

**JUNTA DE ANDALUCÍA**

*Consejería de Salud*

**GESTIÓN POR PROCESOS EN EL SISTEMA SANITARIO  
PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

**CURSO DE FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA**

**HUERCAL-OVERA  
26 FEBRERO 2002**

Pilar Paneque Sosa

Consejera Técnica  
Secretaría General de Calidad  
Consejería de Salud



## **I. Calidad asistencial y gestión por procesos.**

Plan Marco de Calidad y Eficiencia del Sistema Sanitario Público de Andalucía

## **II. Descripción y diseño de procesos asistenciales**

1. Conceptos básicos
2. Identificación de los procesos clave
3. Bases metodológicas

## I. Calidad asistencial y gestión por procesos.

### Plan Marco de Calidad y Eficiencia del Sistema Sanitario Público de Andalucía

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía comparte la necesidad, como cualquier organización de servicios sanitarios públicos, de optimizar sus resultados y aproximarse a las necesidades de los pacientes y usuarios del sistema, así como a las de las personas que desarrollan su labor profesional prestando servicios de salud.

## ORIENTACIÓN A LOS CIUDADANOS

### Hacer un sistema mas transparente

- *Incrementar la información sobre la salud y los problemas de salud*
- *Hacer disponible mas información a sobre los servicios que se ofertan y su funcionamiento*
- *Poner a disposición de los ciudadanos mas información sobre los resultados obtenidos*
  - *Mejorar la accesibilidad a los servicios*
  - *Disminuir barreras y trámites administrativos*
  - *Aumentar la capacidad de elección*

### Hacer un sistema mas transparente y mejor organizado

En este sentido se ha apostado por las estrategias de gestión centradas en la Calidad Total, que han supuesto un paradigma al que aproximarse desde diferentes perspectivas, en función del marco socio-político (en nuestro entorno centrado en el derecho a la salud, y los principios de universalidad y equidad), del financiador y del proveedor de los servicios.

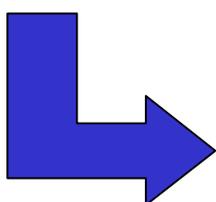
La gestión de la Calidad Total se sustenta en: la búsqueda de la satisfacción de los usuarios, la implicación activa de los profesionales, y las estrategias dirigidas a la mejora continua en las actividades que se realizan. En la anterior década, este abordaje comenzó a resultar insuficiente en una sociedad en continuo movimiento, donde las exigencias de los usuarios y sus necesidades están en permanente cambio. Así, estas líneas de acción necesitan complementarse con una visión ágil e innovadora que consiga la fidelización del cliente, pues éste no sólo espera calidad en los productos o servicios sino también que éstos se adapten permanentemente a sus necesidades.

En el entorno sanitario, la correcta integración tanto del conocimiento como de la organización de la asistencia centrada en el paciente no siempre es una realidad. De hecho, es posible que ocurra lo contrario, ya que, en un contexto de este tipo (necesidades cambiantes, rápidos avances tecnológicos y constantes aportaciones a la base de conocimientos científicos), sin una gestión adecuada de los

diferentes elementos que lo conforman, la práctica clínica puede encontrar una variabilidad por encima de lo razonablemente esperable, puede alejarse con facilidad de los intereses de los pacientes, y puede olvidar también el papel de los profesionales en la gestión de los problemas de salud.

## ORIENTACIÓN A LOS PROFESIONALES

- *Implicar y hacer posible la participación de los profesionales en la toma de decisiones*
- *Facilitar un adecuado desempeño de su actividad asistencial*
- *Facilitar la incorporación del conocimiento a la práctica clínica*



**Hacer un sistema mas descentralizado y participativo**

**La gestión por procesos** se conforma como una herramienta encaminada a conseguir los objetivos de Calidad Total en un entorno de las características mencionadas. Es decir, procura asegurar de forma rápida, ágil y sencilla el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente, en las personas que prestan los servicios, y en el proceso asistencial en sí mismo. En este sentido, supone el cambio de la organización basado en la implicación de las personas para mejorar los resultados de la misma; un cambio que trata de construir una nueva realidad, no de destruir la anterior.

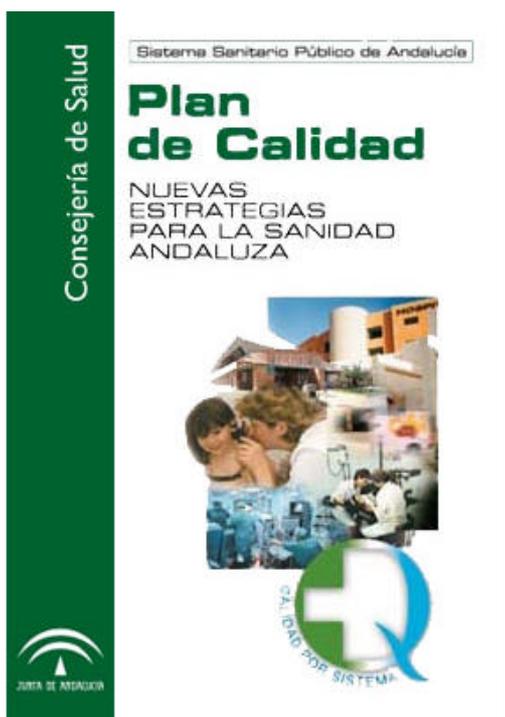
La gestión por procesos se centra, pues, en una serie de elementos fundamentales, como son:

- enfoque centrado en el usuario,
- implicación de los profesionales,
- sustento en la mejor práctica clínica a través de Guías de Práctica y desarrollo de vías clínicas,
- desarrollo de un sistema de información integrado.

La gestión por procesos que se plantea desde Andalucía incluye además un elemento de sustancial importancia, **la continuidad de la atención**, dirigida a procurar una entrega de servicios única y coordinada.

Así, la **gestión integral de procesos** se basa en la visión del proceso como el devenir del paciente a través del sistema sanitario y en su deseo de conseguir una **atención y respuesta única** a sus necesidades y problemas de salud. Como contexto, partimos de un sistema sanitario que no favorece al paciente y que, con frecuencia, le traslada la organización de sus servicios, fragmentando y dividiendo la asistencia como si cada actuación sobre el mismo usuario correspondiera a un paciente diferente.

De esta forma, la Consejería de Salud propone el desarrollo del Plan Marco de Calidad y Eficiencia, en el que, junto con la línea estratégica fundamental de calidad, desarrolla otra serie de aspectos imprescindibles para conseguir, de forma global, los fines propuestos.



## Líneas estratégicas

CALIDAD Y PROCESOS ASISTENCIALES

DESARROLLO DE PROFESIONALES

EVALUACION Y PROSPECTIVA

INVESTIGACION

SISTEMAS Y TECNOLOGIAS DE INFORMACION

FINANCIACION

COMUNICACION

En el área de calidad, como estrategia central del Plan, propone el abordaje integral de los procesos asistenciales en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, una gestión integral que se basa en los principios básicos antes citados y que, a continuación, explicamos más detalladamente:

- **Centrar las actuaciones en el usuario**, teniendo en cuenta desde el principio sus necesidades y expectativas, y midiendo su grado de satisfacción.

Por ello, el paso previo al diseño de un proceso debe ser el conocimiento y la comprensión de las necesidades y expectativas de quienes van a utilizar los servicios. Esto supone que el usuario introduce en la definición y medición de la calidad aspectos nuevos que trascienden los meramente técnicos o científicos. La calidad, así entendida, implica y mide también un conjunto de relaciones: las que se producen entre profesionales, usuarios y empresa.

