de tareas	Gestión por procesos



Figura 11. Subproceso: consulta



Figura 12. Diagrama de flujo: A.1.1 Control de los registros

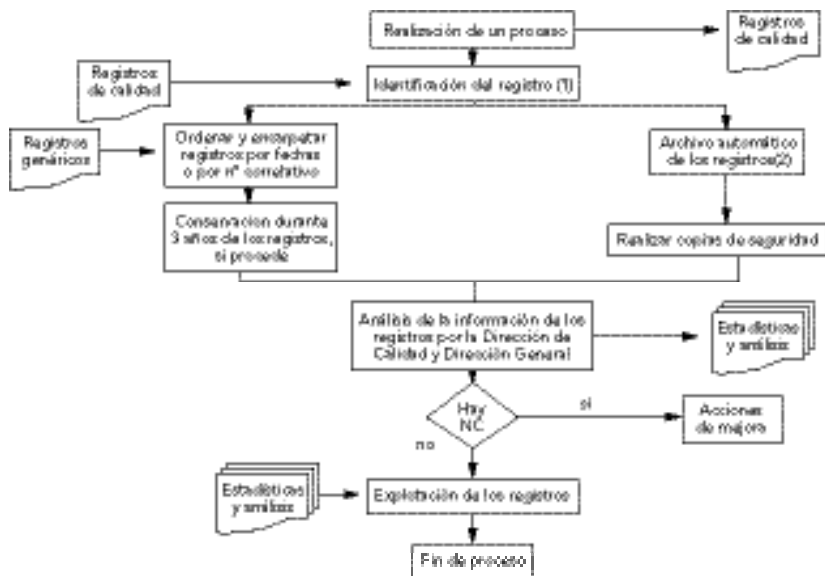




Figura 13.

Procesos	Quién	Periodicidad
Estratégicos	Comisión de dirección	Semestral
Asistenciales	Dirección de procesos asistenciales Jefe de unidad Gestor del proceso	Mensual
De soporte	Dirección correspondiente (RRHH, gestión, prestaciones) Gestor del proceso	Mensual

Los procesos se representan y describen hasta el nivel de procedimientos operativos cuya representación se realiza por medio de flujogramas en los que se definen cómo deben llevarse a cabo las actividades más relevantes de cada uno de ellos (*Figuras 11 y 12*).

- Resolución de las interfases: el sistema IDEFO tiene como uno de sus puntos fuertes el análisis y definición de los requerimientos del servicio (entradas) y las salidas del mismo, con lo que se asegura se tienen siempre en cuenta la coordinación de las interfases de los procesos entre sí y la eliminación de actividades sin valor añadido.

7. Establecer el sistema de análisis de los datos y sistemática de mejora de los procesos: 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 uno

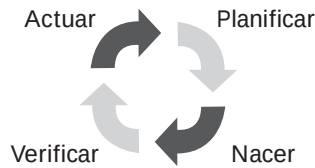
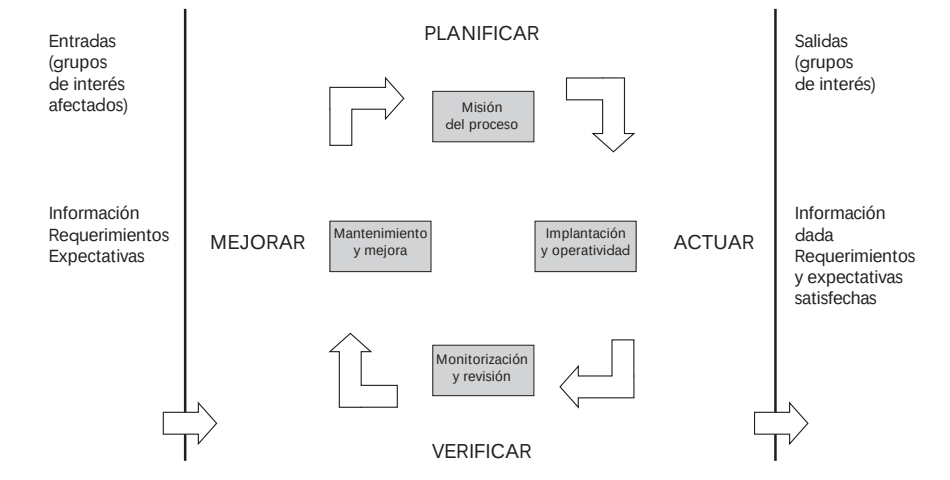
de ellos, así como en los objetivos del Área (*Figura 13*).

