

14.8 contribución de la gestión por procesos a la calidad y gestión clínica en las unidades asistenciales



La gestión por procesos, a diferencia de la gestión de procesos, establece una metodología para su implantación que combina factores de calidad con elementos propios de organización y gestión clínica.

Autor: José Ramón Mora Martínez

Profesor de la Escuela Nacional de Sanidad

Instituto de Salud Carlos III

(La aplicación práctica de esta unidad temática se encuentra en la siguiente referencia:

Hospital de Tudela: Libro de proceso de fractura de cadera en pacientes mayores de 65 años)

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Mora Martínez, JR. contribución de la gestión por procesos a la calidad y gestión clínica en las unidades asistenciales [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 (**Actualizado 2023**) [consultado día mes año]. Disponible en: dirección url del pdf.



TEXTOS DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



Resumen:

La excelencia, desde la óptica de gestión sanitaria, es un concepto amplio y multidimensional que se orienta al logro del mayor grado de satisfacción a los usuarios (tanto internos como externos), por medio de la planificación y dirección de las actividades, tomando como reseña las necesidades y expectativas identificadas.

SUMARIO

1. Introducción

2. La gestión por procesos en la nueva gestión clínica.

2.1 Concepto, tipos y características de los procesos

2.2. El ciclo de la gestión por procesos

3. Documentación del contexto del proceso.

3.1. Título del proceso.

3.2. Presentación del proceso

3.3. Equipo de procesos

3.4. Definición funcional del proceso

3.5. Resultados esperados

4. Documentación de las características de los procesos.

4.1. Misión del proceso

4.2. Alcance del proceso

4.3. Cadena cliente proveedor

4.4. Objetivos del proceso: necesidades y expectativas

4.5. Factores productivos y productos

4.6. Métricas del proceso

4.7. Observaciones

5. Planificación del modelo ABQ.

5.1. Componentes generales en la programación del sistema ABQ

6. ABM. Subprocesos y actividades con sus factores asociados.

6.1. Subprocesos

6.2. Actividades

6.3. Ficha de actividades

6.4. Vía y trayectoria clínica

6.5. Estructura de las vías y trayectorias clínicas

6.6. Diagrama del circuito del proceso

7. ABC. Estimación de costes por actividad y proceso.

7.1. Concepto general de coste

7.2. Estimación del coste de una actividad

7.3. Estimación del coste del proceso

8. Evaluación de procesos mediante el enfoque del valor de los resultados.

Referencias Bibliográficas

En la actualidad se dispone de diferentes modelos que sirven de referencia para trabajar en Excelencia/Calidad total; entre ellos se encuentra el nuevo **modelo EFQM 2013**, la familia de las **normas ISO** o el **modelo euskalit**, muy similar al **modelo de gestión avanzada** de la Fundación Navarra para la Excelencia.

Estos modelos seguidos por los hospitales y áreas integradas de salud más innovadoras, presentan un conjunto de principios y varias novedades, entre las que se encuentra el concepto fundamental de **gestionar el valor de los resultados con calidad y eficiencia**. Es precisamente dentro de estos apartados donde se incluye la gestión por procesos integrados, con el foco puesto en proporcionar una respuesta necesaria, eficaz y eficiente, pero sobre todo ágil y con seguridad ante los posibles escenarios que puedan presentar los destinatarios.

Desde el punto de vista conceptual:

"La gestión por procesos que se debe emplear como elemento indispensable para el funcionamiento bajo parámetros de eficiencia de las organizaciones sanitarias, gracias a su aportación de fundamentos de exigencia en la ordenación secuencial de los elementos clínicos y organizativos, bajo una suerte de integración que se orienta a la satisfacción de las necesidades de los usuarios y pacientes. La gestión por y, de los procesos, puede constituirse en elemento nuclear con vistas a la materialización de conceptos como atención integral o continuidad asistencial, ya que suponen objetivos irrenunciables de nuestro sistema sanitario y sobre los que pivota buena parte de la consecución de sus resultados. En este instrumento reside la conveniencia de articular las actividades que se realizan en diferentes niveles de atención, en espacios y centros diversos, por profesionales distintos y en tiempos no coincidentes, pero abordando actuaciones integradas de prevención, promoción y asistencia sanitarias que se han de fundamentar en la evidencia científica, no sólo para obtener mayores cotas de eficiencia, sino para conseguir mejores resultados en salud".

La gestión por procesos, en consecuencia, es un método que combina factores de calidad con elementos propios de organización y gestión clínica. Mientras que en la gestión de procesos sólo se documenta parte de las actividades del proceso y es retrospectiva en el control de gestión, en la gestión por procesos se debe documentar todo y es proactiva en el control

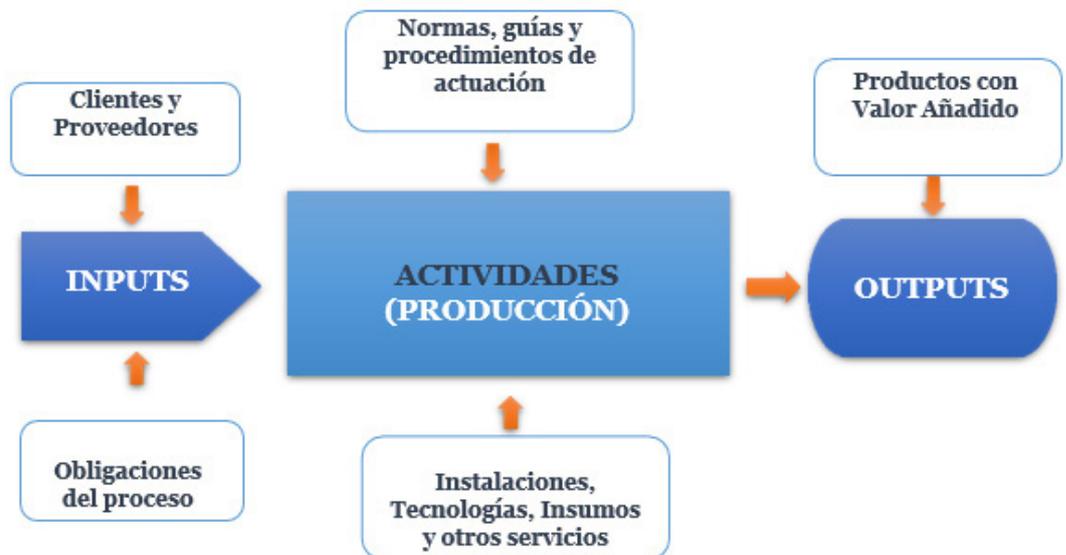
de gestión. La gestión por procesos supone, en consecuencia, identificar, clasificar y mapear los procesos de una organización clínica para posteriormente estabilizarlos. Para estabilizar procesos hay que analizarlo en profundidad, así como describir y estandarizar los factores clave que lo componen.

2.- LA GESTIÓN POR PROCESOS EN LA NUEVA GESTIÓN CLÍNICA

2.1.- Concepto, tipos y características de los procesos.

Los procesos en términos generales constituyen una secuencia de pasos dispuesta con algún tipo de lógica que se enfoca al logro de algún resultado específico, minimización de problemas y/o incremento de la calidad en el desempeño, dando respuesta a las necesidades y expectativas de los destinatarios mediante la combinación de diferentes componentes.