Esta perspectiva proporciona, pues, una forma de enfocar el proceso de atención que favorece un cambio cultural en la organización, dirigido a no olvidar en ningún momento cuál es el verdadero centro de las actividades: el paciente.

- **Implicar a los profesionales en la gestión del proceso** del que forman parte, convirtiéndolos en los motores del cambio y en los protagonistas de las aportaciones para la mejora permanente y la integración de innovaciones, la gestión de los recursos, la organización de las actividades que componen el proceso, los procedimientos adecuados en cada momento y la mejor entrega de servicios. Integra por tanto la **gestión clínica**, y pretende aportar una visión dinámica de la contribución de los profesionales a la gestión.

Por otro lado, pone especial énfasis y, en cierta medida, obliga a construir el proceso sobre el trabajo en equipo, aunando personas de diferentes disciplinas, que desarrollan su actividad en diferentes espacios de atención, en aras de lograr un proceso de atención coherente e integrado.

- **Práctica clínica adecuada**, que aporta al proceso las recomendaciones clínicas necesarias en forma de guías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados que sustenten cada una de las actuaciones, y que incorporen las innovaciones necesarias establecidas durante el rediseño del proceso.
- **Sistema de información integrado**, que proporcione el conocimiento necesario sobre qué actividades se realizan, para quién, en qué momento, cuál es la efectividad de estas actuaciones y su coste. Es decir, un sistema de información que permita evaluar las intervenciones para la mejora continua.
- Por último, **la continuidad de la asistencia**, como objetivo fundamental. Se trata no sólo de mejorar el qué y cómo se realizan las actuaciones, sino también el cuándo, parámetro que se relaciona directamente con la efectividad y eficiencia de las mismas. Así, el objetivo se centra en romper las interfases, rellenar los espacios en blanco, y en eliminar las actuaciones que no aportan valor añadido al proceso de atención.

## II. Descripción y diseño de procesos asistenciales en el Sistema Sanitario Público de Andalucía

### 1. Conceptos básicos

Un proceso se puede definir de varias formas:

- Secuencia de actuaciones orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada (JM Costa i Estany).
- Sucesión de actividades en el tiempo con un fin definido.
- Organización lógica de personas, materiales, energía, equipos y procedimientos en actividades de trabajo diseñados para generar un resultado específico (EFQM- European Foundation for Quality Management).
- Concatenación de las decisiones, actividades y tareas llevadas a cabo por diferentes profesionales en un orden lógico y secuencial para producir un resultado previsible y satisfactorio (A. Arcelay).



Figura 1. Secuencia de actividades de un proceso.

**En todas ellas el concepto subyacente es el mismo:**

*Un conjunto de actividades destinadas a generar valor añadido sobre las entradas para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente.*



Figura 2. Definición de proceso. Tomado de Costa y asociados

Por ello, en el marco de la organización sanitaria pública, un **proceso asistencial** es el conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas), que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de

satisfacción de la población que recibe los servicios, entendidos éstos en un amplio sentido (aspectos organizativos, asistenciales, etc).

Y la **gestión por procesos** implica 'reordenar los flujos de trabajo de forma que aporten valor añadido dirigido a aumentar la satisfacción del cliente y a facilitar las tareas de los profesionales'.

En este sentido, un proceso asistencial debe tener un **amisión** claramente definible (qué, para qué y para quién), unas **fronteras** delimitadas con entradas y salidas concretas, secuencias de etapas claramente integrables, y debe poder **medirse** (cantidad, calidad, coste).

Pero no todos los procesos que se llevan a cabo en las organizaciones tienen las mismas características, motivo por el que se pueden clasificar, en función del impacto más o menos directo sobre el usuario final, de la siguiente forma:

- **Procesos estratégicos:** adecúan la organización a las necesidades y expectativas de los usuarios. En definitiva, guían a la organización para incrementar la calidad en los servicios que presta a sus clientes. Están orientados a las actividades estratégicas de la empresa: desarrollo profesional, marketing, ...
- **Procesos operativos:** aquéllos que están en contacto directo con el usuario. Engloban todas las actividades que generan mayor valor añadido y tienen mayor impacto sobre la satisfacción del usuario. Todos los procesos clínico-asistenciales se pueden considerar incluidos en esta categoría.
- **Procesos de soporte:** generan los recursos que precisan los demás procesos

PROCESOS ESTRATÉGICOS O DE GESTIÓN	PROCESOS OPERATIVOS O CLAVE	PROCESOS DE APOYO O SOPORTE
<p><b>NECESARIOS PARA EL MANTENIMIENTO Y PROGRESO DE LA ORGANIZACIÓN:</b></p> <p>Plan Estratégico. Encuestas de satisfacción. Planes de calidad. Plan de Investigación. Autoevaluación ...</p>	<p><b>GUARDAN RELACIÓN DIRECTA CON LOS CLIENTES, IMPACTO SOBRE SU SATISFACCIÓN:</b></p> <p>Proceso clínico-asistencial.</p>	<p><b>APOYAN A LOS PROCESOS OPERATIVOS PARA QUE ÉSTOS SE CUMPLAN:</b></p> <p>Gestión pacientes. Almacén. Hostelería, Mantenimiento. Farmacia....</p>

Figura 3. Tipos de procesos. Tomado de Xavier Badía

Para la representación esquemática de los procesos, se utiliza con frecuencia la **metodología IDEF** (Integration Definition for Function Modelling), pues ésta permite:

- Definir y dibujar **cómo un proceso se relaciona** y está integrado con el resto de procesos de la organización.
- Representar **gráficamente cada proceso por separado**, en forma de caja que recibe **tres tipos de entradas** y que, tras aportar valor añadido, emite una **salida**.

Las **entradas del proceso** son: por la izquierda, solicitud o requerimiento del servicio; por la parte inferior, los recursos consumidos (materia prima, servicios externos, información, ...); y, por la parte

superior, los factores que condicionan la forma en que se presta el servicio (denominados por algunos autores 'guías'), y que incluyen protocolos, necesidades del usuario, presupuestos, ... **La salida del proceso** es el servicio facilitado al usuario (ver figura 4).