La revisión del sistema se realiza de forma anual por el Equipo Directivo junto con los gestores correspondientes y el coordinador de calidad, teniendo en cuenta las evaluaciones EFQM, el *benchmarking* y los resultados obtenidos del plan de acción, así como indirectamente a través de los resultados de la encuesta de clima laboral que se realiza bianualmente, donde se han introducido ítems para valorar su comprensión por parte de los profesionales.

A través del seguimiento de los indicadores y en el trabajo diario se detectan múltiples oportunidades de mejora que se intentan resolver en el proceso “acción de mejora” del sistema de calidad, parte del sistema de gestión de la Gerencia de Área de Puertollano.

Las principales fuentes de información utilizadas son las plasmadas en el cuadro siguiente:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Cuadro de mandos (control de gestión)• Indicadores de procesos y resultados• Encuestas de clientes• Procedentes de los órganos contemplados en el decreto de participación ciudadana• Encuestas de satisfacción de empleados• Directrices derivadas del plan de acción anual/plan estratégico• Directrices del SESCOAM• Autoevaluación EFQM• Información procedente de las comisiones de participación del área | <ul style="list-style-type: none">• Información derivada de la memoria de sostenibilidad• <i>Benchmarking</i> (top 20, pica [perfil de dirección asistencial])• Revisiones de publicaciones (otras memorias EFQM, manuales de gestión por procesos...)• Participación directa/indirecta en foros de debate• Formación en gestión por procesos de los directivos y líderes• Reuniones periódicas con asociaciones de usuarios y pacientes• Evolución tecnológica• Revisiones sistemáticas de las publicaciones científicas |
|---|--|

**Figura 14.****Figura 15. PDCA en los procesos de la Gerencia de Área de Puertollano**

La sistemática de análisis y detección de mejoras sigue la dinámica PDCA (Figuras 14 y 15).

Sistema de medición de los procesos y establecimiento de indicadores de rendimiento:

Como ya se ha comentado para cada proceso o subproceso se han diseñado indicadores tanto de actividad, como de calidad técnica y calidad percibida. Estos indicadores deben permitir medir el grado de consecución del objetivo del proceso (acercamiento a la misión), así como su rendimiento en términos de cumplimen-

to de los procedimientos y/o tareas detallados.

Estos indicadores están recogidos en el Plan de Acción anual y son seguidos mensualmente tanto por la Dirección correspondiente (de Procesos Asistenciales, de Gestión y Servicios Generales, de Prestaciones, Gestión de Usuarios y Sistemas de Información o de Recursos Humanos) como por los gestores de los mismos y revisados según su evolución por la Comisión de Dirección.

Las mejoras detectadas se gestionan según el subproceso "acción de mejora" reflejado en el siguiente flujograma:



Sus entradas son básicamente:

- Desviación de los indicadores.
- Informes de auditorías internas.
- Productos, servicios y operaciones no conformes.
- Quejas/reclamaciones de los clientes.
- No conformidades del SGC.

Las salidas (acciones de mejora aceptadas) son incorporadas al sistema tras la conformidad de la dirección y difundidas a toda la organización a través de la intranet del área (Figura 16).

El análisis de los datos se realiza de manera sistemática con arreglo al esquema de la Figura 17.

La detección de desviaciones en la progresión de la consecución de los objetivos se trata conforme a lo estipulado en el proceso de acciones

Figura 16.

