



Jaime Luis Rojas Moya

BOLIVIA

Gestión por procesos y
atención al usuario en
los establecimientos del
Sistema Nacional de Salud

editado por
eumed.net

Gestión por procesos y atención al usuario en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud

Jaime Luis Rojas Moya

ABRIL DE 2003
LA PAZ – BOLIVIA

Envíe sus comentarios sobre el libro directamente al autor:
jrojas@sns.gov.bo

Para citar este libro puede utilizar el siguiente formato:

Rojas Moya J.L.: (2007) *Gestión por procesos, para mejorar la atención del usuario en los establecimientos de salud del sistema nacional de salud*, Edición electrónica gratuita. Texto completo en www.eumed.net/libros/2007a/

I N D I C E

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN 2

CAPITULO II

FUNDAMENTACION TEORICA

- 2.1. GESTION POR PROCESOS 5
- 2.2. OBJETIVOS DE LA GESTION POR PROCESOS 11
- 2.3. MEDIDAS DE PRODUCTIVIDAD DE UN PROCESO 13
- 2.4. MEJORAMIENTO DE PROCESOS 14
- 2.5. EL PROPÓSITO FINAL DE CUALQUIER ANÁLISIS DE PROCESO 15
- 2.6. PRINCIPIOS DE SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA DE PROCESOS/REINGENIERÍA 15
- 2.7. MEJORAMIENTO CONTINUA DE PROCESOS 17
- 2.8. PROCESOS CANDIDATOS A REDISEÑO 17
- 2.9. PRINCIPIOS PARA CREAR ORGANIZACIONES HORIZONTALES 18

CAPITULO III

DISEÑO TEORICO

- 3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 21
- 3.2. OBJETIVOS 22
 - 3.2.1. General 22
 - 3.2.2. Específicos 22
- 3.3. VARIABLES 22
- 3.4. DEFINICION DE VARIABLES 22
 - 3.4.1. Conceptuales 22
 - 3.4.1.1. Gestión por Procesos 22
 - 3.4.1.2. La Gestión del Usuario 23
 - 3.4.2. Operacionales 23
 - 3.4.2.1. Gestión por Procesos 23

- 3.4.2.2. Gestión del Usuario 23
- 3.5. ALCANCES Y LIMITES 23

CAPITULO IV

PROPUESTA

- 4.0 PRESENTACIÓN 26
- 4.1. BASES ESTRATÉGICAS PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA GESTION POR PROCESOS 28
 - 4.1.1. Estrategias Culturales 28
 - 4.1.2. Estrategias Organizacionales 29
 - 4.1.3. Estrategias Operativas 29
- 4.2. ÁMBITO DE APLICACIÓN Y ALCANCE DE LA IMPLANTACIÓN 30
- 4.3. ESTRUCTURA FUNCIONAL DE SOPORTE PARA SU IMPLANTACIÓN 31
- 4.4. ESTRATEGIA GENERAL DE IMPLANTACIÓN 31
 - 4.4.1. Equipo de Calidad Institucional 33
 - 4.4.1.1. Pasos a seguir 34
 - 4.4.1.2. Documentos de apoyo 35
 - 4.4.1.3. Premisas básica 36
 - 4.4.2. Creación de Grupos de Mejora 36
 - 4.4.2.1. Algunas acciones recomendables para la mejora .37
 - 4.4.2.2. El mejoramiento de la calidad 38
 - 4.4.2.3. Institucionalización del mejoramiento de la calidad 39
 - 4.4.2.4. El control de la calidad 39
 - 4.4.3. Implicación de Directivos 41
 - 4.4.4. Gestión del Usuario 42
 - 4.4.4.1. La atención centrada en el usuario 43
 - 4.4.4.2. Satisfacción del usuario 44
 - 4.4.4.3. Elevando las expectativas del usuario 45
 - 4.4.4.4. Reducción del tiempo de espera del usuario 47

4.4.5.	Distribución de Recursos	48	
4.4.6.	Adecuación de Sistemas de Información	49	
4.4.7.	Desarrollo de Estructuras Informales de Calidad en los Establecimientos de Salud	49	
4.4.7.1.	Sistemas humanos y técnicos	49	
4.4.7.2.	Motivar la participación del personal y el trabajo de equipo	50	
4.4.7.3.	Equipos interfuncionales	51	
4.4.7.4.	Cambiando la cultura organizacional	51	
4.4.8.	Incorporación a los Compromisos de Gestión	52	
4.4.8.1.	Compromisos para el primer	52	
4.4.9.	Estrategia de Formación	53	
4.4.9.1.	Capacitar a los facilitadores	53	
4.4.9.2.	Multiplicar la capacitación al capital humano de la institución	54	
4.4.10.	Realizar Seguimiento del Plan de Implantación	55	
4.5.	METODOLOGÍA DE IMPLANTACIÓN	55	
4.5.1.	Plan Operativo	55	
4.5.1.1.	Análisis de valor añadido	56	
4.5.1.2.	Descripción de actividades	57	
4.5.1.3.	Coordinación de procesos de apoyo	57	
4.5.1.4.	Coordinación de procesos interrelacionados	57	
4.5.1.5.	Coexistencia de sistemas	58	
4.5.2.	Plan de Gestión	58	
4.5.2.1.	Definición de una estructura organizativa	58	
4.5.2.2.	Definición de necesidades de formación	59	
4.5.2.3.	Indicadores	59	
	i).	Estándares de referencia y metas	62
	ii).	Indicadores de salida	62
	iii).	Características y requisitos de los indicadores	63
	iv).	Construcción de los indicadores	64

	v).	Criterios de indicadores de proceso	65
	vi).	Monitorización de indicadores	67
4.5.3.		Plan de Comunicación	68
	4.5.3.1.	Divulgación del marco filosófico en que se fundamenta la calidad	69
	4.5.3.2.	Sensibilizar los niveles nacional, regionales y locales	69
4.5.4.		Cronograma	70
4.6.		DESCRIPCIÓN Y DISEÑO DE PROCESOS. BASES METODOLÓGICAS	70
	4.6.1.	Niveles de Jerarquía del Procesos	71
	4.6.2.	Jerarquía Nivel Macroproceso	71
	4.6.3.	Jerarquía Nivel Proceso	72
	4.6.4.	Jerarquía Nivel Subprocesos	73
	4.6.5.	Jerarquía Nivel Actividad	74
	4.6.6.	Representación de Proceso	75
4.7		GERANTIA DE LA CALIDAD	76
		BIBLIOGRAFÍA	78



CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Cada vez más, los ciudadanos, las organizaciones y las empresas reclaman de la Administración Pública que la prestación de sus servicios sean de calidad, “la crítica de la gestión del sector público se refiere a la ineficiencia de las grandes estructuras jerárquicas de la Administración a la hora de intentar adaptarse a un mundo en plena transformación tecnológica y económica”¹.

Para ello se hace imprescindible introducir en los Órganos e Instituciones públicas sistemas de calidad en la gestión pública, incorporar la metodología de la mejora continua y adoptar aquellos principios de esa filosofía de gestión de la calidad, de acuerdo con su especificidad y de conformidad con el ordenamiento jurídico. “Uno de los principios básicos de la gestión de la calidad es contar con la voz de los destinatarios del servicio”².

Años atrás no habían surgido cambios significativos, reconociendo que hasta hace poco, los usuarios de los servicios tanto públicos como privados, debían someterse a los procesos, procedimientos, productos y servicios en la forma en que las empresas e instituciones lo determinaran; también debían someterse a los precios, calidad, eficiencia, tiempos de trámite, trato, comodidades, y consistencia, que los que prestaban el servicio establecían. Hoy día son los usuarios, quienes definen los productos a seguir, los estándares y los sistemas de las empresas e instituciones. Estos usuarios son cada vez más sofisticados y menos sumisos, se han vuelto más exigentes en reclamar sus derechos y en demandar servicios de mayor calidad, de mayor rapidez en su entrega y sobre todo de un mejor trato.

La GESTION POR PROCESOS es la forma de gestionar toda la organización basándose en los Procesos. En tendiendo estos como una secuencia de actividades orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada para

¹ **D. Salvador Parrado. D. César Colino.** Módulo XI. “La participación ciudadana en los servicios públicos.” De Master de Gerencia Publica. FIIAPP. Pag. 15.

² Idem.

conseguir un resultado, y una salida que a su vez satisfaga los requerimientos del usuario.

Tradicionalmente, las organizaciones se han estructurado sobre la base de departamentos funcionales que dificultan la orientación hacia el usuario. La **GESTIÓN DE PROCESOS** percibe la organización como un sistema interrelacionado de procesos que contribuyen conjuntamente a incrementar la satisfacción del usuario. Supone una visión alternativa a la tradicional caracterizada por estructuras organizativas de corte jerárquico - funcional, que pervive desde mitad del XIX, y que en buena medida dificulta la orientación de las empresas hacia el usuario.

La **Gestión de Procesos** coexiste con la administración funcional, asignando "propietarios" a los procesos clave, haciendo posible una gestión interfuncional generadora de valor para el usuario y que, por tanto, procura su satisfacción. Determina qué procesos necesitan ser mejorados o rediseñados, establece prioridades y provee de un contexto para iniciar y mantener planes de mejora que permitan alcanzar objetivos establecidos. Hace posible la comprensión del modo en que están configurados los procesos de negocio, de sus fortalezas y debilidades.

El Sector Salud no escapa a esta tendencia, ya que debe desarrollar una función eficiente y efectivo servicio a la sociedad boliviana.

Esto hace necesario la búsqueda de aspectos innovadores que permitan mejorar y fortalecer el desarrollo institucional y sectorial, la gerencia no puede continuar desarrollándose bajo los mismos esquemas tradicionales. Pues éste es un proceso demasiado lento ocasionando al usuario pérdida de tiempo y gastos innecesarios y por sobre todo insatisfacción.

Uno de los elementos necesarios para el desarrollo efectivo de programas de calidad es la satisfacción del paciente en sus demandas, expectativas y accesibilidad a los servicios de salud. El propósito del estudio fue detectar el grado de conocimiento, utilización y satisfacción de los usuarios que asisten a los Establecimientos de Salud■



CAPITULO II
**FUNDAMENTACION
TEORICA**

CAPITULO II

FUNDAMENTACION TEORICA

2.1. GESTION POR PROCESOS

Entre las diversas definiciones que hay de la **Gestión por Procesos** las que se asume para el presente estudio, subraya los aspectos que considero más importantes.

Así, la **Gestión por Procesos** supone reordenar flujos de trabajo de toda la Organización, con el fin de dar una atención y respuesta única que va dirigida tanto a aumentar la satisfacción de los usuarios como a facilitar las tareas a los recursos humanos y que requiere la implicación de todo el personal. Sin duda la Gestión por Procesos supone un cambio, pero un cambio que trata de construir una nueva calidad y no de eliminar la anterior.

- ✓ La Gestión por Procesos se enmarca en la *Gestión de la Calidad*, y constituye una herramienta útil para el desarrollo de una de las estrategias centrales del Plan de Calidad.
- ✓ *Enfoque centrado en el usuario*. Esto supone un cambio cultural en la organización, puesto que se toma en cuenta desde el principio las necesidades y expectativas de los usuarios, y se mide su grado de satisfacción.
- ✓ Compromiso del personal, ello obliga a trabajar en equipo, aunando los esfuerzos de profesionales de diferentes disciplinas.
- ✓ Homogeneidad, en cada proceso se recogen con lo que se reduce mucho la variabilidad y heterogeneidad.
- ✓ Sistema de información integrado, que permite evaluar las actividades que se realizan.

- ✓ Continuidad, es una de las características más importantes y permite eliminar actuaciones inútiles, romper interfases y rellenar momentos o espacios en blanco en la gestión de los servicios que se ofrecen a los usuarios. A su vez, uno de los factores clave para lograr la continuidad es la Coordinación horizontal y vertical en la Organización³.

Cuando se trata de calidad total, los métodos tradicionales de homologación no son suficientes. Es necesario asegurarse no solo de unas determinadas características del producto o servicio. Se trata de certificar que la Organización o institución está en posición de ofrecer realmente, y seguir ofreciendo en el futuro, los productos/servicios en cuestión con las características que se especifican, con los cumplimientos de entrega que se prometen, con la atención que el usuario espera, etc., es decir, Calidad Total⁴.

A propósito, en la Gestión por Procesos el significado más acertado para el concepto calidad es: **lo que el usuario espera recibir por lo que está dispuesto a pagar en función del valor percibido**. Desde este punto de vista la calidad equivale a "orientación de la Organización hacia el usuario"; por lo que la Gestión por Procesos se presenta como un sistema de gestión de la calidad apuntado a la calidad total.

La gestión tradicional ha estado orientada al efecto, el beneficio, olvidando su principal causa inmediata: Contar con usuarios satisfechos y fieles. Cada persona concentra su esfuerzo en la tarea que tiene asignada, tratando de hacerla conforme a las instrucciones y especificaciones recibidas, pero con poca información con relación al resultado final de su trabajo. Aún en los procesos fabriles no es extraño que un productor no sepa, al menos claramente, cómo contribuye su trabajo al producto final. En los trabajos administrativos y de gestión esto es aún más frecuente.

³ H.J: Harrington. 1994. *Mejoramiento de los proceso de la empresa*. Tomo 4. Cap. 1 "¿Por que centrarse en los procesos de la empresa?". Colombia: McGraw-Hill, Inc. Traducido de la primera edición en ingles. p. 1-28.

⁴ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. ICONTEC.2001. *ISO 9000:2000 Guía para las pequeñas empresas*. Bogota Colombia. p 7-25.

Esta estructura piramidal, muy válida en Organizaciones donde las decisiones siempre las toma el gran jefe, empieza a tener dificultades cuando se exige *Calidad Total* en cada operación, en cada transacción, en cada proceso; pues obliga a ese gran jefe a multiplicarse, sobre todo en la supervisión. Así mismo, el tecnicismo y un falso sentido de la especialización individual, junto con la competencia interna y la jerarquización feudal de muchas Organización, han llevado a sus integrantes a estar orientados a su tarea personal. Cada cual se siente orgulloso de su trabajo desde el punto de vista técnico y, lo demás, no importa.

El origen de las estructuras tradicionales se basa en la fragmentación de procesos naturales, producto de la división del trabajo (Taylor), y posterior agrupación de las tareas especializadas resultantes en áreas funcionales o departamentos. En estas estructuras tradicionales; ningún director de área es el único responsable del buen fin de un proceso, ya que la responsabilidad está repartida por áreas y en una misma transacción intervienen varias áreas. Así le tocaría a la *dirección general* responsabilizarse de ello. Si resumimos, en la gestión tradicional la *dirección general* tiene que intervenir con mucha frecuencia en procesos completos, debido a que en un mismo proceso intervienen muchos departamentos o áreas con distintos responsables cuya única coordinación puede conseguirla la alta dirección. Además en éste tipo de organizaciones, la adaptación a los requerimientos del usuario suele ser más lenta y más costosa lo cual repercute directamente en la **competitividad**.