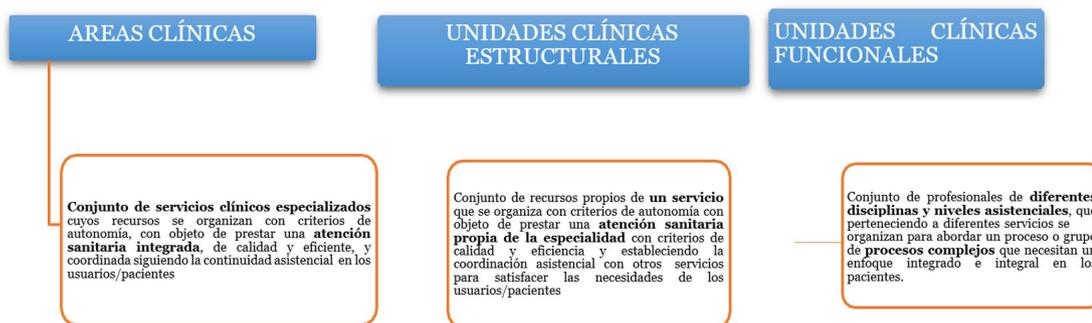
Los componentes fijos de un proceso son las **entradas** (inputs); el sistema de producción (actividades) y las **salidas** o productos (Outputs). Los inputs están condicionados por los requisitos de los destinatarios y por las obligaciones del proceso. Por su parte, el sistema de producción, que está formado por la implementación de las **actividades** está sujeto a componentes variables, pero sin embargo, específico para cada proceso: normas, guías y procedimientos por una parte, y a los recursos, tecnología, y otros servicios de soporte, por otra. El **resultado** está constituido por los productos intermedios y final, los cuales deben ser efectivos, es decir, aportar valor en sus diferentes dimensiones: mejora de la salud en los pacientes y eficacia, efectividad y eficiencia en la organización.



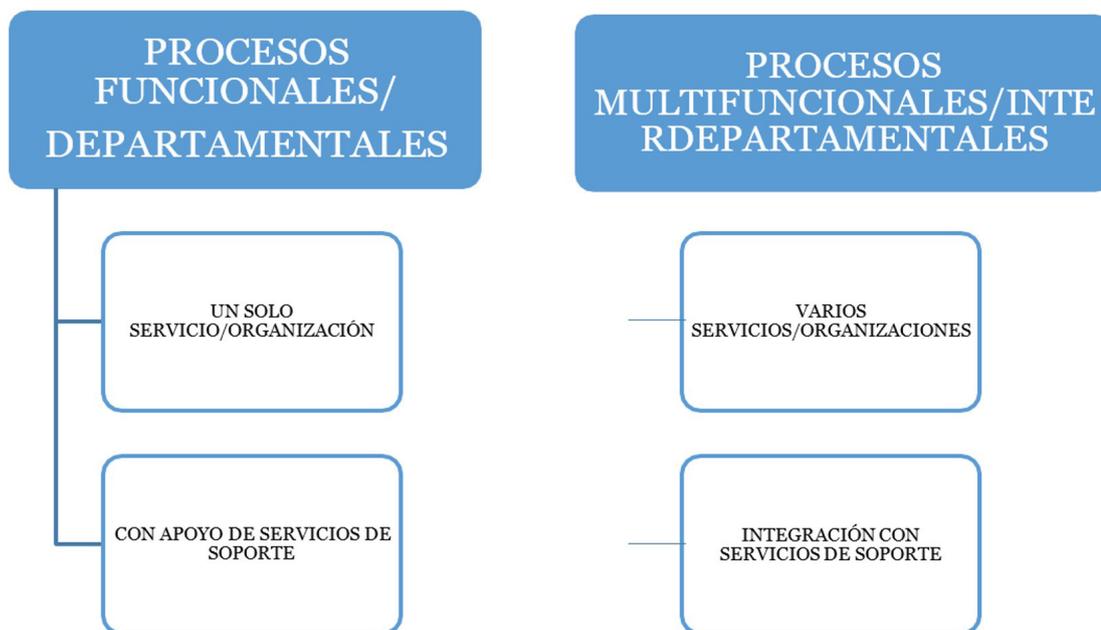
Desde esta perspectiva podemos tipificar diferentes tipos de procesos:

- ✓ **Los procesos de gestión o soporte** constituyen un componente de actuación en orden, que se diseña para mejorar la productividad y la eficiencia de la organización (desempeño profesional).
- ✓ **Los procesos clínicos**, por su parte, establecen una agrupación de decisiones y actividades relacionadas que tienen como finalidad aportar un beneficio en términos de salud a sus destinatarios (pacientes) con las decisiones más acertadas y los mejores recursos coste/efectivo.

El enfoque de la gestión por procesos se puede y se debe llevar a cabo en el contexto de la gestión clínica en dos posibles formatos de desarrollo asistencial: áreas clínicas, unidades clínicas estructurales y unidades clínicas funcionales.

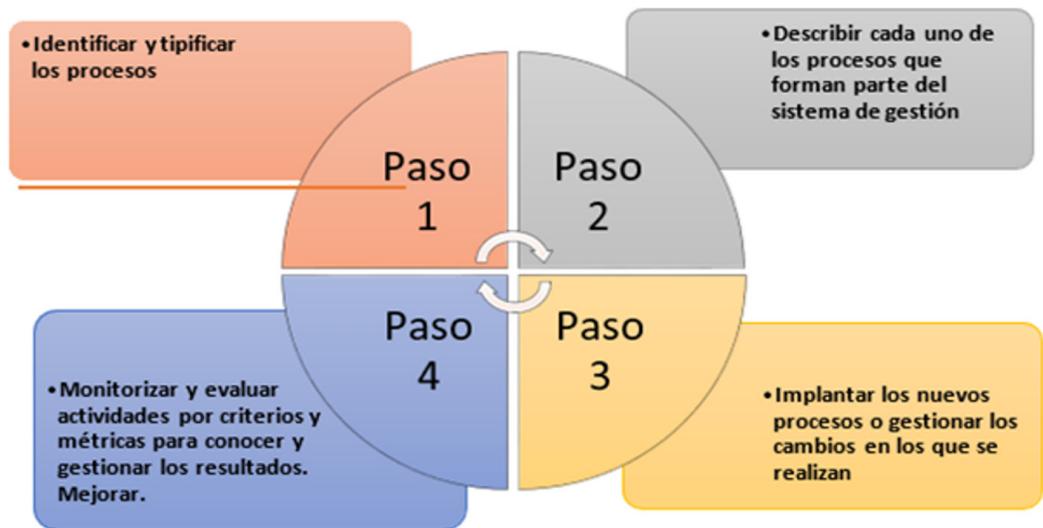


según su despliegue óptimo en áreas o unidades se puede distinguir dos tipologías de enfoques en el diseño y gestión en los procesos: **funcionales y multifuncionales**; estos últimos conforman los **procesos integrados**.

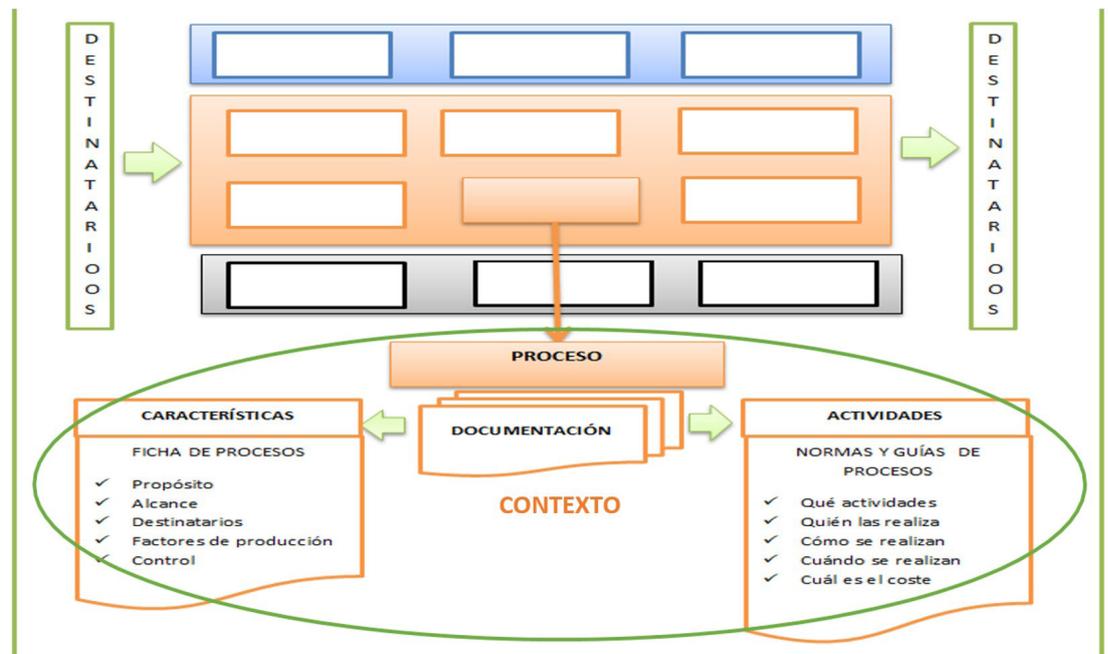


2.2.- El Ciclo de la gestión por procesos.