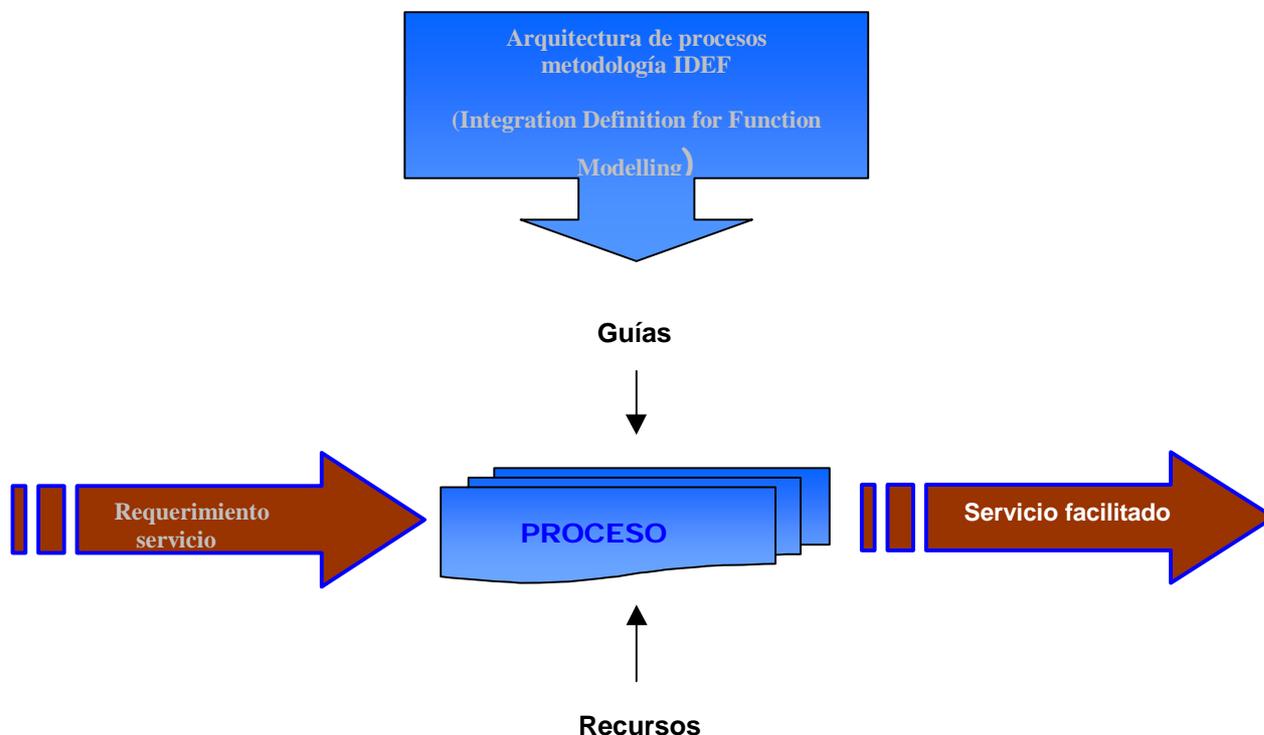


Figura 4. Descripción de un proceso según metodología IDEF

Este método de representación básico propuesto por la metodología IDEF ha servido de base para el modelo desarrollado en Andalucía, si bien se ha adaptado y modificado según las necesidades de la gestión por procesos en esta Comunidad Autónoma, y se ha buscado la mayor simplicidad y claridad posibles.

Así, según las líneas marcadas en el Plan de Calidad, en el Sistema Sanitario Público de Andalucía se apuesta por la implantación de una estrategia de **gestión integral de procesos asistenciales**. Por ello, se describe a continuación qué procesos operativos o clave se han seleccionado para proceder a su reanálisis y, en el siguiente punto de este capítulo, se expone la metodología adoptada para el diseño de los procesos asistenciales.

Ésta es fundamentalmente una metodología de consenso entre los profesionales que intervienen directamente en las actividades asistenciales propias de cada proceso. De ahí que todas las etapas estén sustentadas en el trabajo en equipo, al considerar que son los propios profesionales quienes mejor conocen los procesos y sus posibilidades de mejora.

La propuesta metodológica que se realiza a continuación es muy sintética. Se ha optado por no realizar una descripción muy detallada de las bases metodológicas en las distintas etapas de diseño de los procesos, y sí por incidir más en la presentación de numerosos ejemplos, basados en algunas partes del trabajo global que distintos grupos de profesionales andaluces están llevando a cabo en la actualidad, y que servirán para ilustrar y clarificar las ideas expuestas.

## 2. Identificación de los procesos clave

La gestión por procesos exige, en primer lugar, una estrategia de identificación de los procesos que en la organización se consideran prioritarios (procesos 'operativos' o 'claves') y, a continuación, una ordenación según su importancia, el impacto que pueda tener su rediseño sobre los usuarios, el interés por su mejora continua, etc.

En el caso del Sistema Sanitario Público de Andalucía, la identificación y priorización se ha realizado mediante la constitución de un grupo de expertos, que ha analizado las fuentes de información disponibles de la Consejería de Salud:

- Distribución de las altas por GRDs más frecuentes.
- Datos de Lista de Espera Quirúrgica del año 2000.
- Estadísticas de Mortalidad Evitable.
- Datos de CMBD del año 1999.

y otras fuentes documentales:

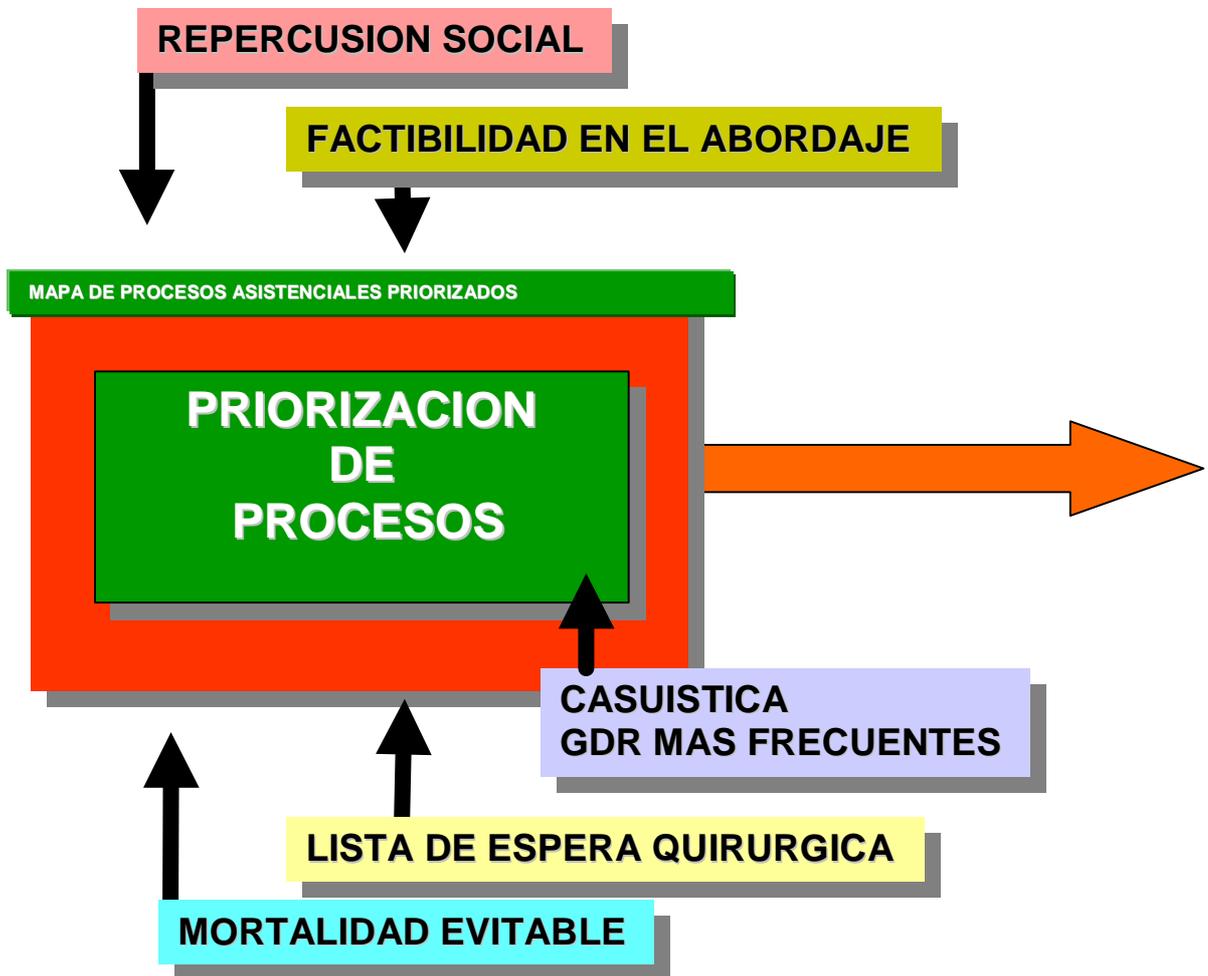
- Producto en Atención Primaria. Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud.
- Estudio DRECA.
- Informe SESPAS 2000 (Salud Pública y Administración Sanitaria).
- Plan Andaluz de Salud 1999. Consejería de Salud.
- Proyecto de análisis y desarrollo de un sistema de información sanitaria en Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Tras el análisis y debate sobre dichas fuentes, se han priorizado los procesos operativos-claves mediante los siguientes pasos:

1. Adaptación de una parrilla de priorización según criterios específicos.
2. Definición, mediante consenso entre el grupo de expertos y la Consejería de Salud, de los criterios específicos seleccionados:
  - Alta prevalencia.
  - Lista de espera.
  - Impacto social.
  - Coste elevado.
  - Casuística más frecuente.
  - Aportación de valor añadido a los usuarios.
  - Factibilidad para abordar el proceso.
3. Reanálisis del resultado de la priorización anterior y consulta a cargos directivos de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud.

Con esta información, y a partir del listado inicial de los procesos priorizados (unos 70 en total), la Consejería de Salud estableció cuáles serían los 20 primeros a abordar en el año 2001 (Mapa 1). Finalizado el período de descripción y diseño de éstos (ocho meses aproximadamente), se han seleccionado otros 21 que ocuparán el segundo período (Mapa 2). Así, a lo largo del periodo 2001 – 2002 se habrán analizado y diseñado en total 41 procesos asistenciales, que, en conjunto, suponen más de un 90% de las patologías que se tratan en los centros sanitarios andaluces.

## Identificación de los procesos clave



Además, se están abordando también otros procesos, ya sea relacionados directamente con áreas de salud pública de especial relevancia (tuberculosis, brucelosis, factores de riesgo cardiovascular, ...) o con otros aspectos de interés debido a su novedad o a la necesidad de valorar su factibilidad (Ej. tratamiento del dolor con acupuntura).

La tarea de análisis y diseño de todos estos procesos se está realizando a través de otros tantos grupos de trabajo multidisciplinares, constituidos, como ya se ha citado, por profesionales sanitarios directamente implicados en el desarrollo de tareas asistenciales.

Para realizar el trabajo de diseño de procesos, el Responsable de cada grupo ha asistido a un taller sobre gestión por procesos, y todos los demás miembros han recibido documentación diversa sobre aspectos metodológicos, así como un guión, homogéneo para todos los grupos, de las distintas sesiones de trabajo que hay que desarrollar. Además, cada una de las personas del grupo central de expertos han asesorado en diversas etapas a los correspondientes grupos, y han participado junto con ellos en la revisión final de los trabajos.

La metodología que se está utilizando es la que se propone en el capítulo siguiente, y los resultados de cada grupo de trabajo, una vez diseñados los procesos y consensuada su implantación, se expondrán a todos los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

### Mapa de Procesos 1:

- Ataque Cerebro-Vascular
- Atención al Enfermo Pluripatológico
- Cáncer de Cérvix y Útero
- Cáncer de Mama
- Catarata
- Cefaleas
- Colecistitis, colelitiasis
- Cuidados paliativos
- Dolor Torácico
- Dolor Abdominal
- Diabetes
- Demencias
- Embarazo, Parto y Puerperio
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- Fractura de Cadera
- Hiperplasia Prostática Benigna/Cáncer de Próstata
- Insuficiencia Cardíaca
- Patología Osteoarticular Crónica
- Síndrome de Ansiedad, Depresión y Somatizaciones
- VIH/SIDA

### Mapa de Procesos 2:

- Amigdalectomía/Adenoidectomía
- Anemias
- Arritmias
- Asma del Adulto
- Asma Infantil
- Cáncer Colorrectal
- Cáncer de Piel
- Disfonía
- Disfunción Tiroidea
- Dispepsia
- Hemorragias Uterinas Anormales
- Hepatitis Vírica
- Hernias Abdominales
- Insuficiencia Venosa Crónica
- Otitis
- Politraumatizados
- Prótesis Articulares
- Síndrome Febril de Larga Duración
- Síndrome Febril en el Niño
- Trastornos de la Conducta Alimentaria

### 3. Bases metodológicas

La metodología de descripción y diseño de procesos asistenciales presenta como objetivo fundamental:

*Establecer el modelo teórico deseable en el que se ha de basar el desarrollo de cada proceso asistencial integrado, en el marco del Sistema Sanitario Público de Andalucía.*

Para ello, es imprescindible tener en cuenta las siguientes premisas básicas que deben estar presentes durante toda la fase de diseño del proceso asistencial, el cual ha de:

- *CENTRARSE EN EL CIUDADANO, ES DECIR, INCORPORAR LAS EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS.*
- *GARANTIZAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL.*
- *INCLUIR SÓLO AQUELLAS ACTIVIDADES QUE SÍ APORTAN VALOR AÑADIDO.*
- *PROCURAR LA PARTICIPACIÓN DE TODOS LOS PROFESIONALES, ASEGURANDO SU IMPLICACIÓN Y SATISFACCIÓN.*
- *SER FLEXIBLE, PARA ADAPTARSE A NUEVOS REQUERIMIENTOS E INCORPORAR MEJORAS.*

Con estas bases, la propuesta metodológica que se plantea comienza por delimitar el área de actuación asistencial, definir los destinatarios del proceso y explorar sus expectativas, diseñar los flujos y las actividades que conformarán el proceso, así como los distintos elementos que intervienen en el mismo, representarlo gráficamente, y aportar un conjunto pertinente de indicadores.

1. DEFINICIÓN GLOBAL DEL PROCESO	1. Definición funcional del proceso
	2. Límites del proceso: entrada, marginal y final
	3. Responsable del proceso
2. DESTINATARIOS Y OBJETIVOS DEL PROCESO	1. Destinatarios y expectativas del proceso
	2. Objetivos y Flujos de salida. Características de Calidad
3. COMPONENTES DEL PROCESO	1. Elementos que intervienen y recursos del proceso
	2. Actividades del proceso. Características de Calidad
4. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL PROCESO	Diagrama de Flujos del proceso
5. INDICADORES	Estructura de indicadores del proceso

# 1. Definición global del proceso

Es la primera etapa en la descripción del proceso. Por ello, es imprescindible una formulación adecuada que facilite su correcto desarrollo posterior. No se pretende realizar una definición estándar, sino centrar el proceso a través de una fase previa de discusión en la que los grupos de trabajo constituidos al efecto debatan sobre los siguientes aspectos:

- Caracterizar el problema de salud, patología o síndrome, según el proceso natural del mismo, analizando las fases de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
- Definir la tipología o categorías de pacientes aludidos o implicados en la descripción del proceso.
- Exponer la visión que tienen los distintos profesionales desde su nivel asistencial.
- Identificar de forma sencilla los principales problemas que condicionan su correcto manejo.
- Proponer un escenario común al que referirse a lo largo de la descripción del proceso.

## 1.1 Definición funcional

Se trata de definir de forma clara y práctica el proceso a través de sus funciones.