Las organizaciones piramidales respondían bien a un entorno de demanda fuertemente creciente y previsible que pertenece ya al pasado. El poder real esta pasando de la oferta a la demanda y el usuario, cada uno de ellos, se ha convertido en la única guía de todas las actuaciones organizacionales. Este hecho, unido a las dificultades de prever la evolución futura del entorno competitivo, requiere de cambios profundos en la Organización: en sus técnicas de gestión y en las personas.

Se trata de volver a reunificar las actividades en torno a los procesos que previamente fueron fragmentados como consecuencia de una serie de

decisiones deliberadas y de evolución informal, lo cual supone reconocer que primero son los procesos y después la organización que los sustenta para hacerlos operativos. Es ver el proceso como la forma natural de organización del trabajo. La estructura puede o no coincidir con el proceso, ya que en un mismo puesto de trabajo puede realizar funciones para distintos procesos.

La Organización es un sistema de sistemas, cada proceso es un sistema de funciones y las funciones o actividades se han agrupado por departamento o áreas funcionales. La Gestión por Procesos consiste, pues, en gestionar integralmente cada una de las transacciones o procesos que la Organización realiza. Los sistemas coordinan las funciones, independientemente de quien las realiza. Toda la responsabilidad de la transacción es de un directivo que delega, pero conservando la responsabilidad final del buen fin de cada transacción. La *dirección general* participa en la coordinación y conflictos entre procesos pero no en una transacción o proceso concreto, salvo por excepción.

Cada persona que interviene en el proceso no debe pensar siempre en cómo hacer mejor lo que está haciendo (división del trabajo), sino por qué y para quién lo hace; puesto que la satisfacción del **usuario interno o externo** viene determinada por el coherente desarrollo del proceso en su conjunto más que por el correcto desempeño de cada función individual o actividad.

En la Gestión por Procesos se concentra la atención en el resultado de los procesos no en las tareas o actividades. Hay información sobre el resultado final y cada quien sabe como contribuye el trabajo individual al proceso global; lo cual se traduce en una responsabilidad con el proceso total y no con su tarea personal (deber).

La Gestión por Procesos se fundamenta en la asignación de un directivo de la responsabilidad de cada uno de los procesos de la Organización. En su forma más radical, se *sustituye* la organización departamental. En otras formas, quizás transicionales, se mantiene la estructura departamental, pero el responsable de un proceso tiene la responsabilidad del mismo, y al menos en

lo que a ese proceso se refiere, puede tener autoridad sobre los responsables funcionales (matricial)⁵.

La Gestión por Procesos tiene las siguientes características:

- ✓ Analizar las limitaciones de la organización funcional vertical para mejorar la **competitividad** de la Organización.

- ✓ Reconocer la existencia de los procesos internos (**relevante**):
 - Identificar los procesos relacionados con los factores críticos para el éxito de la Organización o que proporcionan ventaja competitiva.
 - Medir su actuación (calidad, costo y plazo) y ponerla en relación con el valor añadido percibido por el usuario.

- ✓ Identificar las necesidades de usuario externo y orientar a la Organización hacia su satisfacción.

- ✓ Entender las diferencias de alcance entre la mejora orientada a los procesos (que y para quien se hacen las cosas) y aquella enfocada a los departamentos o a las funciones (cómo se hace):
 - Productividad del conjunto frente al individual (**Eficacia** global frente a Efectividad parcial).
 - El departamento es un eslabón de la cadena, proceso al que añade valor
 - Organización en torno a resultados no a tareas.

- ✓ Asignar responsabilidades personales a cada proceso.

- ✓ Establecer en cada proceso indicadores de funcionamiento y objetivos de mejora.

- ✓ Evaluar la capacidad del proceso para satisfacerlos.

⁵ H.J: Harrington. 1994. *Mejoramiento de los procesos...* Ob. cit. P. 14-19.

- ✓ Mantenerlos bajo control, reduciendo su variabilidad y dependencia de causas no aleatorias (utilizar los gráficos de control estadístico de procesos para hacer predecibles calidad y costo).
- ✓ Mejorar de forma continua su funcionamiento global limitando su variabilidad común.
- ✓ Medir el grado de satisfacción del **usuario interno o externo**, y ponerlo en relación con la evaluación del desempeño personal.

La dificultad, grande por cierto, no estaba en la componente técnica de esta forma de gestionar una Organización, sino en el cambio de actitud de las personas. Algunos de los paradigmas bajo los que nos hemos educado, como la lógica Tayloriana, el organigrama y la Jerarquía, han de ser puestos en entredicho, al igual que determinados valores culturales vistos ahora como un freno a la creatividad.

Los cambios de comportamiento, especialmente en mandos y directivos, necesarios para gestionar los procesos de la Organización los resumimos en:

- ✓ Orientación externa hacia el usuario, frente a orientación interna al producto.
- ✓ Fusionar en las personas pensamiento y acción de mejora frente a la lógica Tayloriana. No se trata de trabajar mas sino de trabajar de otra manera.
- ✓ Compromiso con resultados frente a cumplimiento.
- ✓ Procesos y usuarios frente a departamentos y jefes.
- ✓ Participación y apoyo frente a jerarquisación y control.
- ✓ Responsabilidad sobre el proceso frente a autoridad jerárquica funcional.

Los procesos siempre están diseñados por directivos ; cuando están enfocados a satisfacer determinadas necesidades internas, como control o limitaciones de la responsabilidad departamental, incorporan una serie de actividades de dudoso valor agregado. Si define claramente la misión y objetivos de los procesos en términos del valor agregado percibido por los usuarios, automáticamente se pondrá de manifiesto aquellas actividades consideradas como ineficaces y por lo tanto imprescindibles.

2.2. OBJETIVOS DE LA GESTION POR PROCESOS

Como un sistema de gestión de calidad que es, el principal objetivo de la Gestión por Procesos es aumentar los resultados de la Organización a través de conseguir niveles superiores de satisfacción de sus usuarios. Además de incrementar la productividad a través de:

- ✓ Reducir los costos internos innecesarios (actividades sin valor agregado).
- ✓ Acortar los plazos de entrega (reducir tiempos de ciclo).
- ✓ Mejorar la calidad y el valor percibido por los usuarios de forma que a éste le resulte agradable trabajar con el suministrador.
- ✓ Incorporar actividades adicionales de servicio, de escaso costo, cuyo valor sea fácil de percibir por el usuario (ej: Información).

Para entender la **Gestión por Procesos** podemos considerarla como un sistema cuyos elementos principales son:

- ✓ Los **procesos claves**
- ✓ La coordinación y el control de su funcionamiento.
- ✓ La gestión de su mejora.

Sin duda una Organización de éste tipo con equipos de procesos altamente autónomo es más ágil, **eficiente**, **flexible** y emprendedora que las clásicas organizaciones funcionales burocratizadas. Además está más próxima y mejor apuntada hacia el usuario.

Concluyendo, la finalidad última de la Gestión por Procesos es hacer compatible la mejora de la satisfacción del usuario con mejores resultados Organizacionales.

La Gestión por Procesos se comprende con facilidad por su aplastante lógica, pero se asimila con dificultad por los cambios paradigmáticos que contiene.

Algunas diferencias entre organizaciones por procesos y Organización funcional tradicional:

- Procesos: De complejos a simples
- Actividades: De simples a complejas.
- Indicadores: De desempeño o resultados.
- Personal: De controlado a facultado.
- Directivo: De controlador a entrenador/Líder

Enfoque organizacional clásico versus enfoque de procesos⁶

GESTION POR FUNCIONES	GESTION POR PROCESOS
Departamentos especializados	Procesos valor añadido
Departamento forma organizativa	Forma natural organizar el trabajo
Jefes funcionales	Responsables de los procesos
Jerarquía - control	Autonomía - Autocontrol
Burocracia - formalismo	Flexibilidad - cambio - innovación
Toma de decisiones centralizada	Es parte del trabajo de todos
Información jerárquica	Información compartida
Jerarquía para coordinar	Coordina el equipo
Cumplimiento desempeño	Compromiso con resultados
Eficiencia: Productividad	Eficacia: competitividad
Cómo hacer mejor las tareas	Qué tareas hacer y para qué
Mejoras de alcance limitado	Alcance amplia – transfuncional

Adaptación propia

⁶ H.J: Harrington. 1994. *Mejoramiento de los procesos...* Ob. Cit. p. 1-28

“En la gestión de la calidad predomina la idea del trabajo en equipo, la abolición de las jerarquías, la transferencia de ideas desde la base a la cúpula y otros elementos que propician este clima participativo. La incorporación de las decisiones de los empleados a las decisiones organizativas forma parte de la participación interna”⁷.

2.3. MEDIDAS DE PRODUCTIVIDAD DE UN PROCESO

Eficiencia	Eficacia
✓ Tiempo de proceso	✓ Apariencia
✓ Recursos consumidos por unidad	✓ Oportunidad
✓ Número de personas	✓ Confiabilidad
✓ Costo de valor agregado	✓ Uso
✓ Tiempo invertido en el valor agregado	✓ Servicio
✓ Costo de la mala calidad/desperdicios	✓ Duración
✓ Tiempo de espera por unidad	✓ Capacidad de respuesta
	Adaptabilidad/flexibilidad
	✓ Dependencia

Adaptación propia

De acuerdo a Johanson, McHugh, Pendlebury y Wheeler⁸, sólo son necesarios cuatro indicadores para medir el rendimiento de un proceso (cuatro criterios de "valor" para el usuario): Calidad, Tiempo total del proceso, Costo y Servicio.

Calidad	Tiempo total del proceso	Costo	Servicio
1. Satisfacción de las necesidades del usuario	1. Tiempo para llegar al servicio	1. Diseño e ingeniería	1. Apoyo al usuario
2. Adecuación para el uso	a. Concepto prestación del servicio	2. Conversión	2. Servicio a los
3. Integridad de		3. Aseguramiento de la calidad	
		4. Gestión del	

⁷ D. Salvador Parrado y D. César Colino. Módulo XI. “La participación ciudadana... Ob. cit. p. 19.

⁸ Johanson, McHugh, Pendlebury y Wheeler. *Reingeniería de Organizaciones*. 1995. Editorial Limusa, México, 1995.

los procesos, variaciones mínimas 4. Eliminación de desperdicio 5. Mejora continua	b. Recepción del pedido hasta la entrega 2. Respuestas a la fuerza de las expectativas del usuario. 3. Tiempo de servicio a. Diseño b. Ingeniería c. Conversión d. Entrega Materiales 5. Inventarios	usuario 5. Administración 6. Inventarios 7. Materiales, insumos.	usuarios 3. Flexibilidad para satisfacer los cambios de las expectativas del usuario
---	---	--	--

Adaptación propia.

2.4. MEJORAMIENTO DE PROCESOS

El mejoramiento de procesos busca:

- ✓ Eliminación de la burocracia
- ✓ Eliminación de la duplicación
- ✓ Aseguramiento del valor agregado
- ✓ Simplificación
- ✓ Contra errores
- ✓ Reducción de tiempos de ciclo
- ✓ Crecimiento
- ✓ Estandarización
- ✓ Alianzas con proveedores
- ✓ Mejoramiento drástico (reingeniería)

- ✓ Automatización y/ o mecanización⁹

2.5. EL PROPÓSITO FINAL DE CUALQUIER ANÁLISIS DE PROCESO

El propósito es:

- ✓ Elevar la calidad del proceso
- ✓ Aumentar la eficiencia del proceso
- ✓ Reducir los costos relativos al proceso
- ✓ Hacer el trabajo más sencillo y menos fatigoso
- ✓ Hacer el trabajo más seguro

2.6. PRINCIPIOS DE SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA DE PROCESOS/REINGENIERÍA

- ✓ Los procesos deberán enfocarse hacia el usuario; aquellas actividades que no contribuyan a satisfacer las necesidades del usuario, deberán ser minimizadas.
- ✓ El trabajo de reingeniería deberá tener como meta mejorar y cambiar la organización y la atención al usuario.
- ✓ Deberá buscarse que los procesos y las actividades se efectúen en paralelo.
- ✓ Se crearán trabajo “completos” (enfoque de procesos) con responsabilidades y compromisos compartidos.
- ✓ El rol de la administración será apoyar a aquellos procesos que se encuentren directamente en contacto con el usuario.
- ✓ Se buscará que los empleados sean capaces de desempeñar más de una clase de trabajo, más de un solo rol. Se buscará que el empleado de alguna manera tenga contacto con el usuario.
- ✓ Toda la información de soporte administrativo deberá ser manejada como un producto de realización de un trabajo, no como un conjunto de actividades adicionales de trabajo.

⁹ Rubén Roberto Rico. *Calidad estratégica total: Total quality mangement. Diseño, implementacion y gestión del cambio estratégico imprescindible.* Cap. IV Gestión de la calidad total. 1993. Colombia: MACCHI GRUPO EDITOR S.A. 1993. P. 37-53.

- ✓ Se crearán funciones “virtuales” independientemente de la localización (una persona puede participar en varios grupos de trabajo remotamente).
- ✓ La información estará disponible de tal manera que pueda responder las preguntas del usuario en todo momento.
- ✓ Los procesos deberán diseñarse para cambiar en cualquier momento (procesos proactivos, con mejoras continuas).
- ✓ Donde sea posible, se deberá incluir en los procesos actividades de índole estratégico (actividades de valor).
- ✓ Eliminar burocracias jerárquicas.
- ✓ Buscar actividades redundantes y eliminarlas.
- ✓ Reinvertir el tiempo ganado, delegar nuevas tareas (nuevas tareas con nuevos métodos).
- ✓ Minimizar funciones “sombra” (funciones improductivas).
- ✓ Minimizar los registros “sombra” (disminuir la copia de cualquier cosa).
- ✓ Reducir los medios de transformación.
- ✓ Controlar el acceso a fuentes de información (mantener la integridad, seguridad y confiabilidad de los datos; reducir los costos del manejo de información).
- ✓ Asegurarse de capturar una sola vez la información en el punto de origen. Proporcionar los medios necesarios para su acceso y manejo.
- ✓ Automatizar la coordinación del proceso.
- ✓ Establecer mecanismos de respaldo (información, gente).
- ✓ Cualquier persona en la organización deberá tener la posibilidad de comunicarse con otra persona en la red corporativa.
- ✓ Localizar los puntos donde la productividad es esencial, proporcionar los medios adecuados para alcanzarla y mantenerla.
- ✓ Definir claramente el trabajo de una persona (trabajo a eliminarse, trabajo a realizarse de diferente manera, nuevas actividades a desarrollar, niveles de servicio esperados, plan de carrera, programa de compensaciones).
- ✓ Proporcionar capacitación precisa y enfocada a las actividades realizadas, crear ambientes de continuo aprendizaje. Donde sea posible apoyar el aprendizaje por medio de la tecnología.