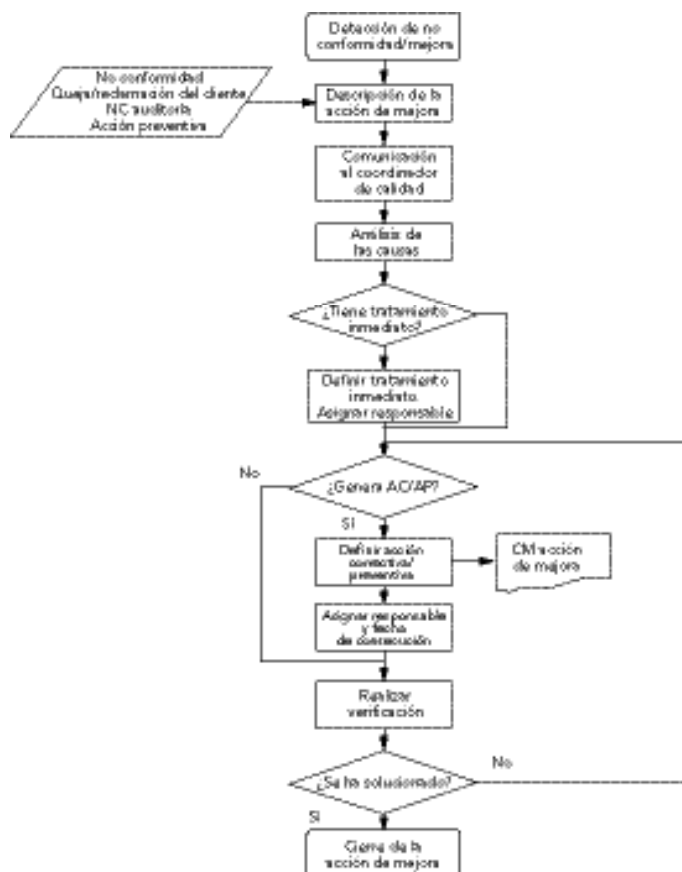
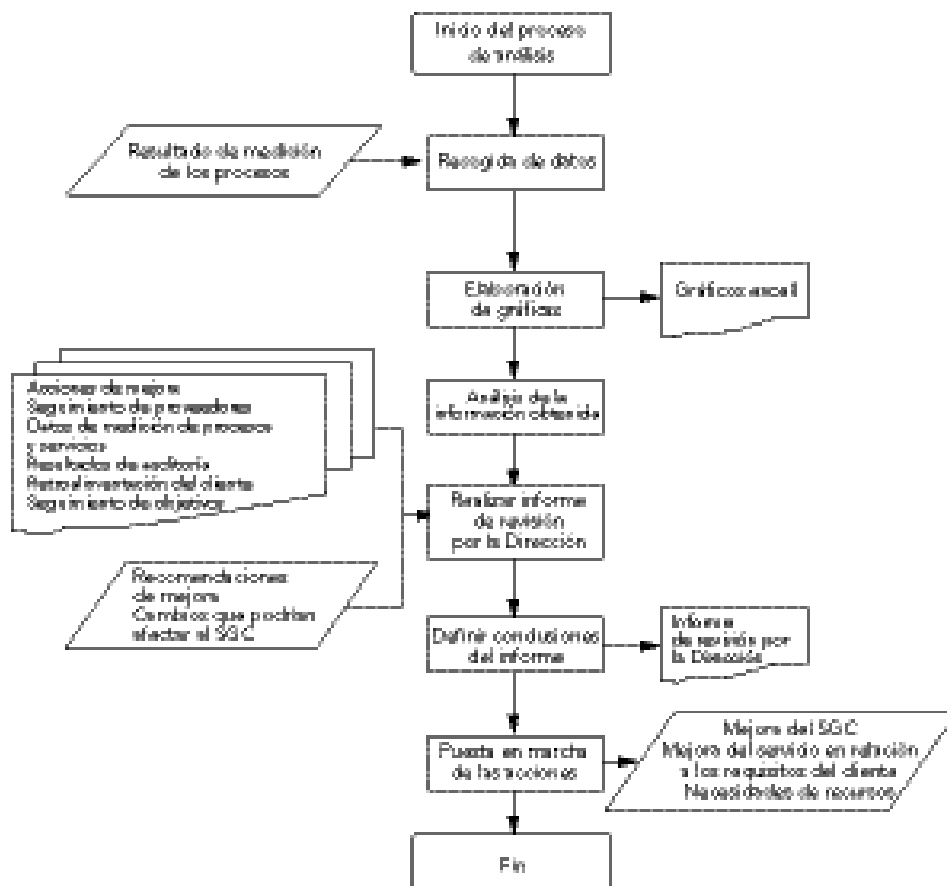




Figura 17.



de mejora conduciendo generalmente a medidas correctoras fundamentalmente en alguna o varias de estas áreas:

- Gestión del proceso.
- Formación de los implicados.
- Revisión del soporte.