## 1.2 Límites del proceso

El proceso ha de ser continuo y fluido, con actividades y responsabilidades perfectamente definidas y concatenadas. Debe resultar sencillo identificar la entrada y la salida de la cadena asistencial, para establecer los límites del proceso. En definitiva, se trata de delimitar dónde empieza y termina la secuencia de actividades relacionadas con el proceso.

**Límite de entrada.** En general, la entrada en el proceso puede producirse en cualquiera de los niveles de atención sanitaria (Urgencias, Primaria o Especializada). En algunos procesos es más frecuente y lógica la entrada a través de algún nivel específico, mientras que en otros casos, al no existir un nivel de entrada "típico", será conveniente caracterizar y describir las actuaciones del proceso según las diferentes vías de entrada

**Límites marginales.** Están constituidos por aquellas actividades que, aún perteneciendo al proceso lógico asistencial, no se van a formalizar.

**Límite final.** Igual que con el límite de entrada, la salida del proceso puede producirse en cualquiera de los niveles asistenciales. En los procesos crónicos es muy frecuente que no se pueda identificar límite final, pues los pacientes necesitan recibir asistencia sanitaria durante toda su vida. En los procesos agudos sí se suele producir resolución y finalización del proceso.

## 1.3 Responsable del proceso

Persona o unidad cuya actividad está relacionada directamente con el desarrollo del proceso: es el Responsable de la gestión sistemática del proceso y de la mejora continua del mismo.

El Responsable de un proceso debe cumplir unos requisitos básicos:

- **Saber:** conocer con profundidad el proceso que va a liderar; disponer de conocimientos en metodología de calidad, gestión de procesos, gestión en las organizaciones sanitarias.
- **Poder:** capacidad para la toma de decisiones y para facultar al personal ('empowerment') en la toma de decisiones sobre la gestión y mejora del proceso, en función del grado de responsabilidad delegada a cada uno. En este sentido, es importante la capacidad de liderazgo del Responsable.

- **Querer:** asumir voluntariamente la responsabilidad de la gestión del proceso.

Las funciones del Responsable del proceso se resumen en:

- Asegurar que el proceso se desarrolla como está diseñado.
- Buscar la participación y el compromiso de todas las personas que intervienen en el desarrollo del mismo.
- Garantizar el control y la mejora continua del proceso.
- Asegurar que el producto final satisface las necesidades del destinatario.
- Adaptarlo a las necesidades cambiantes de los usuarios, tecnología, etc.

El Responsable del proceso se debe definir siempre en el nivel local, cuando se vaya a realizar la implantación del proceso. Por tanto, debe ser una o varias persona/s concreta/s del área o equipo asistencial.

**TABLA 1. DEFINICIÓN GLOBAL DEL PROCESO**

<b>Definición funcional:</b> Definición del proceso a través de sus funciones.	
<b>Límite de entrada:</b> Momento de entrada del paciente en el proceso.	
<b>Límite final:</b> Momento de salida del paciente del proceso.	
<b>Límites marginales:</b> Actividades que no se van a abordar aunque pertenecen al proceso asistencial	
<b>Observaciones</b> Aspectos de interés por su dificultad, implicaciones para la continuidad de la asistencia del proceso, etc.	

## 2. Destinatarios y objetivos del proceso

### 2.1 Destinatarios del proceso

Es imprescindible tener claramente definidos los destinatarios de los servicios que suministramos, para adecuar al máximo posible nuestras actividades a sus necesidades y expectativas.

Los destinatarios son las personas o estructuras organizativas sobre los que la salida del proceso tiene impacto y, por tanto, quienes van a exigir que todo haya funcionado correctamente y que el proceso haya aportado valor añadido. Pueden ser los pacientes, familiares, profesionales de otros servicios o de otro nivel asistencial, otras organizaciones, ...

### Expectativas de los destinatarios

Son las creencias de cómo debe ser el producto o servicio que van a recibir. En definitiva, lo que cada uno espera de los elementos que forman parte del proceso. Afecta a la mayoría de las actividades que lo integran y dependen de cada destinatario, por lo que pueden ser muy diversas.

La valoración de las necesidades, expectativas y satisfacción de los usuarios es un aspecto clave en la gestión de procesos, pues permite obtener la información necesaria para adaptar los mismos a las demandas de los usuarios en un proceso continuo de mejora.

La razón última del proceso es satisfacer las necesidades y expectativas de sus destinatarios. Este objetivo es el que debe guiar todas las actividades que se realicen.

La experiencia en la descripción de los procesos realizada hasta el momento ha permitido conocer muchas de las expectativas generales de los usuarios y profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, a través de la organización de grupos focales con usuarios, encuestas de opinión, revisión de estudios anteriores, etc.

Esto implica, pues, mantener y potenciar el indiscutible valor que tiene la incorporación de expectativas en el diseño de los procesos, ya que, una vez conocidas las expectativas generales, permite a los grupos centrarse en la exploración y el conocimiento de **expectativas específicas** en relación con aspectos **muy concretos** del desarrollo del proceso (por ejemplo, si se pretende incluir un procedimiento nuevo o modificar algún aspecto primordial de su desarrollo). En este sentido, y en aquellos procesos que se crea necesario, se considera muy adecuada la realización de grupos focales con pacientes, planteados específicamente para el conocimiento de los aspectos concretos antes señalados.

La forma de obtención y representación de las expectativas puede ser diferente según el destinatario y el área o dimensión de la atención a la que se refieren. En caso de que sean muchas (suele ocurrir en el destinatario principal) resulta útil agruparlas según área de atención. Es importante también, para el diseño del proceso, analizar las expectativas de los profesionales de distintos niveles asistenciales, pero referidas al propio desarrollo del proceso, y no a sus expectativas generales en cuanto a situación laboral, formación, etc., que competen a otra faceta del ámbito sanitario.

**TABLA 2. DESTINATARIOS Y EXPECTATIVAS DEL PROCESO**

<p><b>Destinatarios:</b> Personas o estructuras organizativas a las que va dirigido el proceso</p>	<p><b>Expectativas:</b> Lo que esperan los destinatarios del proceso<sup>1</sup></p>		
<p><b>Paciente (Destinatario 1)</b></p>	<p><u>Accesibilidad</u> - -</p>	<p><u>Entorno</u> - -</p>	<p><u>Trato</u> - -</p>
<p><b>Familiares (Destinatario 2)</b></p>			
<p><b>Facultativos de otros niveles asistenciales (Destinatario 3)</b></p>			
<p><b>Destinatario ...</b></p>			

<sup>1</sup> Se pueden clasificar según las dimensiones del modelo SERVQUAL de satisfacción con la atención sanitaria:

**Accesibilidad.**- Facilidad para el contacto con los servicios, accesibilidad física y telefónica, tiempos de espera, horarios...

**Comunicación.**- Comprensión del lenguaje, escucha, pedir opinión, hacerles partícipes de los cuidados...

**Cortesía.**- Amabilidad, consideración.

**Competencia.**- Conocimiento y habilidades del personal para realizar el servicio; coordinación interna.

**Capacidad de respuesta.**- Capacidad de responder a tiempo, adaptación flexible a las demandas.

**Tangibilidad.**- Entorno; percepción sobre los recursos de que se dispone: si éstos son adecuados y suficientes.

## 2.2 Objetivos y Flujos de Salida. Características de Calidad

Una vez definidas las necesidades y expectativas de los destinatarios, es necesario determinar cuáles son los servicios tangibles que se entregarán a los usuarios, los cuales se traducirán en actividades concretas a desarrollar en el transcurso del proceso. Así, los Objetivos y Flujos de Salida se pueden considerar como la **adecuación de los servicios sanitarios a las necesidades y expectativas del usuario**.