De acuerdo con la línea que proponen los expertos en esta metodología, la gestión con enfoque de procesos sigue un orden en cuatro pasos: a) identificación de los procesos a diseñar/documentar en el mapa de procesos, b) documentación del proceso, c) pilotaje e implantación definitiva y d) monitorización y evaluación de resultados, ajustando sostenidamente los problemas y aplicando las mejoras de calidad que se puedan detectar.



Cuando se pretende documentar un proceso integrado, se ha de tomar como referencia su tipología en el contexto organizativo, la cual suele estar reflejada dentro del diagrama que representa la arquitectura de la organización. Dicho diagrama se conoce como “**Mapa de Procesos**”. A su vez, el mapa de procesos representa el enfoque de gestión del área, servicio o unidad funcional.



La correcta documentación de un proceso integrado se ha de realizar mediante

la cumplimentación de tres secciones:

- I. **El contexto del proceso:** en esta sección se describe el proceso en su entorno genérico y específico.
- II. **Las características del proceso:** donde se define las propiedades y rasgos distintivos que componen el proceso.
- III. **Las actividades del proceso:** función que determina la planificación y gestión operativa por el sistema ABQ (Calidad Basada en la gestión de las Actividades), la cual está compuesta a su vez por dos subsistemas: ABM (Gestión Básica de las Actividades) y ABC (Contabilidad Básica de las Actividades)

Una vez diseñado y documentado el proceso se procede a su despliegue mediante pilotaje, se mide según las métricas propuestas y se evalúa el impacto en los destinatarios.

3.- DOCUMENTACIÓN DEL CONTEXTO DEL PROCESO

Situar los procesos en su contexto es un factor muy importante para comprender y decodificar las circunstancias donde los procesos se sitúan: espacio, tiempo y señales relacionadas con el efecto y el impacto. En la primera sección los elementos a documentar son los siguientes:

3.1.- Título del proceso.

Término que indica la denominación o temática que contiene. El título debe ser coherente con la misión del proceso.

3.2.- Presentación del proceso.

Este apartado tiene como finalidad introducir las principales referencias en términos de efecto o impacto que produce el proceso en el entorno genérico y específico en el que se analiza y

evalúa. En los procesos clínicos la presentación incluye una referencia sintética a los determinantes sociales, salud pública, epidemiología y espacio asistencial donde se desarrolla.

- i. Antecedentes sociales y de salud pública. Es la explicación sintética que tomada desde diferentes registros oficiales o científicos permite valorar situaciones y efectos que el proceso genera en términos de presión social, económica, conductual y de protección de la salud.
- ii. Antecedentes epidemiológicos. Son los aspectos relevantes del proceso en cuanto a la distribución, frecuencia, factores determinantes, predicciones y el control de los factores relacionados con la incidencia y prevalencia, sin descartar otros índices que se consideren relevantes en el estudio de la enfermedad.
- iii. Antecedentes en el centro donde se realiza el proceso. Refiere los factores clave y resultados que se obtiene en la ejecución del proceso, tomado a partir del sistema de información (CMBD) del centro u otros sistemas de registros, complementándolo con la experiencia de los profesionales.

3.3.- Equipo de procesos.

Un equipo de procesos es el conjunto de profesionales de diferentes disciplinas que participan en el diseño, implantación y seguimiento del proceso. Dentro de este apartado se hará referencia a:

- i. Nombre y apellidos de cada miembro del equipo.
- ii. Servicio clínico/administrativo al que pertenece los componentes del equipo
- iii. Función principal de cada integrante en el diseño e implementación del proceso.

3.4.- Definición funcional del proceso.

Se entiende por definición funcional la descripción sinóptica de los factores clave que son referentes en todas las características y funcionalidades del proceso. La definición, por tanto, debe reflejar un nivel de detalle suficiente como para no presentar dudas o ambigüedades en el momento de su implementación. La definición funcional abarca las siguientes componentes:

- i. Código del proceso. Si existe el mapa de procesos en el de la unidad o área y el código está reflejado en el mismo.
- ii. Definición propiamente dicha. Es la descripción clara y unívoca de las cualidades esenciales del proceso.
- iii. Modalidad de atención. Son los componentes ligados a las formas de abordaje del proceso. Como modo de atender se considerará:
 - Si el proceso es funcional (un solo servicio o unidad) o Interfuncional (varios servicios)
 - Si el proceso se realiza en régimen de internamiento, ambulante (consultas externas, CMA, hospital de día, centro de salud, etc.).
- iv. Complejidad. La complejidad hace referencia a un conjunto interrelacionado pero bien distinto de atributos de los pacientes que incluyen la gravedad de la enfermedad, su pronóstico, dificultad de tratamiento, necesidad de actuación médica e intensidad de consumo de recursos. Si en procesos clínicos el proceso se asocia a un GRD se le puede asignar un "peso", el cual nos indica la Intensidad de los recursos, es decir, número y tipos de servicios diagnósticos, terapéuticos y de enfermería utilizados en el tratamiento de una enfermedad determinada.

3.5.- Resultados esperados.

Los resultados esperados son las predicciones que sobre productos o servicios terminados o intermedios y coherentes con la misión del proceso se espera obtener. Los resultados deben describirse de la manera más concreta posible y en términos verificables. Cada proceso en sí mismo tendrá al menos uno, pero es muy probable que haya más, sobre todo en los procesos complejos. En todo caso y siempre que sea posible, se hará referencia a la contribución en términos de impacto en:

- i. Resultados en los pacientes/clientes. Son los efectos y beneficios previstos o alcanzables directos o principales en los pacientes objetivo o en otros destinatarios (clientes internos del proceso). Pueden expresarse en términos de valor si se cuenta con una organización funcional avanzada.
- ii. Resultados en la organización. Son los efectos o beneficios deseables dentro de la estructura organizativa.
- iii. Resultados epidemiológicos. Si se considera relevante se puede incluir posibles resultados en salud, que estarán relacionados con la mejora en la efectividad y eficiencia que pueden experimentar los indicadores técnicos por mediación en la ejecución de las actividades/intervenciones programadas en el proceso.

4.- DOCUMENTACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO

Las características de procesos son todos los aspectos y variables técnicas que configura el estado e identidad de un proceso. La recopilación y ordenación de dichas características se llevan a cabo a través de la ficha de procesos, habitualmente en el siguiente orden.

4.1.- Misión del proceso.

La misión de un proceso no es otra cosa que la definición precisa de su función y razón de ser. Para describirla basta responder a estas tres cuestiones:

- i. Qué tiene que hacer el proceso
- ii. Para quién tiene que hacerlo
- iii. Cómo debe de hacerse

4.2.- Alcance del proceso.

El alcance del proceso se determina estableciendo los límites del proceso junto con el periodo de tiempo en el que se desarrolla o debería desarrollarse. Todo proceso tiene al menos dos límites: inicial y final. No obstante, una característica que suele presentarse en los procesos clínicos integrados es la presencia de límites intermedios.

- i. Límite inicial. Es el momento, circunstancia o acción de arranque o inicio del proceso. Debe responder a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la primera acción en la cadena productiva?
- ii. Límite final. Es el momento, circunstancia o acción de terminación del proceso. Su definición puede establecerse respondiendo a la pregunta ¿Cuál es el producto o la resolución esperada?
- iii. Límites intermedios. Es el momento circunstancia o acción donde comienza o se sigue con otro subproceso o actividad realizada por otro servicio, unidad o función.

- iv. Periodicidad: este componente abarca el tiempo y frecuencia del proceso. El Tiempo es el periodo comprendido entre el límite inicial y final del proceso y la Frecuencia, es el número de veces que se repite el proceso dentro un periodo de tiempo.

4.3.- Cadena cliente/proveedor.