2.7. MEJORAMIENTO CONTINUA DE PROCESOS

Técnicas básicas

- ✓ Anticipándose a las necesidades cambiantes de los usuarios
- ✓ Controlando el rendimiento de los procesos utilizando sistemas integrales de medición (reducción de desperdicios, tiempos de ciclo, cartas de control, etc.)
- ✓ Desarrollando los procesos a través de la perspectiva de los usuarios
- ✓ Desarrollando los proceso a través de perspectiva de eficacia, eficiencia y adaptación.
- ✓ Eliminando desperdicios y retrabajos en cualquier lugar de la organización
- ✓ Eliminando inconformidades en todas las fases del trabajo de cada persona, independientemente del tamaño de la mejora
- ✓ Haciendo innovaciones de alto nivel (reingeniería)
- ✓ Incorporando lecciones aprendidas en futuras actividades (aprendizaje organizacional)
- ✓ Investigando continuamente actividades que no agreguen valor al producto o servicio
- ✓ Manteniendo actitudes constructivas sobre el trabajo hecho (no conformarse con los actuales niveles de satisfacción)
- ✓ Usando *benchmarking* para mejorar la ventaja competitiva
- ✓ Usando herramientas técnicas tales como control estadístico de procesos, diseño experimental, benchmarking, despliegue de la función de la calidad, etc.
- ✓ Viendo todo como un proceso (no como actividades aisladas)

2.8. PROCESOS CANDIDATOS A REDISEÑO

Procesos desintegrados (preponderancia de lo evidente)

- ✓ Quejas continuas de los usuarios
- ✓ Costos o complejos
- ✓ Repetición continua del trabajo para corregir defectos
- ✓ Excesivos niveles de control
- ✓ Procesos críticos (los más visibles)

- ✓ Falta de calidad
- ✓ Inexistencia de flexibilidad
- ✓ Características básicas, funcionalidad
- ✓ Los más viables (mayor potencial de éxito)
- ✓ Alcance/ costo de la implementación
- ✓ Mayor impacto en las estrategias de la Organización
- ✓ Mayor impacto en el usuario¹⁰

2.9. PRINCIPIOS PARA CREAR ORGANIZACIONES HORIZONTALES

Pasos a seguir para crear organizaciones horizontales

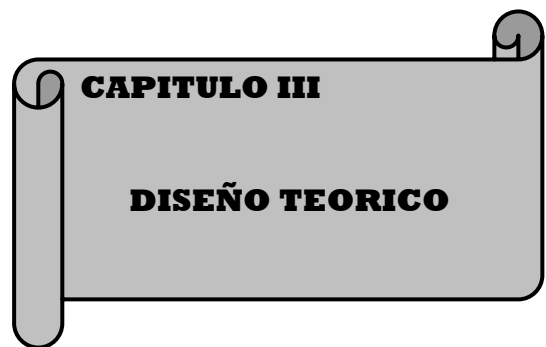
1. **Determinar a su usuario final y sus requerimientos.** Se trata por lo general del usuario externo. Los requerimientos del usuario interno pueden entrar en conflicto con los del usuario externo final, cuyas necesidades siempre serán prioritarias.
2. Elabore un cuadro de flujo del proceso. Los productos, la información y los documentos deben desplazarse horizontalmente en los flujos Organizacionales.
3. Determine a sus principales usuarios internos en cada uno de los pasos del proceso. En el caso de un proceso o departamento de oficina suelen existir muchos usuarios. Considere únicamente los más importantes.
4. Determine las principales funciones/servicios en cada uno de los pasos del procesos. Todo proceso o departamento suele desempeñar numerosas funciones. Examine sólo las más importantes (tales funciones o servicios deben ser tangibles y/o visibles en cuando menos una tercera parte).
5. Seleccione el paso del proceso con mayores probabilidades de mejoramiento. Identifique el paso con mayores problemas de calidad (desde el punto de vista externo), con los costos más altos o con los ciclos más prolongados.
6. Determine los principales requerimientos de su usuario. Se trata de detallar las necesidades del usuario interno respecto al "controlador del

¹⁰ Morris Daniel y Brandondon Joel. *Reingeniería. como aplicarla con éxito en las organizaciones*. Cap. VII.1994. Santare de Bogota, Colombia: McGraw-Hill,Inc.

proceso" en un paso específico y las del controlador del proceso respecto a quien lo provee.

7. Determine criterios de efectividad. Los criterios y las calificaciones de medición deben ser determinados por el usuario, aunque con la anuencia del controlador o jefe del departamento a cargo del proceso, a fin de que resulten adecuados y significativos para ambas partes. Los criterios más comunes en los servicios de apoyo son: puntualidad, precisión, terminado, colaboración, etcétera.
8. Determine las causas de discrepancia (desigualdad) en los requerimientos. Ejemplos de estas causas: resultados deficientes, esfuerzos insuficientes, falta de compromiso por parte de la Organización y/o el individuo al no satisfacer las necesidades, falta de retroalimentación, deficiencia en el proceso mismo, recursos inapropiados.
9. Mejore el paso respectivo del proceso. Identifique los instrumentos de elevación de la calidad con los que cuenta.
10. Repita los pasos 5-9 en el siguiente paso del proceso. Seleccione el siguiente paso del proceso con las mayores posibilidades de mejoramiento de la calidad, los costos o la duración de los ciclos¹¹ ■

¹¹ D. Keith Denton, *Dirección Horizontal*. 1993, Editorial Panorama, México Editorial Panorama, México



CAPITULO III

DISEÑO TEORICO

CAPITULO III

DISEÑO TEORICO

3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención de aproximadamente 9.095.445 consultas en los Servicios Ambulatorios al año, según información del Sistema Nacional de Información en Salud, anuario 2001¹². Siendo las principales causas de morbilidad: los partos, diarreas, fracturas, abortos y bronconeumonías.

Debido a la creciente demanda de atención médica que se deriva en la Consulta Externa de los Establecimientos de Salud, los servicios ofrecidos en esta área de atención genera por parte de su población objetivo críticas por la demora para obtener citas de atención médica, estar anotados en listas de espera con amplio tiempo de resolución a sus problemas médico-quirúrgicos y el trato despersonalizado durante el proceso de gestión en esta área de actuación.

Si al problema no se le da solución la respuesta de insatisfacción de los usuarios al transmitirse en la comunidad a la que pertenecen puede causar a la imagen de los Establecimientos de Salud un daño irreparable.

Por lo que en el presente estudio nos planteamos la interrogante:

¿La aplicación de la Gestión por Procesos puede contribuir a la mejora del Proceso de Gestión del Usuario en el Servicio de Consulta Externa en los Establecimientos de Salud?.

¹² Ministerio de Salud y Previsión Social, Sistema Nacional de Información en Salud. Estadísticas de salud 2001. Bolivia. La Paz, Ed. Hermencia. 2002. p. 36

3.2. OBJETIVOS

3.2.1. General

Diseñar una plataforma de cultura de la calidad, basada en Gestión por Procesos para satisfacer las necesidades y expectativas del Usuario en los Establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud.

3.2.2. Específicos

- ✓ Formular estrategias, políticas y procedimientos generales con base teórica de la calidad, para fortalecer la implantación de Gestión por Procesos.
- ✓ Diseñar las estrategias para la implantación de la Gestión por Procesos, para obtener mejoras radicales en las organizaciones de los Establecimientos de Salud, favoreciendo una cultura participativa.
- ✓ Diseñar la metodología para el diseño de Procesos de Calidad, a través de definir nuevas formas de hacer las cosas, con base en el trabajo en equipo y tomando en cuenta al proveedor y el usuario.

3.3. VARIABLES

Las variables a definirse en el presente estudio son: La Gestión por Procesos y la Gestión del Usuario.

3.4. DEFINICION DE VARIABLES

3.4.1. Conceptuales

3.4.1.1. Gestión por Procesos

La Gestión por Procesos se presenta como un sistema de gestión de la calidad apuntado a la calidad total.

3.4.1.2. La Gestión del Usuario

Son los pasos o procesos en que interviene el usuario desde el momento en que ingresa a una institución, tiempos muertos o tiempo de espera hasta obtener los resultados deseados y egresar de la institución.

3.4.2. Operacionales

3.4.2.1. Gestión por Procesos

Es una técnica de calidad, que pretende describir un nuevo modelo de prestación del servicio, para poder reducir de forma significativa el tiempo de tramite del usuario.

3.4.2.2. Gestión del Usuario

La gestión es la serie de pasos y el tiempo que utiliza el Usuario para recibir atención.

3.5. ALCANCES Y LIMITES

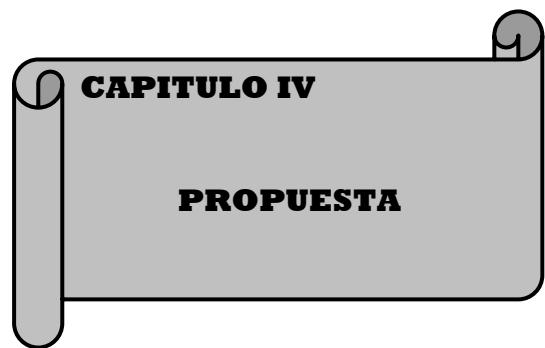
En el presente estudio se analizó como mejorar el proceso de Gestión del Usuario en el Servicio de Consulta en los Establecimientos de Salud.

Actualmente la evaluación de la calidad de atención en los Establecimientos de Salud, se base en la satisfacción del Usuario, para lo cual se realizan encuestas a los Usuarios, sin embargo no cuenta con un método estandarizado para la recolección de datos.

El enfoque utilizado para evaluar la calidad es el Análisis Situacional que no esta sistematizado la compilación de las observaciones de consultas, entrevistas con clientes y proveedores. Elaborado y administrado, a veces por comités de los mismos establecimientos. Que tan poco, estos no son

documentados, ni se asume la implantación de algún sistema de la calidad. Mediante el Análisis Situacional se informa sobre el funcionamiento y se hacen recomendaciones.

Este hecho a constituido una limitación, para realizar un diagnostico de la gestión del usuario en la prestación de los servicios de salud■



CAPITULO IV

PROPUESTA

4.0. PRESENTACIÓN

La gestión por procesos se conforma como una herramienta encaminada a conseguir los objetivos de Calidad Total. La implantación de la Gestión por Procesos, como política para incorporar, **arraigar** la calidad y la mejora continua en la cultura de las organizaciones de los establecimientos de salud, como **un sistema mas descentralizado y participativo**, ayudará a elevar la satisfacción de los prestadores de servicios de salud con su trabajo, además de reducir sustancialmente la heterogeneidad en el nivel de calidad entre los diferentes tipos de servicios de salud públicos en todo el territorio nacional.

Por su parte, la población mejorará su percepción sobre la calidad de los servicios de salud con información verídica, que permita elevar la confianza de la población en el sistema de salud. Asimismo, debe incorporar a la población en la promoción y vigilancia de la calidad de los servicios de salud.

La implantación de la Gestión por Procesos en los Servicios de Salud deberá enfrentar importantes desafíos. Entre los principales retos que habrá de superar se encuentran:

- ✓ La baja calidad, en promedio, de los servicios de salud;
- ✓ La heterogeneidad del servicio a nivel nacional;
- ✓ La percepción generalizada de una mala calidad del servicio; y
- ✓ La información deficiente y poco confiable.

En un periodo de la historia nacional en el que la democratización es el común denominador de todas las acciones de gobierno, la salud no puede rezagarse. La democratización de los servicios de salud permitirá que la gente cuente con un sistema de salud más cercano a la gente, que responda con calidad a sus necesidades y expectativas, que proteja a toda la población de los gastos médicos excesivos y que permita la participación de la gente en las decisiones

que afectan su salud y que hará posible que los usuarios cuenten con una mayor libertad para elegir al prestador de servicio.

La fase de implantación de un sistema es la más compleja, especialmente cuando se trata de introducir una nueva cultura de hacer las cosas, que implica cambios o rediseñar procesos en las organizaciones.

Para esto, es primordial adoptar una estrategia de implantación adecuada al tipo de organización, tomando en cuenta que el Sistema Nacional de Salud está formado por un conjunto de instituciones con peculiaridades distintas, con dotación de infraestructuras y tecnológica diversa. De ahí que la implantación debe adaptarse en cada institución, y a las características específicas de los Establecimientos de Salud.

En este sentido, es importante destacar que para la implantación de la Gestión por Procesos se debe abordar las siguientes situaciones:

- ✓ Los Establecimientos de Salud mantienen estructuras organizativas jerarquizadas, burocratizadas superespecializadas. Para la Gestión por Procesos, se requiere organizaciones planas y horizontales. Lo que supone cambios organizativos profundos para reorientar el trabajo individual hacia equipos multidisciplinarios, y los servicios clásicos hacia unidades funcionales Interdisciplinarios.
- ✓ La gestión llevada a cabo en los Establecimientos de Salud tiene un enfoque en el que predomina la proyección interior, es decir no se enfoca al usuario.
- ✓ La Toma de decisiones es centralizada, la Información y coordinación demasiado jerarquizadas. Los sistemas de información están enfocados a la medición de resultados basados en la productividad que en la satisfacción del usuario y la calidad de los servicios.
- ✓ La organización está muy arraigada y centralizada. Esto dificulta la reorganización en unidades de proceso, para ser eficaces,

- ✓ El liderazgo está basado más en el inmovilismo y las cualidades administrativas que en la adaptación al cambio y en el liderazgo activo.

Situaciones que deben tomarse en cuenta para la implantación, de la Gestión por Procesos.

4.1. BASES ESTRATÉGICAS PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA GESTION POR PROCESOS

“Es preciso tener siempre presente que un proceso de esta naturaleza puede devenir en fracaso si no se realiza con rigor, si no se analizan suficientemente los obstáculos que puede tener y, sobre todo, si no va acompañado de un cambio dinámico e integral de la organización, en su cultura, sistemas de comunicación, estructuras organizativas, estilos de dirección, consideración del factor humano, etc”¹³. A este efecto, es necesario abordar los aspectos culturales, organizacionales y la operativización, estas estrategias tienen que llevarse a cabo simultáneamente para que la implantación sea un éxito. Lo más importante es obtener la **participación** de todos los implicados en el cambio

4.1.1. Estrategias Culturales

Los aspectos culturales deben ser propiciados con actuaciones orientadas a la colaboración y el compromiso de todos y cada uno de los miembros de la organización. Estas condiciones no se producirán de manera “natural” ni espontánea.

A este efecto, las actuaciones en el ámbito cultural dirigidas a **vencer la resistencia** al cambio de las personas son:

- ✓ **Crear una cultura operativa específica basada en la Gestión por Procesos, con los nuevos valores** y reforzar aquellos valores anteriores que influirán de manera positiva para realizar el cambio.