Despliegue a centros de salud y servicios hospitalarios

Como estrategia para el despliegue a todos los servicios y centros de salud del área, y con la finalidad de crear cultura de gestión por procesos, se ha considerado cada uno de ellos como una pequeña organización. Se estableció en 2007 como criterio de incentivación la elaboración a nivel de centro de salud o servicio hospitalario de:



- Inventario de procesos.
- Mapa de procesos.
- Nombramiento de gestores de los procesos.

El resultado ha sido la elaboración por parte de cada una de las unidades funcionales del área de su inventario y mapa de procesos, así como la asignación entre sus profesionales de responsabilidades sobre cada uno de ellos. Algunos ejemplos se muestran en las Figuras 18, 19 y 20.

Con esta estrategia se ha conseguido iniciar a la mayoría de los profesionales del área de manera directa en la sistemática de gestión por procesos, lo que ha permitido que un gran número de ellos formen actualmente parte de los

grupos de trabajo de desarrollo de los procesos.

Rutas asistenciales de coordinación-integración de procesos primaria-especializada

El ser una gerencia de área hace que una de nuestras prioridades sea una coordinación entre atención primaria-atención especializada como garantía de continuidad asistencial, y que en ningún caso suponga la fragmentación del proceso asistencial; por ello, y dado que en lo que se refiere al desarrollo de los procesos puramente asistenciales intervienen o pueden intervenir diferentes servicios de la organización (tanto servicios del hospital como de atención primaria), a cada uno de ellos se les debe asignar su correspondiente tarea dentro del proceso. Aun