Estos Flujos de Salida (atención sanitaria, educación para la salud, ...) pueden ser diferentes según los distintos destinatarios del proceso. Cada uno de ellos debe tener unas **Características de Calidad**, cuyo cumplimiento garantizará que se satisfacen las expectativas de los usuarios y destinatarios del proceso. Por ello, estas características de calidad deben plantearse en función de las expectativas específicas que los usuarios hayan manifestado en el apartado anterior.

Para conseguir que esta parte del diseño del proceso sea de la máxima utilidad, y no se convierta en una relación de cuestiones obvias y reiterativas, es necesario que los Flujos de Salida y las **Características de Calidad sean cuestiones concretas y operativas**, adaptadas a las necesidades y expectativas de los usuarios, específicas del proceso y que se puedan traducir en actividades definidas. De este modo, se conseguirá que las Características de Calidad reflejen aspectos inherentes al proceso, del máximo interés y con la mayor posibilidad de operativizarse.

**TABLA 3. OBJETIVOS Y FLUJOS DE SALIDA. CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD**

<b>Destinatario</b>	<b>Objetivos y Flujos de Salida:</b> Servicios concretos que se entregan a los destinatarios del proceso	<b>Características de Calidad:</b> Especificaciones o cualidades que deben cumplir los servicios para satisfacer las necesidades y expectativas de los destinatarios

Los **Objetivos del proceso** de atención sanitaria se equiparan a los Flujos de Salida en el sentido de que son servicios concretos que se entregan al usuario y que se definen sobre la base de sus necesidades y expectativas.

## 3. Componentes del proceso

### 3.1 Personas que intervienen y recursos del proceso

Son los profesionales, unidades o recursos que contribuyen al desarrollo del proceso, realizando o permitiendo alguna actividad. Se pueden agrupar en función de las actividades que realizan y por categorías.

- **Responsable** del proceso.
- **Personas o unidades que realizan actividades:** realizan una actividad concreta dentro del proceso (tabla 4), que estará definida y situada cronológicamente en el diagrama del proceso junto con sus Características de Calidad.
- **Recursos materiales y humanos:** elementos de entrada al proceso. Están determinados por las necesidades del proceso para la consecución de sus objetivos. Deberán estar definidos los recursos principales del proceso, así como sus requisitos de calidad (tabla 5), pudiendo agruparse en:
  - Fungibles.
  - Inventariables (mobiliario y equipamiento).
  - Personal.
- **Unidades de soporte:** son aquellas unidades responsables de los procesos de soporte. Ofrecen al proceso operativo las entradas o recursos necesarios para la consecución de sus objetivos

Cada uno de estos **procesos de soporte** se constituye con una estructura similar al resto de los procesos (responsable, destinatarios, entradas, etc), y su objetivo será dotar de recursos, y apoyo logístico o administrativo, a los procesos operativos. Por tanto, se comportan como proveedores del proceso operativo y aparecerán como tales en los diagramas que definen a aquéllos.

Las entradas que suministran las Unidades de soporte o apoyo se especificarán en el proceso operativo, junto a la unidad proveedora que la ofrece (tabla 6).

### 3.2 Actividades del proceso. Características de Calidad

Se describirán las actividades concretas que deben realizarse en cada proceso o subproceso, así como sus Características de Calidad (Tabla 4). Para ello, es necesario incorporar la búsqueda y valoración de **evidencia científica sobre normas de asistencia**, seleccionando los parámetros más relevantes.

En aquellos aspectos en los que no se dispone de evidencias, o éstas no son suficientemente concluyentes, la descripción de las actividades y sus Características de Calidad se basará en consensos, recomendaciones de expertos, etc, aunque siempre es conveniente comenzar con una valoración rigurosa de las normas de asistencia para responder a cuestiones como las siguientes:

- ¿ Existen evidencias de que la intervención utilizada es efectiva?.
- ¿ Están estas normas relacionadas con la aceptabilidad y la seguridad?.
- ¿ Existe información clara sobre el método utilizado para elaborar las normas?.

En definitiva, las actuaciones en cada proceso deben estar justificadas sobre la base de la evidencia científica disponible, y en función de su efectividad y eficiencia demostradas. Estas actuaciones pueden traducirse en guías de práctica clínica, planes de cuidados estandarizados o vías críticas, que permiten definir las actividades y sus Características de Calidad.

En las tablas siguientes se exponen, de forma general, las plantillas apropiadas para la descripción de los componentes del proceso y de las actividades que se van a realizar durante su desarrollo.

**TABLA 4.- COMPONENTES DEL PROCESO: PROFESIONALES Y ACTIVIDADES**

<b>Profesionales que intervienen</b>	<b>Actividades</b>	<b>Criterios de Calidad:</b> Especificaciones o cualidades que deben cumplir las actividades del proceso

En esta relación de profesionales y actividades es necesario definir con detalle y precisión los requisitos de calidad de estas últimas, por lo cual resulta imprescindible describir en cada proceso los siguientes apartados:

- Indicaciones diagnósticas, terapéuticas y/o quirúrgicas.
- Criterios de derivación, hospitalización, etc.
- Tiempos de demora diagnóstica, quirúrgica o terapéutica en relación a estándares aceptados según criterios científicos.
- Recomendaciones terapéuticas basadas en la mejor evidencia disponible, con la indicación del grado de evidencia, en caso necesario.

**TABLA 5.- COMPONENTES DEL PROCESO: RECURSOS**

<p><b>Recursos:</b> Elementos fijos de la organización que se emplean para poder desarrollar las actividades del proceso</p>	<p><b>Características generales de los recursos / requisitos:</b> (Se especificarán sólo cuando sea necesario para la definición general del proceso)</p>	
<p><b>Personal</b></p>		
<p><b>Aparataje</b></p>		
<p><b>Instrumental</b></p>		
<p><b>Material fungible</b></p>		
<p>...</p>		

Las características y requisitos de los recursos pueden ayudar a analizar cuáles serían las necesidades para desarrollar el modelo ideal del proceso y, de esta forma, valorar la diferencia entre el modelo teórico y la realidad actual del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

**TABLA 6.- COMPONENTES DEL PROCESO: UNIDADES DE SOPORTE**

<p><b>Unidades de soporte:</b> Unidades que ofrecen al proceso operativo las entradas o recursos necesarios para la cumplimentación de sus objetivos</p>	<p><b><u>Entradas</u></b></p>
<p><b>Servicio de Laboratorio</b></p>	
<p><b>Servicio de Radiodiagnóstico</b></p>	
<p><b>Servicio de Almacén</b></p>	
<p>...</p>	

## 4. Representación gráfica del proceso

Consiste en la representación esquemática, paso a paso, de los detalles de un proceso. Incluye las entradas al proceso (inputs) y sus salidas (outputs), así como el conjunto de actividades y tareas en el desarrollo del mismo.

Sirve para:

- Visualizar globalmente el proceso, los niveles de actuación asistencial (Atención Primaria, Atención Especializada, Urgencias o Emergencias), los profesionales implicados (médicos, enfermeras, personal no sanitario), y los recursos necesarios para obtener el resultado esperado.
- Identificar rápidamente funciones, responsabilidades y competencias de los participantes.
- Ligar las vías críticas con las organizativas, es decir, el 'qué' y el 'cómo', en relación con las tareas a realizar.
- Identificar puntos donde se puede medir la efectividad y eficiencia del proceso.