¹³ **Centeno Maciá, Gerardo.** *Módulo XIII Gestión de calidad en la Administración.* Material didáctico Master de Gerencia Publica. FIIAPP. p. 5

- ✓ **Sentido de pertenencia al cambio**, de manera se posibilite que cada persona implicada conozca las ventajas y dificultades que se producirán.
- ✓ Asegurar un **liderazgo adecuado** y un fuerte compromiso de los líderes con el cambio.
- ✓ **Garantizar la coherencia** entre lo que se dice en el plan y lo que se aplica en la realidad cotidiana.

4.1.2. Estrategias Organizacionales

Las actuaciones básicas para implantar el cambio organizacional son:

- ✓ Adaptar la estructura organizativa mediante equipos operativos de alta resolución acompañado de medidas adecuadas de flexibilización de la estructura organizativa y de dotación de autonomía de gestión a los equipos.
- ✓ En los Establecimientos grandes, se debe descentralizar la gestión al máximo para facilitar la introducción de cambios.
- ✓ La motivación de las personas que se impliquen es muy importante.
- ✓ Identificar las barreras (de poder establecido) que eventualmente pueden frenar el cambio y adoptar las medidas necesarias para neutralizar la “cultura discrepante con el cambio” inducida por los desequilibrios en la balanza de “poder tradicional”.

4.1.3. Estrategias Operativas

Las actuaciones básicas en el nivel operativo son:

- ✓ Elaborar un plan operativo detallado, donde se refleje claramente la reorganización del trabajo mediante flujos de tareas y responsabilidades

perfectamente definidas, y se expongan las medidas específicas para el periodo en que coexistan los dos sistemas de trabajo (tradicional y nuevo).

- ✓ Definir una estructura organizativa adecuada al plan operativo.
- ✓ Establecer una estructura de comunicación y coordinación eficaz.
- ✓ Elaborar un cronograma de implantación, adecuando los recursos disponibles a las expectativas de cambio.
- ✓ Rediseñar los procesos clave imprescindible simplificándolos al máximo, **eliminando** todas aquellas tareas que **no aporten valor añadido**.
- ✓ Aportar todos los recursos necesarios para garantizar el éxito de la implantación.
- ✓ Adaptar los sistemas de información, sustituyendo los indicadores clásicos por aquellos que exige el cambio, así como añadir indicadores proceso, resultado e impacto para controlar cómo se desarrolla la fase de implantación.

4.2. ÁMBITO DE APLICACIÓN Y ALCANCE DE LA IMPLANTACION

La aplicación e implantación de la Gestión por Procesos, comprenderá a los cuatro ámbitos de gestión que establece el Sistema Nacional de Salud:

- a) Nacional, correspondiente al Ministerio de Salud y Previsión Social – MSPS.
- b) Departamental, correspondiente al Servicio Departamental de Salud - SEDES, dependiente de la Prefectura.
- c) Municipal, correspondiente al Directorio Local de Salud - DILOS.

- d) Local, correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y brigada móvil como nivel operativo.

Para los tres primeros niveles de gestión se desarrollaran los Macroprocesos, que muestre el relacionamiento del Sistema Nacional de Salud; mientras que en el nivel de gestión de los Establecimientos de Salud se desarrollara los procesos.

4.3. ESTRUCTURA FUNCIONAL DE SOPORTE PARA SU IMPLANTACION

Para llevar a cabo la Implantación de la Gestión por Procesos se conforma una estructura funcional compuesta por:

- ✓ **Dirección Nacional de Calidad**, instituida en el estructura organizativa del Ministerio de Salud y Previsión Social, que se constituye en el órgano rector – normativo de la gestión de calidad nivel nacional, responsable de formular la estrategia, políticas, planes y programas nacionales.
- ✓ **Unidad Departamental de Calidad**, en la estructura de los Servicios Departamentales de Salud. Articula las políticas nacionales y la gestión municipal, coordina y supervisa la gestión de calidad de los servicios de salud en el Departamento.
Es encargado de cumplir y hacer cumplir la política de calidad en su jurisdicción territorial.
- ✓ Equipos de Calidad Institucionales, conformados por los técnicos de los Establecimientos de Salud.

4.4. ESTRATEGIA GENERAL DE IMPLANTACIÓN

La implantación de la Gestión por Procesos supone un esfuerzo para los profesionales, que se verá recompensado por la mejora en la práctica clínica y la normatización de los circuitos que implican el Sistema Nacional de Salud.

Para facilitar esta labor, se debe elaborar una serie de documentos matrices, a cargo de Dirección Nacional de la Calidad, que sirva de guía en la buena marcha de los grupos de trabajo y que servirán de apoyo metodológico en su funcionamiento a nivel de las Unidades de Calidad Departamental y equipos Institucionales respectivamente.

Una vez diseñados los procesos correspondientes al Mapa de Procesos del Sistema Nacional de Salud, a cargo de la Dirección Nacional de Calidad, con la participación de las Unidades de Calidad Departamental y con la base estratégica y operativa que se ha señalado en los puntos anteriores para su implantación, se propone a continuación una estrategia general de actuación.

Esta estrategia comprende varios aspectos que deben ser abordados, en torno al grupo de profesionales que han intervenido en el diseño de los procesos.

Las líneas de actuación que habrá que desarrollar en los Establecimientos de Salud serán las siguientes:

- ✓ Equipo de calidad institucional.
- ✓ Formación grupos de mejora.
- ✓ Implicación de directivos.
- ✓ Gestión del usuario.
- ✓ Distribución de recursos.
- ✓ Adecuación sistemas de información.
- ✓ Desarrollo de estructuras informales de calidad.
- ✓ Incorporación a los compromisos de gestión.
- ✓ Estrategia de formación.

La implantación de la Gestión por Procesos es contribuir a la visión del sistema a mejorar las condiciones de salud, proporcionar atención integral de alta calidad a la población.

4.4.1. Equipo de Calidad Institucional.

Para el inicio del trabajo se debe formar un grupo, responsable de la puesta en marcha la implantación de la Gestión por Procesos con carácter multidisciplinar e internivel, del que pasarán a formar parte los profesionales implicados en el mismo. Inicialmente con un Miembro del Unidad Departamental de Calidad. Se “entiende por **grupo de trabajo** un conjunto de personas relacionadas entre sí y con un cierto grado de interdependencia, que se esfuerza por conseguir un objetivo común, con la convicción de que juntos pueden alcanzar este objetivo mejor que individualmente”¹⁴.

El grupo se ampliará hasta un total de entre 6 y 10 personas a propuesta de los responsables iniciales. Se nombrará un coordinador del mismo y un secretario. Las acciones que deben articularse en esta línea serían la siguientes:

- ✓ Consideración de los grupos de procesos como Grupos de Referencia Nacional y Departamental para coordinación con los Establecimientos de Salud, estos últimos conformaran los Equipos Institucionales con las siguientes funciones:
 - Actualización anual de los procesos.
 - Revisión e incorporación de evidencia científica actualizada.
 - Revisión y actualización anual de las Normas de Calidad para los procesos.Evaluación de los resultados alcanzados.
 - Propuestas de mejora.

- ✓ Responsables de implantación en sus respectivas áreas, con las siguientes actuaciones:
 - Formación de los grupos de mejora en los Establecimientos de Salud.
 - Adaptación de los procesos al entorno concreto.

¹⁴ **Guillén Gea, José María.** *Módulo VII. Creación de equipos de éxito.* Material Didáctico Master en Gerencia Publica. FIAAPP. P. 38.

- Evaluación de resultados de procesos en el nivel de área.
- Propuesta de acciones de mejora.

4.4.1.1. Pasos a seguir

- 1.- Realizar un cronograma de reuniones enmarcado en el realizado por el Grupo Inicial.
- 2.- Lectura del proceso, haciendo hincapié en componentes del proceso, actividades y características de calidad, diseño del proceso, actividades y tareas e indicadores.
- 3.- Análisis de la situación actual del proceso en el área: descripción del proceso tal y como se desarrolla. Para ello se describirá gráficamente el mismo, que servirá para comparar con la propuesta por el proceso editado por la Unidad Departamental de Calidad en coordinación con el equipo Institucional de Calidad. También es conveniente que el proceso se analice parcialmente o por subprocesos.
- 4.- Puntos de mejora, evaluarán los componentes del proceso, actividades y sus características de calidad con el fin de proponer las modificaciones necesarias para su implantación. Se evaluará también:
- 5.- Rediseño del proceso, adaptándolo al entorno, teniendo en cuenta:
 - Coordinación con las unidades de soporte.
 - Coordinación con otros procesos relacionados.
 - Coexistencia de sistemas (clásico y por procesos).
- 6.- Plan de Implantación
 - 6.1 Medidas a tomar, definiéndose los recursos necesarios para la implantación del proceso: de tiempo, administrativos, materiales, logísticos, redistribución de espacios,...

6.2 Responsable de su puesta en marcha

6.3 Cronograma de la mejora.

6.4 Plan de difusión de las mejoras entre los profesionales implicados.

6.5 Puesta en marcha.

7.- Evaluación de Indicadores.

8.- Propuesta de acciones de mejora y rediseño.

9.- Plan de implementación de las mejoras.

10.- Reevaluación

4.4.1.2. Documentos de apoyo

1.- Acta tipo

2.- Cronograma

3.- Guía de descripción de procesos editada por el Unidad Departamental de Calidad, en coordinación con la Dirección Nacional de Calidad.

4.- Proceso a poner en marcha editado.

5.- Documento de descripción y priorización de problemas.

6.- Documento de objetivos y actividades.

7.- Documento de determinación de criterios de calidad e indicadores para medir

4.4.1.3. Premisas básicas

- ✓ Los indicadores seleccionados deben corresponder a atributos de calidad percibida. La calidad Técnica será abordada posterior a ésta experiencia.
- ✓ Una experiencia exitosa, organizada y consistente en Calidad de servicios puede impactar en el aprendizaje de los cuadros directivos y en los trabajadores de la salud.
- ✓ El éxito en el cambio de percepción de los usuarios en los servicios, probablemente facilite su participación y colaboración en otros propósitos de la Implantación.
- ✓ La percepción del usuario es el objetivo central pero debe buscarse también su corresponsabilidad sobre todo en la correcta utilización de los servicios.
- ✓ Una sólida definición y ejercicio de autoridad es indispensable para lograr el éxito. (Liderazgo efectivo).
- ✓ La Unidad Departamental y el equipo Institucional de Calidad son responsables de la conducción y operación del Plan en sus ámbitos y competencias de responsabilidad.

4.4.2. Creación de Grupos de Mejora

Con independencia de la incorporación de los profesionales indicados en el punto anterior, para la implantación y desarrollo de los procesos asistenciales, en todos los Establecimientos de Salud se deben poner en marcha Grupos de Mejora, que estarían formados por otros profesionales implicados en los procesos, pertenecientes a diferentes niveles asistenciales.

Las funciones de estos grupos serían las siguientes:

- ✓ Adaptación de los procesos al nivel del Establecimiento, Área.

- ✓ Puesta en marcha de las acciones contenidas en la definición de los procesos.
- ✓ Evaluación de resultados.
- ✓ Propuestas de acciones de mejora.

4.4.2.1. Algunas acciones recomendables para la mejora

- ✓ Involucrar, comprometer y apoyar a los directivos y trabajadores en los Establecimientos de Salud.
- ✓ Establecer mecanismos de medición confiables y consistentes para los indicadores seleccionados.

- ✓ Compartir con los trabajadores los resultados periódicamente.

Para mejorar el tiempo de espera de atención pudiera recomendarse:

- ✓ Incrementar la proporción de consultas por cita.
- ✓ Atender a los pacientes no citados en la primera mitad del turno del médico y a los citados en la parte complementaria.
- ✓ Promover la cita telefónica. Asignar líneas telefónicas para éste efecto.
- ✓ A los pacientes que acuden no citados informarles la hora en que serán atendidos e invitarlos a aprovechar el tiempo de espera en otras actividades.

Para mejorar el tiempo de espera en Urgencias:

- ✓ Promover entre la población el uso adecuado del servicio.
- ✓ Reorganizar la atención en el 1° Nivel para evitar la saturación de Urgencias por problemas no urgentes.

- ✓ Instalación del sistema de Médico filtro en Urgencias.

Para mejorar información a los pacientes y cerciorarse que sea comprendida:

- ✓ Sesiones de sensibilización al personal médico de 1er. Nivel y Urgencias.
- ✓ Diseño de trípticos, folletos ó carteles de apoyo para la actividad informadora del médico en los momentos de saturación del servicio.
- ✓ Retroinformar al personal de los resultados de las encuestas.

Para mejorar el suministro de recetas:

- ✓ Mejorar y estabilizar la provisión de los medicamentos de mayor consumo.
- ✓ Propiciar y supervisar la prescripción razonada de medicamentos.
- ✓ Establecer mecanismos efectivos de comunicación entre médicos y personal de farmacia acerca de existencias y planeación del suministro.

4.4.2.2. El mejoramiento de la calidad

El mejoramiento de la calidad en el Sistema Nacional de Salud es elevar el nivel de atención, mediante una búsqueda continua para mejorar. El mejoramiento de la salud exige que los gerentes, prestadores de servicios y demás miembros del personal no sólo cumplan con los estándares sino que los excedan para elevar las normas.

La calidad se puede mejorar de muchas maneras, tales como poner en vigor o modificar los estándares, fortalecer la supervisión y solicitar que los expertos técnicos vuelvan a idear un proceso. Sin embargo, el concepto de mejora de la calidad, generalmente implica un enfoque de equipo para resolver los problemas.

En el mejoramiento de la calidad, La Dirección Nacional, la Unidad Departamental de Calidad e Institucional deben trabajar juntos para identificar y resolver los problemas que comprometen la calidad de atención. Ellos basan su toma de decisiones en datos y no en suposiciones, usando herramientas de diagnóstico, análisis y seguir un proceso sistemático¹⁵.

4.4.2.3. Institucionalización del mejoramiento de la calidad

Para que el mejoramiento de la calidad pueda tener un impacto amplio y duradero, debe formar una parte integral y esencial de la institución. Todo miembro de la organización, desde los empleados operativos hasta los líderes en el nivel más alto, deben estar convencidos de que no sólo es posible prestar atención de buena calidad sino que es una alta prioridad para ellos y su organización.

“El gusto por el trabajo bien hecho. Como consecuencia de la involucración de las personas en la organización y del reconocimiento de su esfuerzo, todo el que se implica en las acciones de mejora obtiene un mayor nivel de satisfacción en su desempeño. El gusto por el trabajo bien hecho es un valor que se convierte en un elemento de motivación para el personal y de mejora para la organización”¹⁶.

4.4.2.4. El control de la calidad

El control de la calidad garantiza que las actividades de un programa ocurran según fueron planeadas. Las actividades para el control de la calidad también pueden identificar fallas en el diseño y, por ende, señalar cambios que podrían mejorar la calidad.