La cadena cliente/proveedor de un proceso recoge a las personas o servicios que intervienen en el proceso de producción, bien demandando productos y servicios o realizándolos. En general, para un proceso tipo podemos referirnos a:

- i. Destinatarios: son los que se agrupan en la "Demanda". El principal destinatario de la cadena productiva en los servicios de salud son las personas con el rol de paciente (cliente principal en procesos clínicos), familia, grupos y colectivos. En otras palabras, son los que reciben el efecto de los productos intermedios y final del proceso.
- ii. Proveedores: Son los que se agrupan en la "Oferta". El proveedor es el que realiza los servicios y productos. Cuando existen diferentes proveedores cada uno de ellos va a dar lugar a un subproceso. Los subprocesos deberían estar todos integrados para documentar correctamente el proceso; o al menos, coordinados mediante nodos de comunicación.
- iii. Partes interesadas. Son personas, grupos, asociaciones e instituciones que de forma directa o indirecta están afectadas por los efectos del proceso.
- iv. Perdida del destinatario. Por último, cuando el destinatario (paciente u otro) por diversas razones se desconecta definitivamente del proceso, y no es posible recuperable, el proceso termina por la llamada "pérdida del destinatario".

4.4.- Objetivos del proceso: necesidades y expectativas

Para conseguir un producto con la máxima calidad o con valor añadido (percepción positiva en el uso del servicio), ha de entenderse que necesidades y expectativas deben complementarse, sin embargo, hay diferencias importantes entre ambos términos. Las finalidades o declaraciones expresadas de ambos componentes se consideran los objetivos del proceso.

- i. Expectativas de los destinatarios. Son los deseos o creencias expresados "Voz del Cliente" por los destinatarios sobre el efecto esperado en el servicio o producto que espera recibir.
- ii. Necesidades de los destinatarios. Es el marco de acción (decisiones y actividades con sus flujos de salida) definido por los proveedores para conseguir los objetivos del proceso, puesto que los destinatarios carecen de los conocimientos científicos y/o técnicos, así como de la competencia profesional necesaria para definirlos.

4.5.- Factores productivos y productos.

En la gestión por procesos, las decisiones relativas a la asignación de recursos se establecen en base el concepto de "racionalidad estructural" y quedarán reflejados con el máximo detalle en la ficha de actividades del proceso.

- i. Factores productivos o flujos de entrada. Están constituidos por los inputs del proceso. Las entradas del proceso constituyen la necesidad de profesionales, junto con las diferentes formas de tecnologías, normas e insumos: procedimientos, normas, guías de actuación y vías clínicas, y los recursos estructurales, definidos y utilizados por los profesionales, para que el proceso pueda llevarse a cabo según los requisitos de seguridad y calidad esta-

blecidos en los productos o servicios de salida.

ii. Productos o flujos de salida. Son los Outputs del proceso. Dependiendo de la complejidad del proceso se corresponde con los productos, subproductos o servicios que son facilitados por los proveedores del proceso de forma directa en los destinatarios. Están enfocados a dar una respuesta eficiente a las necesidades del cliente principal.

4.6.- Métricas del proceso.

Compone el conjunto de herramientas que permite establecer y recoger de manera adecuada y representativa la información relevante respecto a la ejecución del proceso, de manera que se pueda determinar la capacidad y eficacia de las actividades, así como la eficiencia de los resultados. Las métricas se dividen en dos tipos: a) criterios y especificaciones y b) indicadores:

- i. Criterios y especificaciones. Se utilizan habitualmente para medir el rendimiento interno en los procesos mediante referencias cualitativas. Por ejemplo: condiciones de actuación frente a un evento.
- ii. Indicadores. Es un soporte de información (habitualmente con expresión numérica) que representa a una magnitud, de manera que a través del análisis del mismo puede obtenerse un conocimiento de las variables clave o de control que se hayan establecido mediante su comparación con los correspondientes referentes (estándares).
- iii. Estándares. Determinan el nivel mínimo y máximo aceptable para un indicador. Si el valor del indicador se encuentra dentro del rango significa que estamos cumpliendo con el criterio de calidad que habíamos definido y que las cosas transcurren conforme a lo previsto

4.7.- Observaciones.

Es un espacio donde puede reflejarse una ampliación o mejor explicación de algún componente perteneciente a las características de los procesos, por ejemplo, sucesos repetitivos, incidencias que pueden ocurrir, puntos débiles y oportunidades de cambios y mejoras en el proceso.

5.- PLANIFICACIÓN OPERATIVA DE LAS INTERVENCIONES POR EL MODELO ABQ

El Modelo ABQ en las organizaciones sanitarias establece una relación causal entre las actividades: decisiones y tareas del sistema de gestión y sus procesos (ABM) y la contabilidad de costes: valor económico de los recursos necesarios para realizar dichas actividades en un marco adecuado de seguridad y calidad definida (ABC).

El significado de los acrónimos que se emplean como términos de gestión en el desarrollo académico de este modelo son:

- ✓ ABQ. "*Activity Based Quality*": Calidad Basada en la Gestión de las Actividades.
- ✓ ABM. "*Activity Based Management*": Gestión Basada en las Actividades.
- ✓ ABC: "*Activity Based Costing*": Contabilidad Basada en las Actividades.

El análisis de los procesos y la planificación de las intervenciones mediante el Modelo ABQ debe entenderse como un sistema o método que analiza y describe (por fiabilidad y consenso) dentro de un sistema de gestión dos dimensiones: a) las actividades claves de los procesos (forma de proceder) y los costes asignados a los factores productivos (recursos) que dichas actividades ocasionan. La combinación de los subsistemas ABM/ABC permi-

te cumplir el propósito del modelo ABQ, entre los que destaca, la evitación de lo superfluo y de aquello que no añade valor. Se trata en definitiva de diferenciar las actividades en función precisamente de que pudieran añadir o no valor a los procesos y sus destinatarios. Una actividad añade valor real siempre que se den dos circunstancias clave no excluyentes:

- ✓ Que la actividad sea costo/efectiva desde el punto de vista de la sostenibilidad del sistema de gestión.
- ✓ Que la actividad sea útil y responda a las necesidades y expectativas de los destinatarios.

5.1.- Componentes genéricos en la programación del sistema ABQ

La planificación del modelo de las intervenciones se ha de adaptar a cada tipo de proceso en función de la complejidad y ámbito o niveles asistenciales donde se producen las intervenciones.

- i. Organización asistencial. Es la referencia de la unidad o servicio clínico que actúa e implementa las actividades.
- ii. Flujos de salidas. Son los productos intermedios y final con la propiedad de tener valor añadido en los destinatarios.
- iii. Subprocesos. En procesos de alta complejidad donde intervienen distintos de espacios asistenciales y/o disciplinas o bien el proceso tiene un ciclo largo de atención (casos de enfermedades crónicas), se hace necesario introducir subprocesos. Un subproceso se define como el conjunto de las actividades necesarias para lograr un producto o resultado intermedio de cierta complejidad y en un espacio concreto de la organización sanitaria.

- iv. **Actividades.** Es el conjunto de tareas o acciones que determinan el logro de los flujos de salida. Las actividades deben estar estabilizadas con las condiciones de seguridad y calidad, estableciendo los factores productivos necesarios (profesionales, tecnologías e insumos) con sus parámetros, así como las métricas que pueden servir para medir y evaluarlas.
- v. **Costes.** Se corresponde con la estimación del valor económico relacionado con las decisiones y los factores productivos necesarios para implementar las actividades.

El uso de este modelo es muy adecuado en las organizaciones sanitarias que pretendan evolucionar hacia la gestión clínica y orientarse al logro de resultados medibles y evaluables.

6.- ABM. SUBPROCESOS Y ACTIVIDADES Y SUS FACTORES PRODUCTIVOS

6.1.- Subprocesos.

Un subproceso se gestiona prácticamente igual que un proceso. Se define como el conjunto de actividades ordenadas e integradas en el logro de productos intermedios útiles para los destinatarios, organización o función. Los subprocesos se producen cuando el número, complejidad o nivel de realización de las actividades así lo aconseja.

6.2.- Actividades.

Una actividad supone por definición un conjunto de tareas u operaciones propias de una entidad, persona o proceso. En nuestro caso nos quedaremos con las actividades alineadas con la gestión clínica y la calidad y las enmarcaremos en un sistema de gestión con enfoque de procesos.