### Pasos a seguir en la representación de los procesos integrados

El diseño de procesos integrados, altamente complejos y que implican a varias instituciones dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía, obliga a abordar la representación gráfica del proceso en diferentes niveles, desde lo más global hasta el detalle, paso a paso.



Figura 5. Niveles de arquitectura en la representación de procesos.

No es necesario para la representación de un proceso utilizar todos los niveles. Su uso dependerá fundamentalmente de dos factores:

- El tipo de proceso concreto de que se trate.
- La dinámica y experiencia previa del equipo de profesionales que lo acomete.

En todos los casos es imprescindible que, para cada nivel, el equipo marque el grado de detalle o especificación al que quiere llegar en el proceso. Una vez acordado este punto, deberá mantenerse en todo el desarrollo del nivel demapeado de procesos en el que se encuentre.

Es importante asumir desde el primer momento que en este modelo de diseño se trabaja con procesos integrados que implican a diferentes organizaciones y, por tanto, con un considerable nivel de dificultad, lo cual obligará a decidir en cada momento cuál es el instrumento de representación gráfica más adecuado.

Con la base de la metodología IDEF, se expone a continuación una propuesta propia demapeado de los procesos por niveles, y se presentan varios ejemplos del trabajo realizado por los grupos de diseño de procesos.

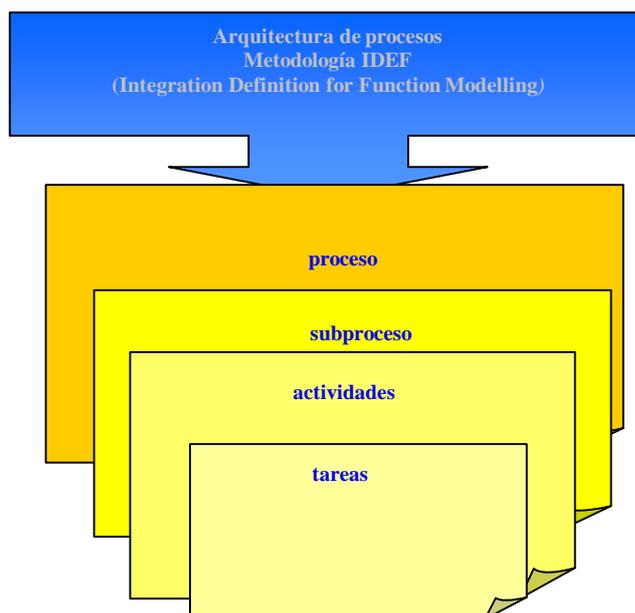


Figura 6. Arquitectura de procesos mediante metodología IDEF

Se han establecido cinco niveles de representación gráfica, desde el 0 hasta el 4, pasando progresivamente de una visión global de los procesos (nivel 0) hasta las tareas específicas a realizar en un proceso concreto (nivel 4). Para los niveles 0, 1 y 2, se ha seguido de forma simplificada la estructura de representación gráfica por niveles que propone la **metodología IDEF**. El nivel 3 permite representar gráficamente las actividades y tareas a través de **diagramas de flujo**. Por último, el nivel 4 plantea el esquema de desarrollo de una **vía crítica**.

## ARQUITECTURA NIVEL 0

Se trata de una representación global, ya definida, de los procesos que desarrolla la organización en su conjunto. Sería, por tanto, una representación única para todos los procesos integrados dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía: un esquema global del proceso de atención sanitaria a través de los diferentes proveedores de servicios que la integran. Por consiguiente, para la representación gráfica de procesos asistenciales partimos del nivel 1.

## ARQUITECTURA NIVEL 1. Representación del proceso integral en su conjunto

Este nivel corresponde a la representación gráfica de un proceso de atención concreto, por ejemplo la Diabetes, el Cáncer de Mama, la Fractura de Cadera, la Catarata, .... Al tratarse de procesos integrados, consistiría en la representación global del proceso en su flujo por los diferentes proveedores de la organización y, por tanto, figurarán los distintos niveles asistenciales implicados en la atención.

Visto desde la perspectiva del proceso asistencial concreto, se podría considerar como el Nivel 0 de mapeado para ese proceso.

Para la representación gráfica de un proceso, el nivel 1 supone una visión global de las diferentes actividades que desarrolla el mismo en los distintos escenarios donde se propone su realización. Tiene especial importancia, ya que **consigue visualizar la amplitud real del proceso** desde la entrada del paciente (Urgencias hospitalarias, AP, Domicilio), los diferentes proveedores que intervienen (consultas en Atención Primaria, Consultas Externas hospitalarias, cirugía ambulatoria...), y las diferentes salidas en función de la resolución de las necesidades de los usuarios (alta médica, seguimiento continuado en el nivel primario, hospital,.....).

Esta posibilidad de representación gráfica del proceso de forma global hace recomendable que este nivel 1 se dibuje de manera provisional en las primeras sesiones de trabajo de grupo, para que la descripción de entradas y salidas del proceso, así como su definición funcional, se visualicen claramente y estén, a su vez, en consonancia con la representación gráfica de las actividades del proceso.

El esquema del nivel 1 presenta tres bloques de representación:

- En la parte superior, y de forma longitudinal, se definen **los procesos estratégicos**: procesos necesarios para el mantenimiento y progreso de la organización (Plan Estratégico, Plan de Calidad, Plan de Formación...)
- En la parte central, se representa el **proceso operativo** en sí mismo, es decir, las diferentes actividades de forma global y los diversos escenarios donde se desarrolla el proceso de atención que repercute directamente sobre el usuario. En los distintos ejemplos se representan aquí las actividades globales de la atención al Embarazo, Parto y Puerperio, el proceso de Cataratas, ....
- En la parte inferior, se hallan los **procesos de soporte**, los que apoyan los procesos operativos para que éstos se cumplan. En ellos están representados los servicios de mantenimiento, limpieza, archivo, y, entre otros, los procesos de apoyo al diagnóstico. Estos últimos, en muchas ocasiones, tienen tanta entidad en el desarrollo de actividades del proceso que se representan dentro del proceso operativo en lugar de entre los procesos de soporte.

## ARQUITECTURA NIVEL 2. Representación de los subprocesos

Una vez diseñado el esquema gráfico del conjunto de actividades que componen el proceso (Nivel 1), el segundo paso consiste en profundizar un poco más en estos grupos de actividades. Se trata de responder a la pregunta ¿qué hacemos? pero más detalladamente que en el nivel 1.

Este nivel necesita generalmente de varios esquemas gráficos que representan los diferentes subprocesos en los que se puede descomponer el proceso integrado que se está representando. La amplitud y características de estos subprocesos no mantienen una regla definida, sino que dependen de las peculiaridades propias de cada proceso.

Se trataría en todo caso de representar las actividades con algo más de detalle y, a la vez, de forma sencilla para facilitar la comprensión del proceso. Es decir, debe profundizar en las actividades pero sin que ello suponga aumentar la complejidad de los esquemas y su densidad.

La forma de representación del nivel 2 consiste, como norma general, en la presentación de una caja que recoge todas las actividades del subproceso. Esta gran caja expresa los procesos operativos para lograr ese subproceso. Por tanto, en su interior, contiene de forma ligada las actividades directamente relacionadas con los servicios facilitados a los usuarios. En los laterales de la caja se representa mediante flechas:

- **Las entradas de los usuarios** al subproceso (paciente desde AP, reingresos): dependiendo del subproceso de que se trate las entradas serán diferentes y más de una.
- **Las salidas del subproceso:** pueden ser igualmente una o varias salidas (ingreso en hospitalización, derivación a Consultas Externas, exitus, finalización del proceso,...).