✓ En el campo de la salud, el objetivo principal del control de la calidad es garantizar que todo prestador de servicios ofrezca siempre la misma

¹⁵ **Centeno Maciá, Gerardo.** *Módulo XIII Gestión de calidad en la Administración.* Material didáctico Master de Gerencia Publica. FIIAPP

¹⁶ Idib. p. 7

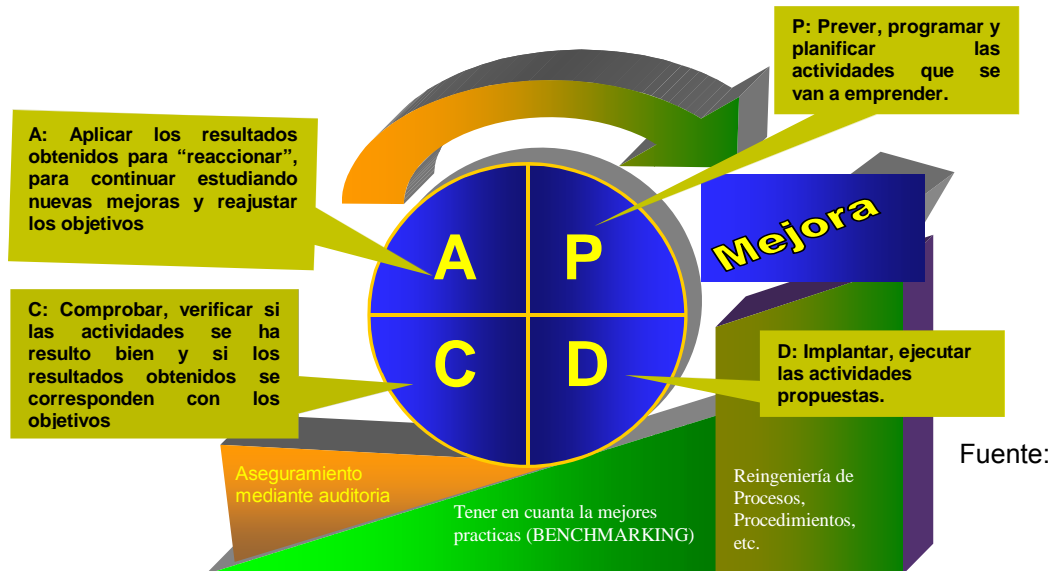
atención de buena calidad a todos los usuarios. El control de la calidad incluye supervisión y monitoreo diarios para confirmar que las actividades estén procediendo conforme al plan y que los miembros del personal estén siguiendo las directrices. Además, debe incluir evaluaciones periódicas que midan el progreso hacia los objetivos del programa. El control de la buena calidad requiere que los programas elaboren y mantengan:

- ✓ Indicadores de la calidad que se puedan medir,
- ✓ Recolección y análisis de datos en forma oportuna,
- ✓ Supervisión eficaz

Después de diseñar un proceso asistencial, y una vez que se procede a su implantación a nivel de los Establecimientos de Salud, es imprescindible poner en marcha mecanismos de control y mejora continua que permitan medir su calidad. Estos mecanismos deben utilizarse sistemáticamente para conocer todos los aspectos claves en el desarrollo del proceso asistencial:

- ✓ Si su **variabilidad** se mantiene dentro de unos márgenes aceptables.
- ✓ Si la **efectividad** del proceso es la deseada, es decir, si los indicadores de resultados o de valoración integral del proceso son satisfactorios.
- ✓ Si los **usuarios están satisfechos**: se han eliminado espacios en blanco, tiempos de espera innecesarios, se garantiza la **accesibilidad** a los usuarios, ...
- ✓ Si se mantienen los niveles de **eficiencia** previstos, y los indicadores demuestran una mejor utilización de los recursos.
- ✓ Si se escucha la opinión de los profesionales y las personas que intervienen en el desarrollo del proceso consideran que su trabajo ha mejorado.

Por último y no menos importante, utilizar como herramienta metodológica, el Ciclo de Mejoramiento Continuo de la Calidad, aplicado a problemas operativos y clínicos concretos, optimizando el uso de los recursos disponibles.



http://personales.jet.es/amozarrain/Estructura_proceso.htm

4.4.3. Implicación de Directivos

Es imprescindible lograr un elevado grado de implicación de los Directivos en todos los ámbitos del Sistema Nacional de Salud, en la estrategia de desarrollo de los procesos asistenciales; para ello, se plantean diferentes acciones simultáneas:

- ✓ Reunión de trabajo con los gerentes de los Establecimientos de Salud.
- ✓ Formación en Gestión por Procesos y Competencias, dirigida a todos los Directivos de la organización.
- ✓ Vinculación de los resultados por procesos al sistema.

Los gerentes en los niveles más altos deben participar activamente en toda iniciativa para mejorar la calidad, así ésta ha de tener éxito. El ejemplo personal y profesional de cada líder demuestra compromiso institucional, colabora a

vencer la resistencia natural de los empleados frente a cualquier tipo de cambio y ayuda a convencer al personal en cuanto a la importancia de la calidad. Las iniciativas exitosas relacionadas con la calidad requiere tener un líder respetado que es identificado personalmente con la iniciativa y está dedicado a ella. Sin un liderazgo sólido, el personal puede confundirse con respecto a lo que se espera de él, preguntarse cuáles son realmente los objetivos de los líderes, y aplazar la toma de medidas.

La forma más poderosa de cambiar las prácticas cotidianas es que los gerentes en los niveles más altos practiquen ellos mismos lo que predicán: es decir, que hagan lo que solicitan que otros miembros del personal hagan. Tales líderes proveen un ejemplo positivo, motivan a los demás a pensar sobre nuevos enfoques y refuerzan nuevos valores. No obstante, los gerentes en los niveles más altos deben entender y comprometerse plenamente al mejoramiento de la calidad para demostrar tal compromiso personal. De hecho, puede ser que se sientan amenazados por una iniciativa de calidad porque cambia los estándares aplicados a ellos y a sus programas. Además, es posible que no aprecien la necesidad de generar cambios tanto como sus subordinados porque están más alejados de la prestación de servicios.

4.4.4. Gestión del Usuario

incluye dos grandes acciones concretas. Por un lado, ofrecer un trato digno tanto a los usuarios de los servicios de salud, como a sus familiares y, por otro, mejorar constantemente la calidad técnica de la atención médica.

Dentro de los servicios de salud, el trato digno que ofrecerá la Cruzada a los usuarios se reflejará en:

- ✓ Respeto a los derechos humanos y a las características individuales de la persona.
- ✓ Información completa, veraz, oportuna y susceptible de ser entendida por el paciente o por quienes lo acompañan.
- ✓ Amabilidad por parte de los prestadores de servicio.

La implantación permitirá que la atención médica sea efectiva, eficiente, ética y segura. Será efectiva porque logrará alcanzar los resultados esperados por el usuario de los servicios de salud; eficiente porque fomentará el uso óptimo de los recursos de los que se dispone; ética porque se apegará a los valores universales y segura porque ofrecerá un servicio que involucre los menores riesgos posibles.

En este proceso de cambio, que reflejará los logros, que la calidad sea reconocida explícita y fehacientemente como un valor de la cultura organizacional del sistema de salud y que existan evidencias confiables de mejoras sustanciales que sean percibidas con satisfacción por los usuarios, por la población en general y por los prestadores de los servicios.

4.4.4.1. La atención centrada en el usuario

El otorgar prioridad máxima al usuario es clave para mejorar la calidad de los servicios de salud, ofreciendo servicios que cumplan con los estándares médicos y traten a los usuarios como desean ser tratados.

El adoptar un enfoque centrado en el usuario requiere un cambio de actitud. Al orientarse hacia el usuario, se reconoce que las inquietudes y preferencias del usuario también son válidas e importantes.

Por lo tanto, los proveedores iniciales y sus supervisores pueden considerarse, en terminología administrativa, "usuarios internos".

Los profesionales de salud como usuarios internos.

Los miembros del personal de una organización pueden considerarse "usuarios internos" porque reciben productos y servicios esenciales para su trabajo por parte de sus compañeros de trabajo. Los gerentes deben escuchar y responder a las necesidades de los proveedores iniciales, supervisores y otros usuarios internos en la misma forma en que escuchan y responden a las necesidades de los usuarios externos. El marco conceptual de los Derechos del usuario y necesidades del profesional de salud, reconoce que es importante apoyar a los proveedores iniciales para garantizar la buena calidad.

Los prestadores de servicios dependen de sus compañeros de trabajo para obtener y mantener el equipo, para asegurarse de que se disponga de suministros, para archivar registros, para proveer capacitación y supervisión, y relacionamiento con los usuarios y aceptar referencias de ellos, y para realizar muchas otras tareas. Cuando los compañeros de trabajo no cubren estas necesidades, se les hace más difícil a los profesionales de salud prestar servicios de buena calidad.

4.4.4.2. Satisfacción del usuario

La satisfacción del usuario es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad. Dado que la satisfacción del usuario influye de tal manera en su comportamiento, es una meta muy valiosa. La satisfacción del usuario puede influir en:

- ✓ El hecho de que el usuario procure o no procure atención,
- ✓ El lugar al cual acuda para recibir atención,
- ✓ El hecho de que esté dispuesto a pagar por los servicios,
- ✓ El hecho de que el usuario siga o no siga las instrucciones del prestador de servicios,
- ✓ El hecho de que el usuario regrese o no regrese al prestador de servicios y
- ✓ El hecho de que el usuario recomiende o no recomiende los servicios a los demás.

La satisfacción del usuario depende no sólo de la calidad de los servicios sino también de sus expectativas. El usuario está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas del usuario son bajas o si el usuario tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes.

Cuando el usuario percibe la calidad de manera equivocada, sus expectativas pueden influir en el comportamiento de los prestadores de servicios y, de

hecho, reducir la calidad de atención. Los usuarios a veces solicitan pruebas, procedimientos o tratamientos inapropiados porque creen, erróneamente, que constituyen buena calidad. El orientar a los usuarios e informar al público con respecto a lo que constituye la atención apropiada son aspectos importantes en la prestación de servicios de buena calidad.

La satisfacción del usuario es un indicador importante de la calidad de servicios. No obstante, resulta difícil evaluar la satisfacción del usuario. Los métodos y las medidas para la recolección de datos pueden influir en las respuestas del usuario. Además, tanto el acceso a los servicios como las repercusiones de los servicios en la salud (por ejemplo, la presencia de efectos secundarios) pueden afectar la satisfacción del usuario a tal nivel que no refleje el proceso de prestar atención.

A fin de medir y analizar la satisfacción del usuario, se debe realizar entrevistas de salida, solicitando a los usuarios que relaten lo que sucedió durante la consulta, en vez de evaluarlo. En las entrevistas a fondo y en las discusiones de grupo focal se puede indagar para obtener información detallada, en lugar de hacer preguntas generales sobre la satisfacción. Un usuario simulado o usuario anónimo (es decir, un miembro de la comunidad capacitado que simule procurar servicios) puede evaluar la satisfacción del usuario.

4.4.4.3. Elevando las expectativas del usuario

Es importante desarrollar una expectativa de buena calidad entre los usuarios de manera que ellos exijan servicios de buena calidad. Los Establecimientos de Salud pueden educar a los usuarios sobre la calidad de atención que deben esperar y corregir los conceptos erróneos de varias maneras; entre ellas mostrar carteles y folletos en los Establecimientos, convocar reuniones y eventos comunitarios, y utilizar los medios masivos de comunicación. Uno de los enfoques consiste en crear un modelo para el comportamiento, es decir, presentar ejemplos de comportamiento deseable para que la gente lo imite, a fin de ayudar a cambiar tanto las actitudes de los usuarios como las de los profesionales de salud. Al presentar simulaciones o sociodramas de visitas a los Establecimientos de Salud en los medios masivos de comunicación, se

puede demostrar qué es la atención de buena calidad tanto a los usuarios como a los profesionales de salud; por ende, se puede crear nuevas y más altas normas de calidad, mostrando a los prestadores de servicios como personas respetuosas y atentas. También presentándolos a los usuarios como participantes en su propia atención. Asimismo, enseñando a los profesionales de salud cómo desarrollar mejores habilidades de comunicación interpersonal.

Otro enfoque, es mejorar la imagen pública de los prestadores de servicios, así como sus habilidades. Al promover el hecho de que los profesionales de salud son competentes y les importa la salud de sus usuarios, una campaña de comunicación puede elevar las expectativas públicas con respecto a la calidad de atención. Cualquier comunicación dirigida hacia los usuarios debe vincularse a la capacitación y a otros esfuerzos que mejoren la calidad de atención¹⁷.

A continuación se muestra los Derechos del usuario y necesidades del prestador de servicios

Derechos del usuario	Necesidades del prestador de servicios
<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Información</i> sobre la planificación familiar 2. <i>Acceso</i> a todos los sistemas de prestación de servicios y a todos los prestadores de servicios 3. <i>Opción</i> de adoptar, cambiar o discontinuar métodos 4. <i>Seguridad</i> en la práctica de planificación familiar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Capacitación</i> en habilidades técnicas y comunicativas 2. <i>Información</i> sobre asuntos técnicos, actualizada con regularidad 3. <i>Infraestructura</i>, incluso instalaciones físicas apropiadas y organización eficaz 4. <i>Suministros</i> de métodos anticonceptivos, equipo y

¹⁷ **Solórzano García, Marta.** *Módulo IX. Marketing de servicios públicos e imagen corporativa.* Material didáctico Maestría Gestión Pública. FIIAPP.

<p>5. <i>Privacidad</i> durante las conversaciones y los exámenes físicos</p> <p>6. <i>Confidencialidad</i> de toda información personal</p> <p>7. Ser tratado con <i>dignidad</i>, cortesía, consideración y atención</p> <p>8. <i>Confort</i> mientras recibe los servicios</p> <p>9. <i>Continuidad</i> de la atención por el plazo que desee el usuario</p> <p>10. <i>Expresar</i> sus opiniones con respecto a la calidad de los servicios recibidos</p>	<p>materiales educativos</p> <p>5. <i>Orientación</i> de las directrices del servicio, listas de verificación y supervisión</p> <p>6. <i>Respaldo</i> de otros profesionales de salud y de otros niveles de atención</p> <p>7. <i>Respeto</i> y reconocimiento de sus compañeros de trabajo, gerentes, usuarios y comunidad</p> <p>8. <i>Motivación</i> para prestar servicios de buena calidad</p> <p>9. <i>Retroalimentación</i> de los gerentes, supervisores y otros prestadores de servicios, así como de los usuarios</p> <p>10. <i>Autoexpresión</i> de manera que los gerentes consideren su punto de vista al tomar decisiones.</p>
---	--

4.4.4.4. Reducción del tiempo de espera del usuario

Las largas esperas son tan comunes en los Establecimientos de Salud debido frecuentemente a la falta de un sistema de citas, al horario inapropiado del personal, al deficiente manejo de los archivos médicos que se considera aceptable las esperas de hasta 150 minutos. En este caso, el equipo de mejoramiento de calidad debe reorganizar sus acciones, incluyendo el establecimiento de un sistema de citas y un plan de incentivos para el personal de salud, redujeron la espera promedio.