Para identificar y gestionar las actividades con valor desde el subsistema ABM, se debe actuar de la siguiente manera:

- ✓ Establecer la arquitectura de procesos en la organización.
- ✓ Realizar un análisis crítico de cada proceso, tomando como referencia las necesidades y expectativas de los destinatarios y la organización.
- ✓ Ordenar las actividades progresivamente desde el límite inicial al final.
- ✓ Las actividades deben estar bajo control y, en ese sentido, han de identificarse y estabilizar los factores productivos necesarios para su ejecución junto a sus parámetros y estándares.
- ✓ Programar la ejecución de las actividades en un marco de recomendaciones de buenas prácticas (guías) en mapas de gestión clínica con hoja de ruta general (Vías) o que incluyan factores temporales precisos (trayectorias). Obviamente estas herramientas no son excluyentes, al contrario, deberían ser complementarias.

Desde el punto de vista de la gestión clínica con enfoque de procesos integrados, podemos caracterizar cuatro grandes grupos de actividades que normalmente están relacionadas entre sí para asegurar la calidad y eficiencia en los procesos.

- i. Actividades de gestión. Son decisiones complementadas con acciones enfocadas a facilitar que las actividades clínico asistenciales se realicen con el máximo nivel de calidad y seguridad.
- ii. Actividades clínico/asistencial. Son aquellas destinadas a la realización de una valoración/diagnóstico, programación de planes terapéuticos, intervención o control del cuadro o estado clínico en los pacientes.

- iii. Actividades de soporte. Son actividades que tienen por finalidad la realización de pruebas o servicios clínicos que facilitan la realización o toma de decisiones de las actividades clínicas asistenciales dentro de un proceso.
- iv. Actividades Administrativas. Son actividades de apoyo en los circuitos administrativos y logísticos de los procesos.

6.3.- Ficha de actividades

La ficha de actividades tiene como propósito resumir la gestión del ABM por actividad. La estabilización de las actividades del proceso responde a: qué, cuándo, cuánto, cómo, quién, con qué recursos y qué criterios de seguridad y calidad debe tenerse en cuenta.

La gestión correcta de una actividad está determinada por componentes procedimentales, productivos y criterios de fiabilidad.

6.3.1.- Componentes procedimentales:

- i. Título de la actividad. El título de la actividad debe responder a *Qué* se hace: consulta, cirugía, prueba complementaria, etc.
- ii. Tiempo de la actividad. Es la magnitud que indica el *Cuánto* de la actividad, es decir, mide el periodo necesario para realizar la secuencia de acciones de la actividad por los profesionales que participan.
- iii. Procedimiento funcional. Es el sistema operacional que establece el *Cómo* se hace la actividad. Implica establecer una secuencia recomendada más o menos ordenada y clarificada de pasos, de manera que al buscar un determinado

resultado se tenga una correcta orientación de la forma de proceder o actuar.

3.3.2.- Componentes de los factores productivos:

- i. Profesionales. Son las personas, ordenadas por disciplina y tiempo en el desempeño, que toman decisiones y realizan las tareas y operaciones en la actividad.
- ii. Tecnología específica. Son los medios técnicos propios, necesarios y determinantes para llevar a cabo la actividad. Son bienes de carácter inventariables de larga duración (inversiones tecnológicas), por lo que ha de tenerse en cuenta su actualización en el inventario anual, así como su reposición, estableciendo en ese caso el correspondiente valor de amortización.
- iii. Materiales sanitarios. Son productos de uso frecuente y apropiado en el procedimiento de la actividad para establecer diagnósticos o intervenciones terapéuticas que se agotan con un solo uso (desechable) o en un corto periodo de tiempo.

6.3.3.- Componentes de fiabilidad:

- i. Criterios de seguridad. Son las medidas necesarias para prevenir eventos adversos que pueden estar en relación con problemas en el desempeño de la práctica clínica, de los productos en el procedimiento de la actividad. Las actividades de tipo clínico abarcan una amplia gama de acciones dirigidas hacia el control de las infecciones; el uso

seguro de los medicamentos, la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria.

- ii. Criterios de calidad. Es la forma óptima de abordar el procedimiento de la actividad, estableciendo un modelo de excelencia profesional, el uso adecuado de los recursos y logrando la adhesión y satisfacción del paciente.

6.4.- Vía/Trayectoria clínica.

La vía/trayectoria clínica es una herramienta de gestión para facilitar la atención sistemática y multidisciplinar del paciente en un espacio acorde con el alcance del proceso. También se puede definir como: “un plan asistencial y terapéutico que aplicamos a los pacientes con unas determinadas patologías y que además presentan un curso clínico predecible”. Es muy importante aclarar que no reemplaza el juicio clínico de los profesionales ante el paciente particular que se está atendiendo.

6.5.- Estructura de las Vías/Trayectorias Clínica.

El diseño de las vías/trayectorias clínicas puede ser más o menos complejo según el proceso. El formato puede variar desde una ordenación que sirva de referencia por fases y actividades por niveles de asistencia, hasta una manera de cronograma con representación en matriz temporal de doble eje. Generalmente una vía/trayectoria clínica se ordena mediante una matriz, con dos ejes:

- ✓ Eje de ordenadas: En este eje se sitúan todas las actividades relacionadas con las intervenciones clínicas directas y de soporte.
- ✓ Eje de abscisas: Se refleja el periodo de tiempo en divi-

siones temporales por días, semanas o incluso horas, así como la ubicación del paciente en el espacio asistencial correspondiente.

6.5.1.- Ordenación y tipos de actividades:

- I. Actividades de Consultas Externas. Se entiende por consulta externa la atención ambulatoria realizada por médicos y enfermeros (en cualquier tipo de nivel asistencial) que se realiza la para un proceso concreto. Las consultas pueden ser de tres tipos: *primera* (pacientes atendido por primera vez para su reconocimiento, diagnóstico y determinación del tratamiento a seguir por el mismo. TE: 20/25 minutos); *sucesiva* (nueva atención derivada de la primera consulta o las que se generan como consecuencia de la revisión del proceso una vez dado el alta hospitalaria. TE: 10/15 minutos) y de *alta resolución* (aquellas que componen un procedimiento control integral efectuado en el mismo día para la realización de pruebas complementarias, diagnóstico e instauración del tratamiento. TE: 30/45 minutos). Se puede incluir en este apartado las *actividades de valoración en urgencias* (aquellas destinadas a satisfacer una demanda en salud, no programada, con el objetivo de establecer un juicio clínico orientado a un tratamiento con resultado de alta, observación o ingreso. TE: 30/45 minutos)

- II. Actividades relacionadas con Funciones profesionales: La función médica y enfermera agrupa las decisiones, atención y cuidados realizados por médicos y enfermeros y en su caso con el apoyo de otros profesionales.
 - ✓ Actividad médica. Descripción de las decisiones y desempeño médico desde el día del ingreso hasta el día del alta con especial referencia a los siguientes aspectos (TE: 30/45 minutos/paciente/día):

- Revisión del preoperatorio
 - Información al paciente/familiares
 - Preparación del paciente para la cirugía
 - Información de interés intraquirúrgica
 - Información de interés postquirúrgica inmediata
 - Acciones de visitas en planta.
 - Gestión del alta
- ✓ Actividad de enfermería en cuidados compartidos. Establece los cuidados enfermeros que desde la perspectiva médica/enfermera deben realizarse obligatoriamente al paciente por el personal de enfermería. (TE: 45/60 minutos/paciente/día + más 10/20 minutos de otro personal sanitario)
- III. Actividades de Pruebas complementarias: son decisiones clínicas cuya realización está fuera del servicio, pero sin embargo son necesaria gestionarlas adecuadamente como soporte para el diagnóstico y tratamiento:
- ✓ Actividades de pruebas de diagnóstico por imagen y otras pruebas complementarias. Estudios que usan diferentes tecnologías para establecer las condiciones estructurales de órganos y tejidos y su funcionalidad.
 - ✓ Actividades de pruebas de laboratorio. Determinaciones relacionadas con la obtención y estudio de muestras biológicas diversas, como sangre, orina, heces, líquido sinovial (articulaciones), líquido cefalorraquídeo, exudados faríngeos y vaginales, entre otros tipos de muestras.