Figura 18. Mapa de procesos. Servicio de Cirugía General y Digestivo

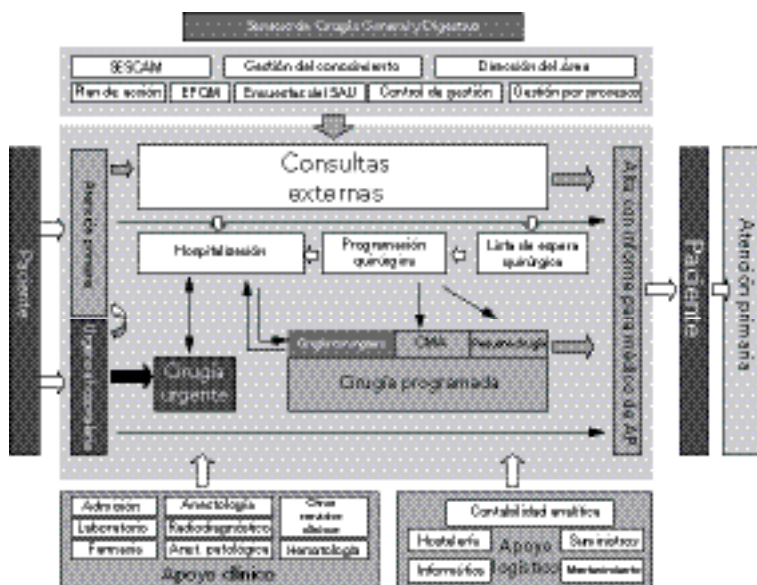




Figura 19. Mapa de procesos. Centro de Salud Puertollano II

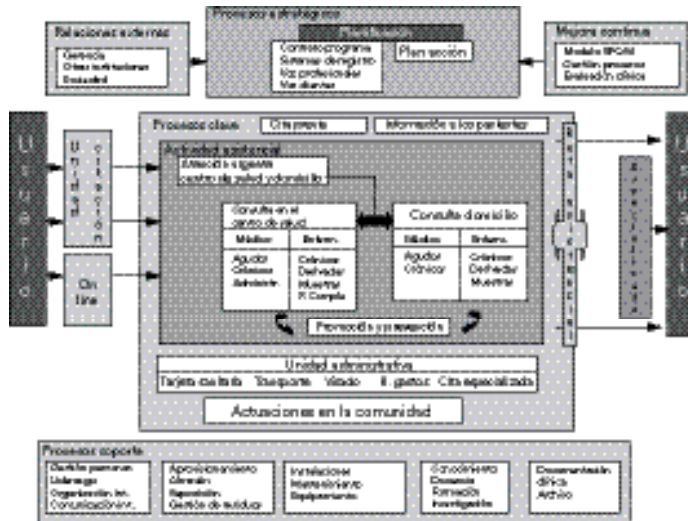


Figura 20. Inventario y responsables del proceso. Centro de Salud Puertollano III

CS3: RESPONSABLES DE PROCESOS

PROCESOS ESTRATÉGICOS

- Coordinador de Equipo AP: Manuel Romero López
- Responsable de Enfermería: M^a de Gracia Duque Siller

PROCESOS CLAVE

- Consulta Médica: CIAS
- Consulta Enfermería: Titular
- Cirugía Menor: Remedios Moreno Almodóvar
- Laboratorio/Extracciones: María de los Santos Galindo Gómez
- Asistencia Domiciliaria: Francisco José García Sánchez
- Vacunaciones: Raquel López Angulo
- Docencia: Jesús Simancas Carrión
- Relaciones Exteriores: Manuel Romero López
- Unidad Administrativa:
 - Ciudadanos: Fabián Cuballero Recuerdo
 - Estadística: Viados

PROCESOS de SOPORTE

- Material tecnológico y aparataje: M^a de Gracia Duque Siller
- Botiquín y material médico-quirúrgico: Rafacia Lara Gijón
- Almacén: Jose Antonio Arévalo Sánchez
- Residuos biológicos: Ambrosia Alcalde Moreno



El Coordinador CS3
Fdo. Manuel Romero López



así, se hace necesario resolver y facilitar la comunicación entre todos los implicados en el proceso de manera que el mismo resulte eficiente. Con el fin de eliminar las interfases existentes entre los dos niveles, atención primaria y atención hospitalaria, se han diseñado las Rutas de Coordinación-Integración Primaria-Especializada donde se establece quién, cómo, dónde y cuándo deben llevarse a cabo cada uno de los procedimientos o actividades del procedimiento para asegurar la eliminación de actividades repetitivas o de elementos que no aportan valor añadido cuando un usuario/cliente, debido a la naturaleza de su proceso, debe ser derivado entre ambos niveles asistenciales.

Nos hemos decantado por trayectorias clínicas en forma de esquemas directos, obviando lo obvio, elaborando rutas reales, cercanas y alcanzables, evitando entrar en la dinámica de otro tipo de vías clínicas que requieren largo tiempo de realización, esfuerzo enorme, gran número de profesionales, en las que se ofrece información clínica pormenorizada que actualmente se encuentra al alcance de un click de ratón y que en definitiva resultan difíciles de monitorizar, actualizar y vigilar su cumplimiento. El estudio concienzudo de la patología es responsabilidad intrínseca de los profesionales y no es la organización quien deba imponérselo. La función de la gestión es facilitar las herramientas para ejercer una medicina moderna y basada en evidencias, siempre, por supuesto, adaptado a nuestros recursos.

Las características de las rutas asistenciales son fundamentalmente (símil ruta = viaje = interconsulta):

- Sencillas, marcan viajes de ida y vuelta.

- Fáciles de elaborar, actualizar, monitorizar y cambiar. Ello les hace un buen elemento incentivador.
- Dejan claro el origen y el destino.
- Definen las paradas y los tiempos de parada.
- Definen el equipaje a llevar (pruebas, informes, etc.).