A este efecto, se debe analizar el flujo de usuarios en la que se anota la hora de llegada de cada usuario y la duración del tiempo que pasó con el personal. Con la ayuda de gráficos y hojas de resumen, los miembros del personal

entonces pueden calcular por cuánto tiempo esperan los usuarios, cuánto tiempo pasan en contacto directo con los miembros del personal y dónde ocurren los mayores retrasos.

4.4.5. Distribución de Recursos

La forma en que los recursos son distribuidos influye en la calidad de los servicios. Los recursos materiales, es decir, la cantidad y las clases de instalaciones, equipo y suministros, determinan qué servicios se pueden ofrecer y cuán accesibles son. Los recursos humanos —las calificaciones de los proveedores, oportunidades de capacitación y políticas de supervisión— determinan el nivel de conocimiento de los prestadores de servicios y qué servicios pueden prestar. Los arreglos de la organización —la distribución de autoridad y responsabilidad— determinan si los prestadores de servicios se sienten motivados o desalentados.

Se debe planear los servicios de manera realista, tomando en cuenta los recursos de los Establecimientos de Salud. La atención segura y eficaz exige un nivel mínimo de recursos. La falta de recursos adecuados puede obligar a tomar decisiones difíciles como parte del proceso del diseño de la calidad: por ejemplo, si se debe limitar la cantidad de servicios o reducir la cantidad de personas atendidas.

Al proyectar los costos, los gerentes en coordinación con la Unidad Departamental de Calidad y el Equipo Institucional deben planear para lo inesperado y proteger la calidad de los servicios incluyéndola en el presupuesto, permitirá a los gerentes responder frente a eventos no anticipados sin perjudicar los servicios rutinarios ni sobrecargar al personal. Para calcular cuánta flexibilidad se debe permitir se requiere experiencia, pero mientras menos predecible sea el ambiente, más flexibilidad será necesaria.

4.4.6. Adecuación de Sistemas de Información

Con el fin de poder medir las Normas de Calidad que se definan en los procesos asistenciales, los Sistemas de Información deben adaptarse. Para ello, las actividades necesarias a seguir son:

- ✓ Análisis de Normas de Calidad de procesos y capacidad de medirlas con los sistemas de información actuales.

- ✓ Propuesta de adaptación de los actuales Sistemas de Información.

- ✓ Modificación de los Sistemas de Información.

4.4.7. Desarrollo de Estructuras Informales de Calidad en los Establecimientos de Salud

Como soporte a la estrategia de implantación de Grupos de Mejora, se hace necesario el impulso en los Establecimientos de Salud **de estructuras informales de calidad** que puedan apoyar el desarrollo de estos grupos desde el punto de vista metodológico. Estas estructuras deberán tener carácter internivel y pueden ser referentes en otros niveles, tanto para la gestión del mapa de procesos como para el asesoramiento de los equipos directivos a la hora de impulsar acciones de mejora.

4.4.7.1. Sistemas humanos y técnicos

Los sistemas humanos organizan a las personas. Incluyen salarios e incentivos, administración y supervisión, así como capacitación y desarrollo del personal. Los sistemas técnicos están relacionados específicamente con el trabajo de una organización, por ejemplo, el sistema de prestación de servicios en el campo de la salud. En cualquier organización pueden surgir problemas debido a las debilidades en el sistema humano, como la falta de motivación causada por salarios inadecuados, o en el sistema técnico, como la falta de suministros debido a una logística deficiente. Cada sistema afecta al otro, como

cuando las fallas en el sistema técnico frustran los esfuerzos de los trabajadores por hacer un buen trabajo y reducen la motivación. A la misma vez, dichos problemas en el sistema humano, tales como los conflictos entre empleados, la falta de comunicación y el temor, pueden paralizar el sistema técnico.

El corregir los procesos defectuosos ayuda a mejorar el desempeño del personal. Aun los empleados más concienzudos no pueden hacer un buen trabajo si los sistemas de los cuales dependen son deficientes: por ejemplo, si los empleados no tienen suficiente capacitación, equipo, supervisión o una idea clara de sus responsabilidades. Una vez que los gerentes ven las deficiencias en el desempeño del personal como un *síntoma* del fracaso, en vez de su causa, ellos dejan de culpar a los empleados por sus problemas. Los empleados entonces dejan de estar a la defensiva y pueden enfocarse en encontrar y corregir las causas reales del desempeño deficiente.

4.4.7.2. Motivar la participación del personal y el trabajo de equipo

El conocimiento y la experiencia de los miembros del personal figuran entre los recursos más importantes de una organización. Los empleados que realizan una tarea diariamente saben mejor que nadie qué contratiempos pueden ocurrir y por qué. También pueden tener las ideas más prácticas sobre cómo mejorar el proceso. Para mejorar la calidad, en el nivel más alto deben reconocer y valorar el conocimiento y la experiencia de los miembros del personal en cada nivel. Además, deben otorgar a los miembros del personal la autoridad y responsabilidad para mejorar la calidad. Así facultados, los miembros del personal generalmente pueden resolver problemas y mejorar la calidad rápida y eficazmente.

Los empleados que participan en la toma de decisiones generalmente se sienten comprometidos a lograr que las medidas propuestas funcionen. La participación generara entusiasmo y aumenta la motivación de los empleados. El resolver problemas, aun cuando son pequeños o sencillos, constituye un logro para los miembros del personal y les aumenta la confianza en sí mismos.

4.4.7.3. Equipos interfuncionales

Los equipos interfuncionales, conocidos como "círculos de calidad", constituyen una técnica común para motivar a los empleados de distintas áreas a trabajar juntos. Al unir a toda la gente implicada en un proceso, los equipos interfuncionales pueden mantenerse al tanto de lo que sucede, examinar las debilidades en todo el sistema y generar una amplia variedad de ideas sobre las posibles causas de un problema y sus soluciones. Los equipos interfuncionales también ayudarán a vencer las barreras causadas por las diferencias en el poder, la condición, las actitudes y los valores de los empleados.

Estos equipos son importantes porque una sola persona, o incluso un sola área, rara vez controlan o entienden todo un proceso. Por ejemplo, son muchos los empleados que contribuyen a la prevención de infecciones en un hospital, entre ellos los profesionales de salud que practican la técnica de "no tocar", los asistentes que limpian y esterilizan o desinfectan el equipo, el personal de limpieza que limpia la instalación y los administradores que piden los suministros necesarios¹⁸.

4.4.7.4. Cambiando la cultura organizacional.

El mejoramiento de la calidad hace mucho más que resolver problemas específicos; a veces también ocasiona cambios de gran alcance en la cultura organizacional: es decir, los valores, las creencias y los hábitos comunes que influyen en el comportamiento cotidiano de los miembros del personal. Entre tales cambios figuran:

- ✓ **Mayor conciencia de las necesidades del usuario.** Los prestadores de servicios se volverán más sensibles a la perspectiva del usuario según expresada en las entrevistas, encuestas o cajas de sugerencia.

¹⁸ Centeno Maciá, Gerardo. *Módulo XIII Gestión de calidad en la Administración*. Material didáctico Master de Gerencia Pública. FIIAPP

- ✓ **Mejores relaciones entre los miembros del personal.** Los miembros del personal se volverán más dispuestos a dirigirse a sus compañeros de trabajo para negociar con ellos sobre inquietudes y trabajar juntos, aun traspassando líneas de áreas y, o jerárquicas.

- ✓ **Mayor moral y compromiso.** Los prestadores de servicios hallaran mayor satisfacción en su trabajo cuando se den cuenta de que podían resolver problemas irritantes y hacer contribuciones reales al funcionamiento del Establecimiento de Salud.

- ✓ **Mentalidad para resolver problemas.** Los miembros del personal aprenderán a cuestionar el estado actual de las cosas, a fin de tratar sus problemas en vez de guardar silencio y soportarlos.

4.4.8. Incorporación a los Compromisos de Gestión

Las Normas de Calidad y los puntos de Buena Práctica establecidos en el Mapa de Procesos han de ser incorporados a los Compromisos de Gestión que se definan para cada año, vinculada a objetivos relacionados con incentivos.

4.4.8.1. Compromisos para el primer año

- ✓ Establecer y difundir códigos de ética y los derechos de los pacientes.

- ✓ Establecer unidades de atención al usuario, líneas telefónicas para recibir sugerencias, comentarios y quejas.

- ✓ Disminuir los tiempos de espera en las consultas externas y en los servicios de urgencias y mejorar la comunicación de los médicos hacia sus pacientes, así como el surtimiento de recetas.

- ✓ Establecer reconocimientos al buen desempeño.

- ✓ Contar con un diagnóstico puntual de las condiciones de las instalaciones físicas de los Establecimientos de Salud del sector público.
- ✓ Establecer el Mapa de procesos por niveles de atención, e implementación de un grupo de procesos a ser determinados.

4.4.9. Estrategia de Formación

La implantación de la gestión por procesos en el Sistema Nacional de Salud debe ser impulsada a través de una estrategia de formación dirigida fundamentalmente a los equipos directivos de los Establecimientos de Salud, así como a los componentes de los Grupos de Mejora que son los que se encargarán, a su vez, de su implantación.

Es necesario igualmente que los planes de formación continua de las instituciones sean coherentes con el desarrollo de la estrategia de la Gestión por Procesos, para lo cual debe realizarse las siguientes acciones:

- ✓ Desarrollo de estrategia de cursos descentralizados a cuadros directivos con implicación en procesos asistenciales, a cargo del Dirección Nacional de Calidad.
- ✓ Planificación de los planes de formación continua en los Establecimientos de Salud, introduciendo contenidos de Gestión por Procesos, realizada en forma coordinada entre la Dirección Nacional y la Unidad Departamental de Calidad, cuya ejecución estará a cargo de este ultimo.

4.4.9.1. Capacitar a los facilitadores

Se desarrolla en esta etapa un proceso de enseñanza y aprendizaje dirigido por el Inidad Departamentalde Calidad destinado a profundizar el conocimiento y dominio de la Gestión por Procesos, Mejoramiento Continuo de la Calidad, en un conjunto de trabajadores líderes, debidamente seleccionados, que se constituyan en un equipo facilitador del proceso, que proporcione apoyo técnico y docente para la institucionalización en todos los niveles de la organización.

La formación de facilitadores requiere de esfuerzos, recursos y de un proceso educativo cuidadosamente estructurado y planificado. Una propuesta de formación cuyo propósito fundamental, no sea solo el planteamiento de las bases técnicas del proceso educativo, para formar y desarrollar equipos de facilitadores que apoyen técnicamente la institucionalización del Mejoramiento Continuo de la Calidad; sino también, impulsar el desarrollo del liderazgo y de una cultura, orientados hacia la calidad.

Deben desarrollarse seminarios teóricos-prácticos con trabajo de campo y asesoría técnica, de manera que los participantes apliquen las enseñanzas mediante el desarrollo de proyectos de mejoramiento a la vez que multiplican el proceso y lo extienden a otros miembros del equipo de trabajo.

4.4.9.2. Multiplicar la capacitación al capital humano de la institución

Desarrollar un programa de aprendizaje basado en el principio fundamental de que las personas aprenden mejor en el trabajo, si se toman el tiempo necesario para reflexionar sobre este, y emplear una metodología participativa de estudio trabajo.

La estrategia a utilizar es la participación, el trabajo en equipo y el desarrollo de mejoramiento continuo, de manera que se produzca una diseminación en cascada del enfoque metodológico.

Se debe complementar con el desarrollo organizacional, liderazgo, la toma de decisiones, la motivación, creatividad e innovación, para lograr el compromiso de los equipos de trabajo con el cambio y transformación de la cultura organizacional.

Para completar el proceso de capacitación, brindado en los seminarios, en aspectos conceptuales, metodológicos y conductuales; se revisará y apoyará técnicamente la implementación de la metodología, superando las limitaciones y problemática que los equipos pudiesen encontrar en el lugar de trabajo.

4.4.10. Realizar Seguimiento del Plan de Implantación

Se establecerán mecanismos de monitoreo y evaluación de la implementación de la Gestión por Procesos, para determinar el grado de avance de las etapas de implementación, direccionar los esfuerzos y conocer el impacto de usuarios y prestatarios de los servicios de salud.

Como estrategias, se realizarán asesorías técnicas de campo, foros nacionales de calidad; boletines informativos periódicos y el establecimiento de un centro de documentación que registre las experiencias y permita el intercambio y actualización.

4.5. METODOLOGÍA DE IMPLANTACIÓN

Dada la heterogeneidad, tanto de las instituciones como de los procesos asistenciales, no se puede abordar la implantación desde un enfoque general, sino que debe definirse un programa de implantación para cada proceso en cada Establecimiento de Salud. Dicho programa estará integrado por un Plan Operativo, un Plan de Gestión, un Plan de Comunicación y un Cronograma.

4.5.1. Plan Operativo

El Plan Operativo se inicia con la constitución del equipo de la Unidad Departamental e Institucional de Calidad formado por profesionales con experiencia e implicados en la implantación de la Gestión por Procesos, personas implicadas en la gestión de los servicios hospitalarios, así como de las unidades de atención al usuario. Estas personas deben ser seleccionados por su nivel de conocimientos y su grado de implicación en la mejora de los servicios.

Para esta primera fase, se desarrollará un Taller en el que se haga conocer al Equipo de Calidad Institucional:

- ✓ La metodología de la Gestión por Procesos.

- ✓ La estrategia para su abordaje.
- ✓ El desarrollo de una técnica destinada a que los integrantes del Equipo identifiquen y prioricen los problemas para la implantación y desarrollo del proceso, proponiendo soluciones y priorizándolas para facilitar su abordaje.

Este Equipo de Calidad Institucional se constituye como la estructura permanente encargada de difundir la estrategia a todos los profesionales del Establecimiento, con las siguientes tareas:

- ✓ Formar Grupos de Mejora en todas las áreas que vayan adaptando los procesos al nivel Institucional basados en el mapa de procesos local.
- ✓ Diseñar el Plan de seguimiento y de evaluación del proceso.
- ✓ Realizar un Cronograma de actividades, tiempos, etc.

Para hacer posible el desarrollo del proceso, el Plan de Gestión debe contemplar la nueva estructura organizativa, las necesidades de formación, y el conjunto de indicadores que midan el impacto que tienen los cambios sobre la organización.