- ✓ Actividades de pruebas de anatomía patológica. Estudios que determinan las alteraciones o modificaciones anatómicas que aparecen en los órganos y en los tejidos como consecuencia de una enfermedad.
- IV. Actividades quirúrgicas. Comprende la especificación del Tiempo Quirúrgico Estándar (TQE) del proceso si este fuese quirúrgico, el equipo médico y enfermero que estará presente en la intervención quirúrgica. Se considerará, además:
- ✓ Materiales quirúrgicos genéricos, que se emplean según el peso específico del proceso. A más peso del proceso, mayor consumo de insumos y material de campo quirúrgico.
 - ✓ Tecnología y materiales específicos, complementa el apartado anterior tanto en la actividad de funciones profesionales como cirugía. En esta sección se especifica los materiales tecnológicos unívocos que deben ser utilizados en según la necesidad del proceso y considerando la relación coste/efectividad.
- V. Actividades de interconsultas no presencial (INP). La INP es una actividad de comunicación interdisciplinar mediante el uso de tecnología digital. Se puede introducir imágenes y otros datos de interés.
- VI. Actividades de prescripción farmacológica y uso seguro del medicamento: compone la dispensación de fármacos basados en la evidencia científica disponible o en la experiencia de expertos que deben aplicarse por consenso a todos los pacientes incluidos en el proceso.
- VII. Dieta: contempla, si es necesario, el tipo de dieta según el momento de la trayectoria clínica en las etapas de atención asistencial.

- VIII. Actividad Física: Establecimiento de las condiciones estándar de movilidad durante las etapas/días de estancia en el hospital o domicilio, sin perjuicio de que la rehabilitación, en su caso, es otro proceso complementario.
- IX. Otras medidas de interés clínico: hace referencia a todas las disposiciones necesarias para la prevención de complicaciones potenciales, tanto generales como específicas del proceso.

6.6.- Diagrama del circuito del proceso.

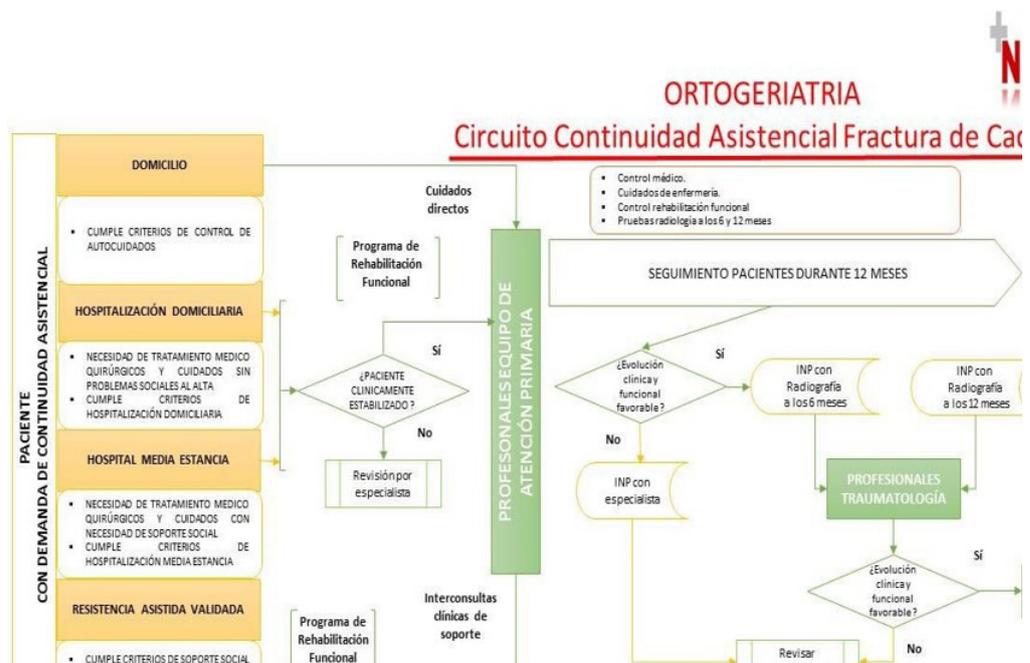
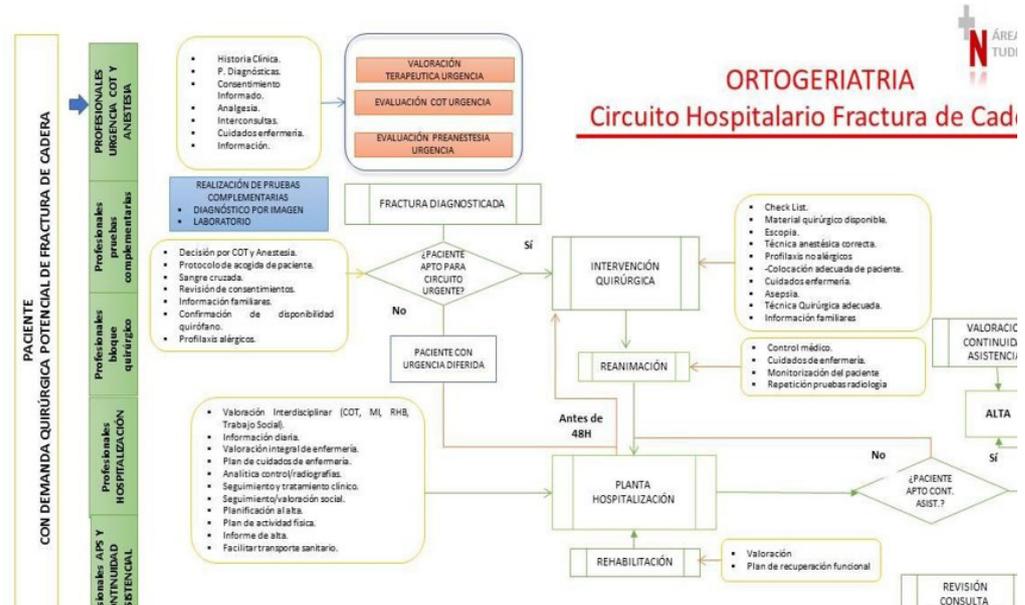
Uno de los instrumentos imprescindibles en el análisis, diseño y rediseño (y, en general, en cualquier secuencia de operaciones) es el **diagrama de flujo o flujograma**. Para que un proceso este correctamente documentado es necesario tenerlo diagramado, según se recomienda por todos los expertos en esta área de gestión. El diagrama de flujo es una herramienta que, empleando una red de símbolos consensuados y conectores, describe el orden y secuencia en las que debe ser atendido el paciente en un espacio asistencial junto con el orden en el que ha de implementarse las actividades a lo largo del proceso. El diagrama y nivel de detalle debe ser consensuado por el equipo, pero se requiere claridad y comprensión del modelo.

El uso de esta herramienta puede aportar los siguientes beneficios:

- ✓ Mejora la comprensión del alcance del proceso
- ✓ Establece el qué, quién y en qué momento se ha de actuar
- ✓ Posibilita la estandarización de las actividades
- ✓ Permite identificar problemas y convertirlos en oportunidades de mejora

En las dos figuras siguientes se representa un ejemplo de circui-

to asistencial integrado realizado en el área de salud de Tudela por el equipo de la unidad funcional de ortogeriatría. Se trata de un proceso de fractura de cadera en pacientes mayores de 65 años con un alcance de un año, dividido en dos subprocesos: atención hospitalaria y atención en la continuidad asistencial a partir del alta.



7. ABC. ESTIMACIÓN DE COSTES POR ACTIVIDAD Y PROCESO

El subsistema ABC “*Activity Based Costing*” o *Contabilidad Basada en las Actividades*, tiene como objetivo la estimación del coste estándar en los procesos, incluso contribuye de manera fiable a establecer el coste por paciente. Este Subsistema complementario al ABM dentro del modelo ABQ está enfocado al desarrollo de la contabilidad analítica en los procesos y su sistema de gestión, constituyendo un método perpendicular y complementario a los sistemas tradicionales de gestión de costes/gasto.