En el año 2005 se constituyen formalmente en el área las comisiones y grupos de trabajo encargados del diseño e implantación de las rutas asistenciales:

- La Comisión médico-quirúrgica, que agrupa a todos los jefes de servicio del hospital y coordinadores de centros de salud.
- La Comisión de cuidados: formada por todos los supervisores/as de enfermería del hospital y los responsables de enfermería de los centros de salud.
- La Comisión de gestión de usuarios, formada por personal de ambos niveles asistenciales.

En cada una de las rutas asistenciales, aproximadamente, el 70% de las interconsultas son para volver al origen en corto tiempo y no volver en largo tiempo a visitar ese destino, máximo 3 consultas en atención especializada (AE): 1.^a de valoración, 2.^a ver pruebas y resultados, 3.^a ver respuesta a tratamientos y proceder al alta del paciente para su seguimiento por atención primaria (AP). 15% rutas de vuelta inmediata, serían las consultas de alta resolución. Y aproximadamente otro 15% para quedarse largo tiempo en el destino, se trata de pacientes que deben ser revisados cada cierto tiempo en AE.



Requisitos de las rutas asistenciales

1. Abordar el aspecto concreto de un proceso asistencial y no el proceso global: De estos, se elegirán los de más alta prevalencia o los que generen más problemas en la coordinación de cada especialidad médica. Por ejemplo: “Ruta de coordinación de la sospecha de cardiopatía hipertensiva”, y no “la hipertensión” o la “cardiopatía”. De esta manera el médico de atención primaria (AP) podrá enviar a un paciente para hacer únicamente una ecocardiografía o para la confirmación de su sospecha, dejando claro que eso, y solo eso, le está consultando al especialista.

El especialista no secuestrará al paciente y salvo en contadas ocasiones justificadas, lo devolverá a su entorno natural (AP) con la duda resuelta que se le había consultado como experto.

2. Ser consensuadas entre los dos niveles, acordadas y comprometidas: Una gestión valiente y única velará por el cumplimiento de los pactos o contratos y, a la vez, hará partícipe a los propios profesionales de la gestión y de los logros que se vayan obteniendo con la aplicación de estas rutas de coordinación.

3. Dar respuesta a las dudas más importantes de los profesionales en cuanto a niveles de relación:

- ¿Qué interconsultar? (qué aspecto del proceso consulta).
- ¿Cómo interconsultar? (a través de papel autocopiativo, por email, por teléfono, por historia única informatizada...).
- ¿Qué pruebas aportar en la interconsulta? (soporte electrónico de imagen, radiografías, análisis...).

- ¿En qué tiempo se realizará la interconsulta? (tiempos de respuesta de AE que serán distintos según el aspecto del proceso asistencial o marcados por la ley de garantías en vigor para la gestión de la lista de espera).

- ¿Cómo contesta el especialista? (papel, email, teléfono, historia única informatizada...).

- ¿Qué documentos reportará en su respuesta? (radiografías, análisis, tac...).

- ¿Cuántas revisiones son razonables en AE? (la 1.ª valoración, una de resultados y otra para valorar evolución-alta. revisiones cada 3 ó 6 meses, cada 1-2 años, de forma continua serán excepcionales).

4. Que las rutas de coordinación sean claras y concisas, con capacidad para ser modificadas fácilmente y adaptarlas a la introducción de nuevas tecnologías: Por ejemplo, poder eliminar el SAE (documento de solicitud a atención especializada) en el momento en que exista la historia clínica informatizada única.

5. Responder a los tiempos de actuación. Adquisición de compromiso en cumplirlos aunque, por los motivos que fuere, se aumente su carga de trabajo: Hacer partícipes de la gestión de lista de espera al propio profesional (mecanismos de incentivación que lo estimulen).

6. Poder ser monitorizadas fácilmente para conocer el grado de cumplimiento: Marcar indicadores:

- De correcta asistencia.
- De satisfacción del usuario.



- Cuantificación interconsultas-altas.
- Utilización de recursos (cuantificación de analíticas, radiologías, tac, RM, etc.).
- Compromiso compartido entre los dos niveles en la participación en el uso racional del medicamento, intentando evitar un gasto inducido excesivo.