Este Plan parte de las actividades y tareas de la estructura de cada proceso asistencial, en la que estarán definidas las tareas realizadas por cada profesional y las entregas de servicios, de manera secuencial. Cada proceso exige un Plan Operativo que abarque los siguientes contenidos:

4.5.1.1. Análisis de valor añadido

Cada tarea definida en la estructura del proceso a nivel de actividad y tareas de cada proceso debe ser sometida a un análisis de valor, con el fin de simplificar

al máximo los procedimientos, y eliminar en lo posible todo aquello que no aporte valor de acuerdo la siguiente tabla:

ACTIVIDAD	¿NECESARIA PARA EL RESULTADO? (A)		¿CONTRIBUYE A LOS REQUERIMIENTO DEL CLIENTE? (B)		¿CONTRIBUYE A LAS FUNCIONES DE LA ORGANIZACIÓN? (C)		TOTAL VALOR AÑADIDO (A+B+C) = 3 VALOR AÑADIDO REAL = 2 VALOR AÑADIDO ORGANIZACION = 1 VALOR AÑADIDO ORGANIZACIÓN = 0 SIN VALOR AÑADIDO
	SI = 1	NO = 0	SI = 2	NO = 0	SI = 1	NO = 0	

Elaboración propia

4.5.1.2. Descripción de actividades

Cada profesional ha de conocer perfectamente sus responsabilidades (clínicas y administrativas), individuales y compartidas, en cada momento asistencial del nuevo proceso. Para ello, se elaborará un catálogo de actividades y se distribuirá a cada profesional implicado, en el que se definirán sus responsabilidades directas y compartidas, así como las tareas delegadas. Es fundamental que en el mismo se defina la finalidad que se pretende con cada actividad, en términos de orientación al usuario (externo/interno), para dar sentido al trabajo de cada profesional.

4.5.1.3. Coordinación de procesos de apoyo

Las Unidades de Apoyo tienen que adaptarse a las nuevas necesidades de los procesos que estén en marcha.

Así, se elaborará la programación de actividades de soporte en función de las exigencias de los nuevos procesos.

4.5.1.4. Coordinación de procesos interrelacionados

Para este tipo de procesos, se definirá la coordinación clínico-administrativa para el nivel intra o inter institucional (niveles de atención); ya que, algunos

procesos asistenciales están entrelazados con otros, dentro y/o fuera de la propia institución.

En esta etapa se promoverán los mecanismos que faciliten el conocimiento y la interrelación de los diferentes esfuerzos que se llevan a cabo en relación con la calidad a nivel nacional e internacional; para lograr una retroalimentación, un aprendizaje continuo y un adecuado aprovechamiento de los recursos, mediante mecanismos sinérgicos que permitan la direccionalidad de los diferentes procesos.

4.5.1.5 Coexistencia de sistemas

Dado que la implantación de la Gestión por Procesos se hará de forma progresiva, es necesario articular mecanismos que permitan la coexistencia de los otro sistema de calidad si la hubiera. Estos mecanismos se diseñarán en función de las características peculiares de cada institución.

4.5.2. Plan de Gestión

4.5.2.1. Definición de una estructura organizativa

Un cambio organizativo implica nuevas necesidades y una reorganización de los recursos (de tiempo, administrativos, materiales, logísticos, redistribución de espacios,...). Es importante tenerlos bien definidos antes de comenzar la implantación. En consecuencia se trata de ir adaptando la organización a una estructura cada vez más horizontal. En principio, cada proceso tendrá un Responsable, que ejercerá las funciones de **Director del proceso**, con capacidad ejecutiva para tomar decisiones sobre la operativa del mismo.

Después, en función de si es un proceso unifuncional o multifuncional, tendrá una estructura más compleja.

Cuando en el proceso exista más de una institución (niveles de atención - Hospital, Centros de Salud, etc.), implicada debe intervenir la Unidad

Departamental de Calidad y los equipos Institucionales de Calidad de cada institución implicada.

Así mismo, se debe nombrar un **Responsable de diseño de procesos** en cada institución, que realizaría funciones de asesor, evaluador y brindar apoyo metodológico a la fase de implantación.

4.5.2.2. Definición de necesidades de formación

Es necesario identificar las necesidades de formación existentes para la correcta implantación del cambio en cada institución y realizar un plan de formación, lo más personalizado posible, y adecuado a cada una de las instituciones, cuya capacitación estará a cargo del equipo departamentales de calidad dependiente del Servicio Departamental de Salud, descrito en punto de estrategia de formación.

4.5.2.3. Indicadores

En la fase de puesta en marcha de los procesos, es necesario medir el impacto que tiene la nueva forma de trabajo sobre la eficiencia, la calidad, la satisfacción de usuarios y profesionales, etc. Por eso, debe definirse indicadores que detecten cómo está influyendo el cambio sobre la organización. De esta forma, se estará en condiciones de aplicar medidas correctivas necesarias.

El último paso necesario en la fase de diseño de los procesos asistenciales es la elaboración de un sistema de indicadores que facilite la evaluación y control del proceso.

En este sentido, la **evaluación de la calidad de los procesos** es la comparación entre situaciones previamente definidas como deseables (estándares) y la realidad, analizando las discrepancias y aportando sugerencias para evitarlas.

Para realizar este trabajo comparativo es necesario disponer de patrones de referencia:

- ✓ **Criterio o norma:** regla a la que se debe ajustar la atención sanitaria para ser considerada de calidad; permite especificar las condiciones deseables o no deseables que deben cumplir determinados aspectos relevantes de la atención sanitaria. **Es lo que se debe hacer (criterios de calidad de los procesos).**

- ✓ **Estándar:** grado de cumplimiento exigible a un criterio; se fija antes de realizar la evaluación. Es una **medida subjetiva sobre el nivel de actuación que podría conseguirse.**

- ✓ **Indicador:** instrumento de medida utilizado para monitorizar los aspectos más importantes de las diferentes áreas y actividades del sistema sanitario; se expresa generalmente en forma de proporción. Es una **valoración objetiva de lo que se está haciendo.**

Dicha tarea se realizará entre los técnicos del Establecimientos de Salud Comisión Departamental de Calidad, con el apoyo de la Dirección Nacional de Calidad.

Para evaluar la calidad de servicios, se deben traducir sus objetivos de calidad a indicadores mensurables del desempeño de cada miembro del personal y del rendimiento de todo el sistema. Un sistema integral del control de la calidad utiliza distintos tipos de indicadores; cada uno mide un aspecto diferente de la calidad y proporciona información suplementaria. Hay muchas maneras de concebir y definir los indicadores. Se muestra a continuación el siguiente sistema:

- ✓ **Los indicadores de insumos** determinan si se dispone de los recursos necesarios: por ejemplo, la cantidad necesaria de proveedores capacitados y una existencia adecuada de experiencia.

- ✓ **Los indicadores de procesos** evalúan la forma en que se llevan a cabo las actividades asistenciales. Entre los ejemplos figuran los tiempos de espera, el porcentaje de prestadores de servicios que siguen los procedimientos para la prevención de infecciones, y el porcentaje de usuarios a los cuales se les informa cuándo deben regresar para un chequeo.

- ✓ **Los indicadores de logros** miden los resultados a nivel atención reparativa. Entre los ejemplos figuran la cantidad de usuarios atendidos, el porcentaje de usuarios que reciben un tratamiento apropiado, las tasas de continuación del tratamiento y el porcentaje de casos tratados exitosamente.

- ✓ **Los indicadores de resultados** miden los efectos a corto plazo y los impactos de largo plazo en la población en general: por ejemplo, la prevalencia, la incidencia de enfermedades y tasas de morbi-mortalidad.

Los indicadores de insumos tradicionalmente han sido considerados importantes debido a la creencia de que la falta de recursos explica los servicios de calidad deficiente.

Los indicadores de procesos pueden utilizarse para identificar problemas en la prestación de servicios y sugerir soluciones específicas, pueden utilizarse los indicadores de los procesos para monitorear la actividad en sus unidades y guiar la toma de decisiones cada día.

Los indicadores de logros y resultados indican si las actividades de los Establecimientos de Salud tienen un impacto en sus usuarios o en la población en general. Por supuesto, estos indicadores pueden ser influenciados por factores fuera del control, tales como las características socioeconómicas de los usuarios.

No obstante, al vincular los indicadores de los procesos y los indicadores de los resultados, se podrá documentar cuáles cambios en los servicios mejoran los resultados. Es difícil idear buenos indicadores de la calidad.

Los indicadores deben proporcionar información fidedigna, objetiva y pertinente sobre asuntos de importancia; deben ser sensibles a los cambios en el desempeño; y deben ser fáciles de calcular con los datos disponibles.

i). Estándares de referencia y metas

- ✓ Tiempo de espera: 30´
- ✓ Tiempo de espera en Urgencias: 15´
- ✓ Recetas atendidas en forma completa: 95%
- ✓ Usuarios satisfechos con el tiempo de espera en Medicina Familiar y en Urgencias: 95%
- ✓ Usuarios satisfechos con la información proporcionada por el médico en I Nivel y en Urgencias: 80%
- ✓ Usuarios satisfechos por la entrega completa de medicamentos : 95%

Metas

- ✓ Las Metas serán establecidas en cada Institución y en cada unidad de servicio de acuerdo al valor de arranque de cada indicador.

La meta acordada y las acciones para alcanzarla, deben desembocar en resultados que la población usuaria perciba como mejoras.

ii). Indicadores de salida

- ✓ Por mediciones internas y por encuestas de percepción de los usuarios.
- ✓ Reportes de comportamiento de esos indicadores cada 15 días para análisis por la Unidad Departamental de Calidad y envío por Internet la Dirección Nacional de Calidad.

- ✓ Sistema de visitas de verificación y apoyo por Unidad Departamental y Equipos Institucionales.
- ✓ Las filas de esperas o los registros,
- ✓ Así como motivando al personal a ser más sensible a las necesidades de los usuarios. Su ejemplo influenciara a toda la organización y abrir paso para mayores iniciativas

iii). Características y requisitos de los indicadores

El conjunto de indicadores que conforman un sistema de evaluación de procesos debe estar enfocado a dimensiones concretas de la calidad de la atención sanitaria: accesibilidad, satisfacción de los pacientes, continuidad de cuidados, resultados en salud, ...

Además, de cumplir una serie de requisitos básicos, entre los que cabe destacar:

- ✓ **Relevancia:** que valoren aspectos de la asistencia considerados fundamentales en los procesos diseñados.
- ✓ **Basados en evidencias científicas** actualizadas en relación con el problema evaluado.
- ✓ Estar **priorizados** de acuerdo a la fuerza de la evidencia y a la **influencia en el resultado**.
- ✓ **Agilidad:** el sistema ha de permitir la transmisión rápida de la información.
- ✓ **Flexibilidad:** para adaptarse a distintos niveles de agregación de la información según el nivel de usuario.

- ✓ **Fiabilidad:** grado de reproductibilidad de los resultados cuando el indicador es utilizado por observadores diferentes; la existencia de un sustrato informático o documental, que haga al sistema auditable, refuerza la fiabilidad.
- ✓ **Integración** con sistemas de información existentes, sistema de información de listas de espera, registros, bases demográficas,...).
- ✓ **Comparabilidad:** posibilidad de establecer comparaciones entre centros que permitan el “benchmarking”.

iv). **Construcción de los indicadores**

La elaboración de cada indicador requiere la definición precisa de todos sus términos:

1. **Denominación:** descripción resumida de la actividad asistencial o suceso que valora.
2. **Definición de términos:** explicación detallada de los componentes de la definición y su proceso de cálculo; debe permitir que cualquier persona que aplique el indicador recoja y valore los mismos conceptos.
3. **Tipo de indicador:** asignación del indicador según sea de estructura, de proceso o de resultado, basado en sucesos centinelas o en índices.
4. **Fundamento:** explicación de por qué es útil el indicador para valorar el proceso o resultado.
5. **Población del indicador:** descripción detallada de los criterios de inclusión y exclusión en el numerador y denominador.

6. **Datos a recoger y fuentes:** traducción de los términos utilizados en el indicador a los elementos específicos de datos e identificación de las fuentes de los datos.
7. Reseña de **estándares disponibles** que permitan establecer valores de referencia.
8. **Periodicidad y demora:** definir el grado de agrupación temporal (mensual, trimestral...) y el plazo de disposición de los resultados tras el cierre del período.

v). Criterios de indicadores de proceso

La evaluación del proceso es una medida complementaria a la evaluación de resultados que nos acerca a la identificación de posibles medidas correctoras. En ocasiones, si no es posible medir resultados, la evaluación del proceso queda como la única posibilidad de medición de indicadores de la asistencia.

Están acotados a las propias fases y actividades del proceso, haciendo referencia a los puntos críticos, que suelen corresponder a las relaciones con otras Áreas. Informan sobre:

- ✓ Tiempos de ejecución de los procesos (tiempos de respuesta, demoras, días de ingreso, estancias preoperatorias,...).
- ✓ Calidad científico-técnica (adherencia a guías, protocolos, procedimientos,...)
- ✓ Producción de servicios.

En el terreno sanitario, los resultados son los efectos que se pueden atribuir a una actividad o intervención, o a su ausencia, sobre un estado de salud previo. No debemos olvidar que los resultados son el objetivo de los profesionales sanitarios y el principal interés de los pacientes.

Se pueden considerar dos ámbitos de medición de resultados de la actuación sanitaria: el individual y el poblacional.

Los resultados en el ámbito del paciente pueden ser:

- ✓ Resultados **clínicos**: evalúan el funcionamiento de una determinada intervención o tratamiento, usando un indicador clínico como medida de resultado: signos y síntomas, determinaciones de laboratorio, eventos clínicos como consecuencia de la enfermedad o el tratamiento, efectos adversos, mortalidad, ...
- ✓ Resultados **centrados en el paciente**: se refieren a la calidad de vida (función física, mental, social, laboral), satisfacción (accesibilidad a los servicios, calidad de los servicios, información recibida, ...), preferencias de los pacientes, cumplimiento terapéutico, ...
- ✓ Resultados **económicos**: se refieren a la utilización de recursos sanitarios y el coste de esos servicios, o a la relación entre impacto económico y efectividad (estudios de coste efectividad, coste-utilidad, coste-beneficio).

Los resultados en grupos de pacientes o poblaciones son de particular interés para los decisores sanitarios, y se basan en información sobre morbilidad, mortalidad, incidencia y prevalencia de la enfermedad, junto con la productividad social y económica.

Conviene recordar que la creciente participación de los pacientes en la toma de decisión hace necesaria la utilización de una gran diversidad de variables de resultados, especialmente las que son más relevantes para el propio paciente, como la calidad de vida y la satisfacción con la atención, no limitándose exclusivamente a las variables biológicas y parámetros clínicos empleados habitualmente en los estudios de eficacia.

vi). Monitorización de indicadores

Es la **medición sistemática y planificada** de los indicadores de calidad, con el objetivo de identificar situaciones problemáticas sobre las que hubiera que intervenir.

Los dos componentes básicos de la monitorización son:

- ✓ La identificación, selección o construcción de los indicadores que hay que medir.
- ✓ La definición de un plan de monitorización, incluyendo como mínimo la periodicidad de las mediciones y el método con el que se van a realizar.

Para monitorizar un conjunto de indicadores, se precisa un levantamiento estandarizado de los datos, sobre la base de definiciones comunes, datos centralizados, análisis comparativos, retroalimentación de los resultados y mecanismos que aseguren la fiabilidad y exactitud de los mismos.