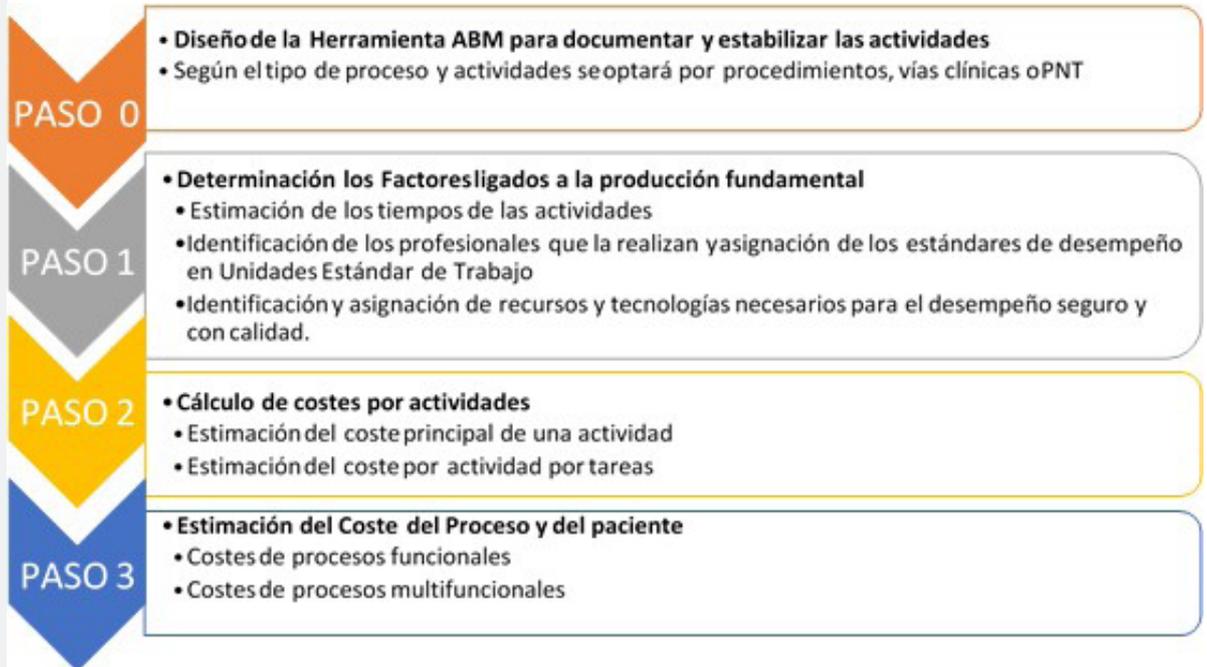
7.1.- Concepto general de Coste.

Valor monetario de los factores utilizados en el desarrollo de las actividades/procesos que responden y satisfacen las necesidades de los destinatarios.

7.1.1.- Tipos de coste por su afectación:

- ✓ Costes principales: valores de los costes directos e indirectos propios, unívocos e inducidos desde las decisiones clínicas incluidas en las *actividades claves* de los procesos. En el modelo ABQ sólo se estiman los costes principales.
- ✓ Costes estructurales: valor de los costes ponderados del *funcionamiento y conservación* de la unidad/servicio del sistema de gestión de los procesos (servicios clínicos) con respecto al resto de centros de costes. Estos costes deberán aportarse desde el área económica del centro.

7.1.2.- Pasos para la estimación de costes de procesos mediante sistema ABC



7.2.- Estimación del coste de una actividad

La estimación de costes por método ABC necesita previamente de la estabilidad de las actividades, tal como se representa.

ABM: PLANTILLA DE GESTIÓN DE ACTIVIDADES				
DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD	CONSULTA DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LA ESPECIALIDAD X			
TIPO Y CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD				
TIPO DE ACTIVIDAD	1. Actividad Clínica Asistencial: X			
CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD	ORDEN DE LA ACTIVIDAD EN EL PROCESO:	NIVEL ASISTENCIAL/SERVICIO	ESPACIO ASISTENCIAL Hospital: 1. Consulta externa: X	PERIODO DE TIEMPO ESTIMADO EN LA REALIZACIÓN
		1. AE: X		20 minutos
PROVEEDORES: PROFESIONALES QUE INTERVIENEN				
PERSONAL SANITARIO:			PERSONAL NO SANITARIO	
1.	Médico (Nivel, servicio y/o Especialidad): 1 FEA		1.	Administrativos:
2.	Enfermería (Enfermera y/o Auxiliar): 1 Enfermeradel servicio		2.	TIGA:
PROCEDIMIENTO				
	Tareas/acciones			PONDERACIÓN
1.	Acogida del paciente a la llegada a consulta			100%
2.	Apertura de Historia Clínica Electrónica			100%
3.	Anamnesis y exploración			100%
4.	Ecografía Urológica en consulta			100%
5.	Solicitud de pruebas:			
	▪ Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación			100%
	▪ Radiografía de abdomen			70%
	▪ Radiografía de Tórax			20%
	▪ TAC			40%
6.	Recoger conclusiones observadas en la historia Clínica			100%
7.	Asignar diagnóstico y codificar			100%
8.	Informar al paciente/familiares			100%
9.	Citación del paciente según procesa			100%
CONDICIONES DE SEGURIDAD Y CALIDAD DE LA ACTIVIDAD (CUMPLIMIENTO DE LA ACTIVIDAD CON LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS DESTINATARIOS)				
CONDICIONES DE CALIDAD			CONDICIONES DE SEGURIDAD	
1.	Proporcionar la accesibilidad adecuada a la consulta		1.	Reconocimiento unívoco del paciente.
2.	Trato humanizado		2.	Controlar que el ecógrafo tenga correcta las condiciones de mantenimiento y calibración.
3.	Realizar las pruebas con la menor molestia posible.		3.	Cumplimentación
4.	Cumplimentar correctamente la HCE			
5.	Proporcionar información comprensible			
6.	Entregar informe clínico, si procede			deConsentimiento Informado para pruebas.
COSTE PRINCIPAL DE LA ACTIVIDAD				
	Factores productivos			Costes
Costes de Personal				
Coste de materiales Fungibles				
Costes de mantenimiento y seguridad				
Costes de productos de soporte;				
Pruebas complementarias: laboratorio, radiología, tecnologías específicas, etc.				
COSTE PRINCIPAL DE LA ACTIVIDAD				

Coste de personal de la actividad. Constituye el valor monetario de la unidad de trabajo (UT) (expresado en minutos de tiempo) de cada tipo de profesional que participa en las tareas de la actividad x Tiempo empleado x Frecuencia o número de veces que se repite en el proceso

CP = Σ del coste del total de profesionales

$$\text{CUTP} = \frac{\text{Salario Bruto Anual de los profesionales} + \text{Costes sociales}}{\text{Número de horas contratadas al año}}$$

Coste de Material Fungible Sanitario. El material fungible está compuesto por los productos que se agotan con su uso. El material fungible sanitario prácticamente se usa por una sola vez y en consecuencia no es reutilizable. En ese sentido se debe considerar:

a) artículo; b) precio unitario del artículo; c) frecuencia o cantidad de artículos necesarios para la realización de la actividad. El coste de material fungible se estima mediante:

CMF= Σ Valor monetario unitario de todos los artículos necesarios para realizar la tarea/actividad x Frecuencia (cantidad) de consumo.

Coste de amortización tecnológica y su seguridad. Desde la perspectiva económica la amortización de bien tecnológico de inversión es el valor monetario que se puede repercutir a la actividad o al proceso por el uso de las tecnologías clínicas necesarias para tener la capacidad de llevar a cabo un producto operativo en relación a las necesidades del paciente o destinatario de la actividad/proceso. El coste de amortización se calcula mediante el coste de adquisición + coste de puesta en funcionamiento (formación del personal, obras, etc.)