En la parte superior e inferior del proceso también pueden representarse otros aspectos que deben tenerse en cuenta y que facilitan la comprensión del mismo:

- **Guías:** se sitúan en la parte superior. En el lenguaje IDEF se le denominan también controles. Se trata de representar para el subproceso concreto los “controles” que están marcando nuestra conducta a la hora de definir las actividades. Es decir, recomendaciones específicas, aspectos concretos contenidos en guías de práctica, normativa legal, etc. que sustentan nuestro proceder.
- **Recursos:** también denominados mecanismos. Son los medios necesarios para poder realizar las actividades del subproceso. Expresan los procesos de soporte mencionados en el nivel 1, pero de una forma concreta y dirigidos exclusivamente a las necesidades del subproceso que se está representando.

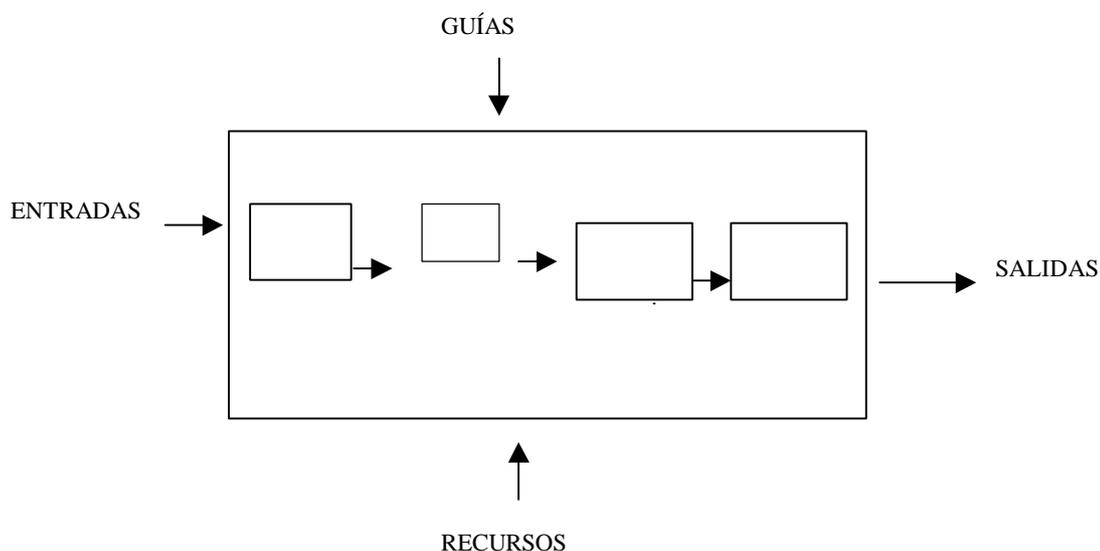


Figura 8. Representación esquemática arquitectura nivel 2

### ARQUITECTURA NIVEL 3

Es un modelo de representación gráfica práctico en el que se desglosan las actividades de un proceso, a la vez que se muestra la persona que desarrolla la actividad. Es ya una representación gráfica a través del **diagrama de flujos**, y puede detallarse más mostrando, en la parte superior, los tiempos de ejecución o el lugar en el que se realiza la actividad o se entrega el servicio.

Cada una de las casillas de este diagrama puede contener, a su vez, otro esquema de flujograma lineal, y así sucesivamente hasta el último nivel de detalle al que se quiera llegar

La ventaja de la representación gráfica del proceso integrado es que permite combinar las vías organizativas (flujo de paciente, citas, tiempos de ejecución, identificación de cuellos de botella, forma y momento de la entrega de servicios) con las vías clínicas.

El uso de los programas informáticos permite acoplar a cada paso de la representación del flujograma "llamadas o ayudas" que aclaren los procedimientos y que informen sobre la evidencia que respalda el diseño del proceso.

### Representación gráfica del Diagrama de Flujos en el nivel 3

Suele servirse de los siguientes iconos, aunque puede utilizarse indistintamente cualquier tipo de medio gráfico que ayude a la interpretación del diagrama.

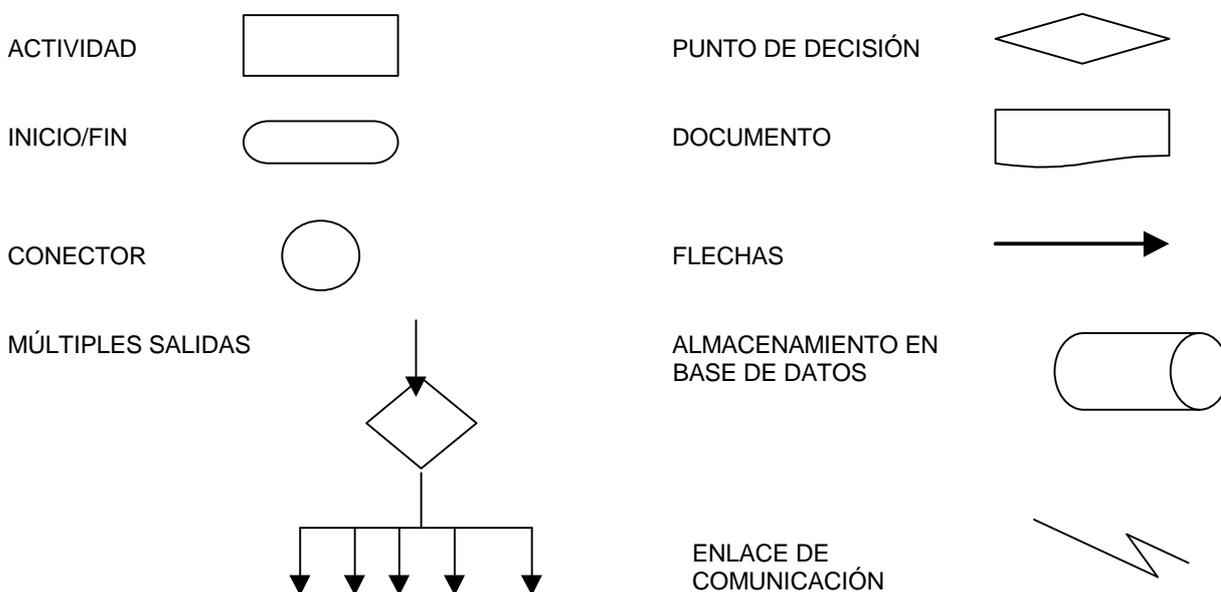


Figura 9. Iconos para representación de diagramas de flujo

### ARQUITECTURA NIVEL 4

Es la representación operativa de la vía organizativa relacionada con la secuencia temporal en el abordaje del paciente. En este punto, el equipo de trabajo determinaría, según el proceso previamente definido, la entrega de servicios: la información y el tipo de gestiones que los distintos profesionales en cada nivel de atención proporcionarían al paciente en los diversos momentos previstos en su atención.

Este esquema propuesto de mapeado de procesos por niveles representa un modelo teórico de apoyo que tendrá que ser adaptado a las necesidades de cada proceso y al medio en el que se realiza su diseño.

*A medida que nos acercamos a la entrega de servicios, el nivel de desarrollo deberá tender a la concreción y al detalle. Un esquema global sobre la gestión del proceso para toda la organización llegará, posiblemente, hasta una aproximación general en el Nivel 3.*