Ejemplos de los indicadores de calidad

Las categorías de los indicadores se muestran en negrita, seguidas por un ejemplo de esa categoría.

Responsabilidades del personal de enfermería:

Asegurar al usuario que todo lo que se diga, así como la visita en sí, es confidencial.

Responsabilidades del personal médico:

Asegurar que el usuario escoja un método anticonceptivo de manera voluntaria.

Prevención de infecciones:

Usar guantes desechables (desinfectados/limpios) para el examen vaginal, la inserción del DIU (técnica de no tocar), la extracción del DIU y el manejo y la limpieza de instrumental sucio.

Satisfacción del usuario:

¿Fue cortés el personal de salud?

Actividad de Información Educación y Comunicación -IEC:

La unidad ofrece orientación al usuario. Cuenta con un rotafolio para informar a cada usuario antes de que éste escoja un método de planificación familiar.

Expedientes e informes:

El personal de la unidad puede encontrar los expedientes médicos de los 5 (ó 10) usuarios seleccionados.

Administración en la clínica:

Todas las visitas de supervisión en los últimos tres meses han sido anotadas correctamente.

Equipo, mobiliario y suministros de la clínica:

Se ha demostrado que los estetoscopios están funcionando adecuadamente y están limpios.

Instalaciones clínicas:

El área de espera cuenta con suficientes sillas o bancos para acomodar a todos los usuarios en un día que haya muchos usuarios.

4.5.3. Plan de Comunicación

A este efecto se deben realizar:

Para transmitir la nueva filosofía y el modo en que va a llevarse a cabo la implantación, es fundamental en esta fase definir un Plan de Comunicación, que sería responsabilidad de la Dirección de cada institución, y que debe contemplar:

- ✓ Acciones de comunicación sobre la marcha del proyecto a usuarios y profesionales.
- ✓ Acciones de comunicación entre los profesionales implicados en los procesos.
- ✓ Acciones de comunicación con los profesionales de servicios no implicados.
- ✓ La estructura de comunicación dependerá de los canales, herramientas y recursos disponibles en cada institución, y debe procurarse que sea lo más fluida posible¹⁹.

4.5.3.1. Divulgación del marco filosófico en que se fundamenta la calidad

Esta etapa conduce a la obtención de una visión panorámica de las nuevas realidades, haciendo énfasis a la excelencia en el servicio al usuario, enmarcado en la productividad, la eficiencia y la seguridad.

Es responsabilidad de la alta gerencia, no solo, crear la visión/misión, sino generar un proceso mediante el cual se obtenga el compromiso de todo el capital humano con el marco filosófico y crear estrategias de divulgación, de manera que todos en la organización lo conozcan, lo comprendan y lo apliquen.

4.5.3.2. Sensibilizar los niveles locales, regionales y central

Se pretende en esta etapa obtener el apoyo e involucrar a las jefaturas de la Institución, mediante la presentación, interpretación, análisis y patrocinio del marco filosófico de la calidad; así como el empleo de un proceso intencionado

¹⁹ Centeno Maciá, Gerardo. *Módulo XIII Gestión de calidad...* p. 19-22.

de discusión y análisis del enfoque de mejoramiento continuo de la calidad y sus perspectivas de desarrollo en la Institución.

La estrategia a emplear será el desarrollo de seminarios-taller de análisis conceptual, de motivación y discusión de posibles alternativas de apoyo directivo al proceso de desarrollo del mejoramiento continuo de la calidad, así como el empleo de un proceso intencionado de discusión y análisis del enfoque de mejoramiento continuo de la calidad y sus perspectivas de desarrollo en la Institución.

4.5.4. Cronograma

Debe establecerse una serie de criterios de priorización para la implantación y, en virtud de los mismos, realizar un cronograma razonable y realista, que será analizado y justificado por la Dirección de cada institución.

Los criterios de priorización pueden definirse en función de los recursos disponibles para la implantación, del impacto previsto sobre el usuario, del impacto previsto sobre la satisfacción de profesionales, del acuerdo alcanzado con los órganos de planificación, ... Así, sería absurdo implantar un proceso si aún no se dispone de los recursos necesarios para su puesta en marcha. Ante un caso así, sería preferible priorizar otro proceso, por ejemplo, uno que busque mejorar la coordinación entre profesionales implicados.

4.6. DESCRIPCIÓN Y DISEÑO DE LOS PROCESOS. BASES METODOLÓGICAS

Este apartado, presenta como objetivo fundamental, establecer un modelo teórico al que se ha de ajustar el desarrollo de cada proceso asistencial integrado.

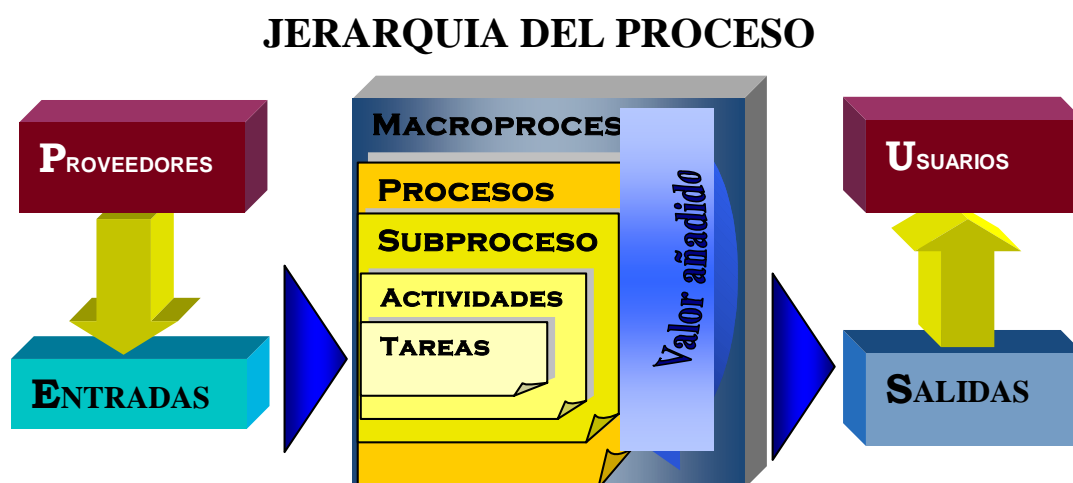
Es imprescindible una formulación del proceso que facilite su correcto desarrollo posterior. No se pretende realizar una definición estándar, sino

centrar el proceso a través de una fase previa al diseño en el Sistema Nacional de Salud, al efecto:

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

4.6.1. Niveles de Jerarquía del Procesos

Desde el punto de vista macro, los procesos son las actividades claves que se requieren para manejar y, o dirigir una organización, es necesario mostrar la jerarquía de proceso en la siguiente grafica:



Elaboración propia

Esta jerarquía muestra cinco niveles: nivel macroproceso, nivel proceso, nivel subproceso, nivel actividades y nivel de tareas específicas a realizar en un proceso concreto.

4.6.2. Jerarquía Nivel Macroproceso

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 Nacional de Salud: 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 de la jerarquía de proceso.

4.6.3. Jerarquía Nivel Proceso

Este nivel corresponde a la representación gráfica de un proceso de atención concreta en un Establecimiento de Saludo. Al tratarse de procesos integrados, se representa globalmente el proceso en su flujo por los diferentes proveedores de la organización y, por tanto, figurarán los distintos niveles asistenciales implicados en la atención.

Para la representación gráfica de un proceso, este nivel muestra 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, los diferentes proveedores que intervienen (consultas, hospitalizaciones, cirugía...) y las diferentes salidas en función de la resolución de las necesidades de los usuarios (alta, seguimiento...).

Esta posibilidad de representación gráfica del proceso de forma global hace recomendable que este jerarquía nivel proceso 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.

PROCESOS ESTRATÉGICOS	PROCESO OPERATIVO	PROCESOS DE SOPORTE
Procesos necesarios para el mantenimiento y progreso de la organización	Donde se desarrolla el proceso de atención que repercute directamente sobre el usuario.	Apoyan los procesos operativos para que éstos se cumplan.
Plan Estratégico, Plan de Calidad, Plan de Formación...	Actividades globales de la atención clínica asistencial.	Servicios de mantenimiento, limpieza, gestión pacientes, apoyo al diagnóstico, farmacia,...

4.6.4. Jerarquía Nivel Subprocesos

Una vez diseñado el esquema gráfico del conjunto de actividades que componen el nivel proceso, 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 de proceso.

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, su amplitud y características dependen de las particularidades de cada proceso. La representación de las actividades son con más detalle y de forma sencilla para facilitar la comprensión del proceso.

Por tanto, en su interior, contiene de forma ligada las actividades directamente relacionadas con los servicios facilitados a los usuarios, es decir:

- ✓ **Las entradas de los usuarios** al subproceso (paciente desde atención primaria, 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, finalización del proceso,...).
- ✓ **Guías.** Son recomendaciones específicas, aspectos concretos contenidos en guías de práctica, normativa legal, etc.
- ✓ **Recursos.** También denominados mecanismos. Son los medios necesarios para poder realizar las actividades del subproceso. Expresan los procesos de soporte mencionados en el nivel de proceso, pero de una forma concreta y dirigidos exclusivamente a las necesidades del subproceso que se está representando.

4.6.5. Jerarquía Nivel Actividad

Es la representación gráfica a través del **diagrama de flujos**, en el que se desglosan las actividades de un proceso, a la vez que se muestra la persona que desarrolla la actividad, 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 la última jerarquía de nivel de tarea –detalle- al que se quiera llegar.

4.6.6. Representación de Proceso

Nombre del proceso:	
Tipo de proceso:	
Responsable del proceso:	
<p>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.</p> <p>El responsable de un proceso debe cumplir unos requisitos básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Saber: conocer en profundidad el proceso que va a liderar; disponer de conocimientos en metodología de calidad, gestión de procesos, gestión en las organizaciones sanitarias. ✓ El Responsable del proceso se debe definir siempre en el Establecimiento, 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. ✓ 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. <p>Las funciones del Responsable del proceso se resumen en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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. 	
Usuarios	¿Qué resultados de salida esperan recibir?
Pacientes Médico tratante Personal operativo Responsable de farmacia...	Pacientes con tratamientos médicos completos Pacientes satisfechos ...
Proveedores	¿Qué entradas o recursos proporcionan?
Ministerio de Salud Servicio Departamental de Salud Central de Abastecimiento y Suministros Director del Establecimiento Farmacia Médicos Personal administrativo Pacientes ...	Planes programas, Políticas Sectoriales, Recursos físicos, materiales, humanos y financieros Medicamentos esenciales Recetarios, libros de control de medicamentos Recetas y con indicaciones precisas y claras(dosis, horario y forma de administración)...

Asignadores de Recursos	¿Qué esperan del proceso?
Ministerio de Salud Prefectura Municipio Organismos de cooperación...	Disminución del número de quejas por mala atención, falta de medicamentos. Optimización de los recursos del área... Control de la provisión de medicamentos Evitar desperdicio de insumos y medicamentos...
Equipo procesador	¿Qué esperan del proceso?
Jefe de la Unidad, Médico tratante Personal responsable de las áreas involucradas...	Disminución del número de quejas Pacientes con tratamientos completos Control óptimo del uso de los equipos, insumos...
Inicio del proceso	
Recepción de ...	
Fin del proceso	

Subprocesos o actividades del proceso	
El paciente se presenta en farmacia, o laboratorio... El personal de farmacia, o laboratorio revisa el correcto requerimiento de la receta o de laboratorio....	
Proceso con los que se relaciona	Tipo de proceso
Proceso de atención médica Abasto de insumos para la salud...	Operativo Apoyo...
Objetivo del proceso	
Metas del proceso	
Que las farmacias de la SSA surtan cuando menos el 95 %de los medicamentos prescritos	
Fecha de elaboración	

4.7. GARANTIA DE LA CALIDAD

Para mantener y mejorar la calidad, es necesario incentivar y motivar a los profesionales y acreditar los Establecimientos de Salud, para este efecto, una otorgaría una ★ (Estrella) como sello visible de servicio de calidad, a los

Establecimiento de Salud que cumplan entre el 90% y el 99% de los indicadores que se establezca para la Gestión por Procesos.

Para la evaluación del cumplimiento de los indicadores, se utilizaría el marco jurídico del Sistema de Seguimiento de la Gestión Pública por Resultados, para realizar el seguimiento a los resultados de los indicadores en cada Establecimiento de Salud.

En los establecimientos que obtengan el sello de la calidad, una ★ (Estrella), para mantenerla, tienen que mantener sus indicadores de calidad^{20- 21 -22 -23} ■.

²⁰ H.J: Harrington. 1994. *Mejoramiento de los proceso de la empresa...* Ob.cit. Caps. I-VI.

²¹ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. ICONTEC.2001. *ISO 9000:2000...* Ob. cit. Caps. IV-VIII.

²² Rubén Roberto Rico. *Calidad estratégica total: Total quaity...* Ob. Cit. Cap. I-VII.

²³ Morris Daniel y Brandondon Joel. *Reingeniería. como aplicarla...*Ob. cit. Cap. VII.

BIBLIOGRAFIA

H.J: Harrington. 1994. *Mejoramiento de los procesos de la empresa.* Tomo 4.. Colombia: McGraw-Hill, Inc. Traducido de la primera edición en inglés.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. ICONTEC.2001. *ISO 9000:2000 Guía para las pequeñas empresas.* Bogota Colombia

Johanson, McHugh, Pendlebury y Wheeler. *Reingeniería de Organizaciones.* 1995. Editorial Limusa, México, 1995

Rubén Roberto Rico. *Calidad estratégica total: Total quality mangement. Diseño, implementación y gestión del cambio estratégico imprescindible.* Cap. IV Gestión de la calidad total.1993.Colombia: MACCHI GRUPO EDITOR S.A.

Morris Daniel y Brandondon Joel. *Reingeniería. como aplicarla con éxito en los organizaciones.* Santare de Bogota, Colombia: McGraw-Hill,Inc. 1994.

Keith Denton, *Dirección Horizontal.* 1993, Editorial Panorama, México Editorial Panorama, México

Ministero de Salud y Previsión Social, Sistema Nacional de Información en Salud.Estadísticas de salud 2001. Bolivia. La Paz, Ed. Hermenca.2002.

Guillén Gea, José María. *Módulo VII. Creación de equipos de éxito.* Material Didáctico Master en Gerencia Publica. FIIAPP

Solórzano García, Marta. *Módulo IX. Marketing de servicios públicos e imagen corporativa.* Material didáctico Maestría Gestión Publica. FIIAPP.

D. Salvador Parrado. D. César Colino. Módulo XI. “La participación ciudadana en los servicios públicos.” De Master de Gerencia Publica. FIIAPP.

Centeno Maciá, Gerardo. *Módulo XIII Gestión de calidad en la Administración.*

Material didáctico Master de Gerencia Publica. FIIAPP.

http://personales.jet.es/amozarrain/Estructura_proceso.htm■