- ✓ Coste de amortización en la inversión de una tecnología
= valor económico imputado a un año de amortización/

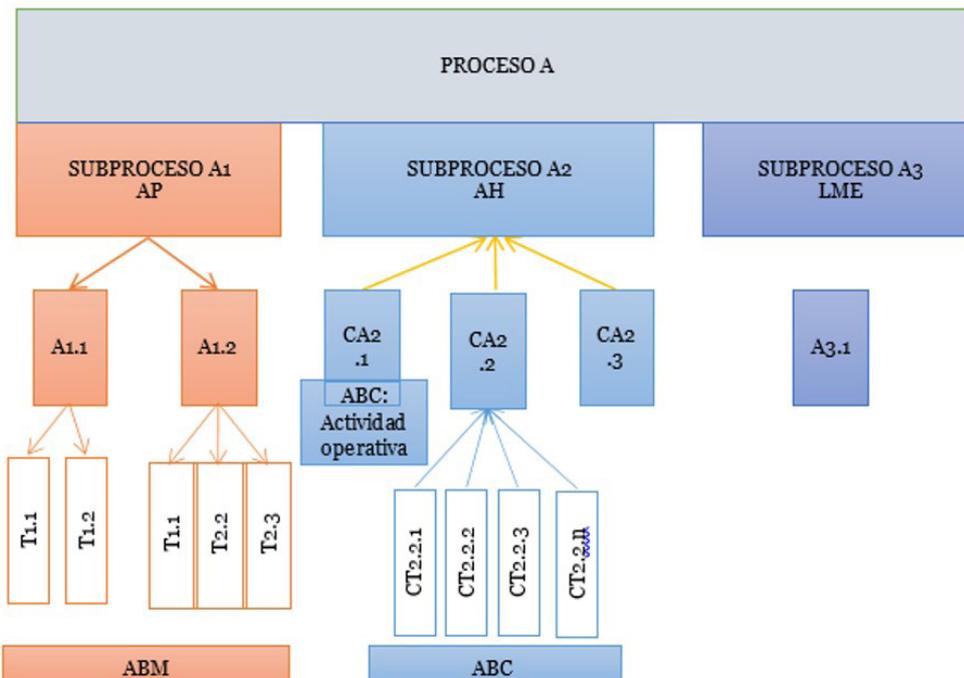
frecuencia (repetitividad) del proceso o la actividad durante ese año.

Observación: Hay tecnologías sanitarias que necesitan soportar un plan de mantenimiento y/o metrología. De manera que, si estas funciones son necesarias para asegurar la seguridad tecnológica en su uso, el coste de la misma deberá repercutirse, aplicando la siguiente razón:

- ✓ Coste de mantenimiento/metrología = valor monetario anual de la actividad mantenimiento y/o metrología / frecuencia (repetitividad) de la actividad/proceso durante ese año.

7.2.- Coste de procesos.

El coste del proceso se estima mediante la agregación de los costes de cada una de las actividades definidas para dicho proceso, bien sea mediante cálculo directo o por agregación de tareas. En los servicios sanitarios, cuando abordamos procesos clínicos, podemos trabajar con dos modalidades de procesos: funcionales o departamentales y multifuncionales o interdepartamentales.



8.- Evaluación de procesos por el valor de los resultados

La teoría de la medición del valor de los resultados en salud es una innovación disruptiva que puede aplicarse preferentemente en los servicios de salud que dispongan de una alta cobertura y accesibilidad y tengan integrado los niveles de atención hospitalaria y primaria.

Un proceso clínico estará correctamente orientado si cuando se valoran los resultados se infiere que éstos aportan valor al paciente o destinatarios del proceso. Para obtener el valor es clave el trabajo en equipo con un enfoque multidisciplinar e integrando la práctica clínica; tomar referencias de los mejores y aplicar la mejor evidencia y experiencia tácita de los profesionales.

Para hablar de valor ha de considerarse que la enfermedad tiene un impacto de 360 grados sobre el paciente. Es obvio que desde los servicios sanitarios no todo se puede cubrir; sin embargo, hay que hacer todo lo posible para minimizar dicho impacto y, en ese sentido, el modelo de integración de las diferentes disciplinas tiene especial relevancia cuando se enfoca mediante la gestión por procesos.

Michael Porter, profesor de la universidad de Harvard, en sus estudios de los modelos sanitarios nos orienta a la medición del valor de los resultados según la siguiente ecuación:

$$\text{Valor} = \frac{\text{Efecto en grado de salud del proceso según la importancia para el paciente}}{\text{Coste de los recursos empleados}}$$

El grado de salud en términos de resultados se puede asociar con los siguientes niveles:

- I. **Supervivencia.** Tiempo de vida después de una intervención clínica.

- II. **Sostenibilidad.** Mantenimiento del sistema bio-psico-social según las necesidades.
- III. **Recuperación funcional.** Progreso en la adquisición del máximo nivel de autonomía.
- IV. **Cobertura.** Conjunto de operaciones que sirven para minimizar un riesgo.

Para evaluar estas métricas es necesario monitorizar el desarrollo de las actividades del proceso a través del tiempo y en continuo; desde su límite inicial hasta su límite final. A través de la monitorización de dichas actividades se establece el control de la enfermedad, calidad de vida y productividad laboral o escolar.

La gestión eficiente por resultados en salud implica disponer de una estructura clínica funcional estable, coordinada y organizada por procesos. También es necesario que las actividades generales y en mejor caso los procesos de dichas unidades estén correctamente documentados y actualizados, de manera que puedan abordarse con garantías las necesidades y expectativas de los pacientes. A partir de ahí debemos medir resultados intermedios y finales. Los resultados intermedios se corresponden generalmente con el producto final de cada actividad, mientras que los resultados finales se miden por el valor de los grados de salud en cada paciente. En función del impacto conseguido se procederá al ciclo de evaluación y mejora:

- I. Revisar la documentación base del proceso
- II. Seguir identificando oportunidades de mejora
- III. Rediseñar y aplicar dichas oportunidades
- IV. Estandarizar todo lo posible por consenso entre los profesionales

v. Revisar métricas para incrementar la eficacia y eficiencia

vi. Seguir optimizando



Referencias bibliográficas

1. Mora Martínez, José Ramón. *Gestión por procesos: conceptos, fundamentos y enfoque metodológico. Recopilación de Unidades didácticas/material docente del curso Gestión por procesos en servicios de salud. Madrid, 2016.*
2. Mora Martínez, José Ramón. *Cuaderno de procesos integrados. Formulario de diseño y documentación de procesos integrados. material didáctico del curso Gestión por procesos en servicios de salud Madrid, 2015.*
3. Delgado F, Mora JR. *Implantación de un modelo de calidad basado en la gestión clínica por procesos en un servicio de cirugía ortopédica y traumatología. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 1888-4415, 2012; 56(1):80-93.*
4. *Libro de procesos de clínicos. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Infanta Cristina. Madrid, 2012. En <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017712.pdf>*
5. *Libro de procesos de clínicos. Servicio de Urología. Hospital Universitario Infanta Cristina. Madrid, 2012. En <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017707.pdf>*
6. Lujan M, y Mora JR. *Herramientas de mejora de la calidad en servicios de urología. Monográfico de Archivo Españoles de Urología. Madrid 2014. En http://aeurologia.com/revista_prod.php?id_rev=241*
7. Beltrán J. et al. *Guía para la gestión basada en procesos. Ed. Euskalit y Fundación Valenciana de la Calidad. Zamudio 2002, Valencia 2003.*

8. *Consejería de Salud. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Sevilla. Junta de Andalucía (España), 2001.*
9. *Lorenzo S, Mira J, Moracho O. La gestión por procesos en Instituciones sanitarias". En Manuales de Dirección y Gestión Clínica: Gestión Clínica Gobierno Clínico. Editor Oteo LA, Ed. Díaz de Santos. Madrid 2006; pág. 241 - 297.*
10. *Mora JR. Guía metodológica para la gestión clínica por procesos. Aplicación a las organizaciones de enfermería Ed. Díaz de Santos. Madrid, 2003.*
11. *Mora JR, Ramos E. Rediseño del tratamiento de la anticoagulación oral. Rev. Administración Sanitaria; enero-marzo de 2001.*
12. *Mora JR, Ferrer C, Ramos E. Gestión clínica por procesos: Mapa de procesos en centros de salud. Rev. Administración Sanitaria; enero-marzo de 2002.*
13. *Mora JR, López F. Gestión clínica por procesos: aplicación al subproceso "cuidados del paciente con varices". Rev. Administración Sanitaria enero-marzo de 2003.*