7. De obligado cumplimiento en su ejecución: Para ello deberán disponer de todas las herramientas necesarias (informática avanzada, tiempo suficiente en consulta para actuar óptimamente). Si no se cumplen estas condiciones, nunca sabremos bien qué significa la calidad asistencial.

8. Ser elemento incentivador en la productividad variable: Los profesionales que participen y cumplan los objetivos marcados en la aplicación de estas rutas, obtendrán un incentivo económico importante. Se debe dejar patente la apuesta clara de los gestores por incentivar a quien mejor trabaja.

Sistemática de elaboración

- Primer borrador realizado por uno o dos profesionales de cualquiera de los dos niveles asistenciales (guías de práctica clínica, protocolos, MBE...).
- Envío por la dirección de procesos asistenciales a uno o dos profesionales del otro nivel.
- Reunión de consenso (presente un miembro de la dirección de procesos asistenciales).
- Introducción de las modificaciones oportunas.

- Envío para su estudio a los miembros de las comisiones: La Comisión médico-quirúrgica, formada por los jefes de servicio y coordinadores de atención primaria. Su función es aprobar los aspectos médico asistenciales de las rutas.
- La Comisión de cuidados, formada por las supervisoras de enfermería y las responsables de enfermería de atención primaria. Su función es aprobar los aspectos de cuidados.
- La Comisión de gestión de usuarios, formada por personal de ambos niveles asistenciales. Su función es optimizar los aspectos que afectan a la gestión del usuario.
- Reunión de las Comisiones, discusión y aprobación.
- Comisión de calidad y apoyo a la práctica clínica.
- Comisión de dirección.

Una vez validadas por la Comisión de dirección se procede a su difusión a través de la intranet del área, a su implantación y monitorización.

Ejemplo: Ruta asistencial de la gonartrosis

Situación de partida:

- Atención primaria: "Gonartrosis. Ruego valorar". entrega el proceso al especialista.
- Atención especializada: Lo estudia, lo revisa, lo mantiene en su entorno hasta 3-4 años después en que es subsidiaria de prótesis. "Secuestro del paciente de su entorno natural".



AP le ha invitado a quedárselo. El paciente encantado porque su médico de AP no le hace nada. El especialista encantado: Hipertrofia de los servicios, mayor prestigio, revisiones, jornadas extraordinarias...

Situación deseada:

- Atención primaria:
 - Pequeña historia: “Gonartrosis grado 2-3”.
 - Aporta: Radiografía de ambas rodillas.
 - Consulta: “Si es subsidiario de prótesis de rodilla”. (Le explico al paciente para qué le envío).
- Atención especializada:
 - 1ª consulta: Valora y solicita pruebas.
 - 2ª consulta: Valora pruebas y decide de alta o cirugía.

Diseño de las rutas asistenciales

Todas las rutas elaboradas en el área responden al siguiente esquema:

- Pequeña introducción donde se señalan algunos aspectos de interés (epidemiológicos, recuerdo sintomático relevante...).
- Primera consulta en AP: Se detallan los aspectos clínicos necesarios a tener en cuenta para la correcta valoración del paciente, así como las pruebas complementarias que deben ser pedidas.

- Segunda consulta en AP: Para decidir si el paciente debe ser tratado por AP o derivado a AE a la luz de los resultados recibidos.
- Criterios de derivación a consulta especializada.
- Pruebas que debe aportar el médico de primaria en caso de derivación.
- Casos que no deben interconsultarse.
- Criterios de derivación urgente al hospital.
- Consultas en AE, estableciendo los tres grupos a los que hemos hecho referencia (grupo A: alta resolución, grupo B: 2 ó 3 consultas en AE, grupo C: revisiones en especializadas prolongadas), debe reseñarse el porcentaje aproximado de cada una de ellas con el fin de considerarlo criterio de incentiación.
- Papel de la enfermería tanto de AP como de AE.
- Tabla donde se reseñe qué, quién, dónde y cuándo se deben llevar a cabo las diferentes actividades.
- Anexos: Por consenso se decidió introducir como anexos fijos la frecuencia de revisiones en AP, así como la sistemática de tratamiento de las patologías. En función del proceso del que se trate se incluyen baremos al efecto, clasificaciones, etc.