

## EDITORIAL

# Gestión por procesos en Andalucía: ¿Qué aportan?

Morcillo Ródenas C<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> *Médico de Familia*

A estas alturas, muchos de los profesionales que se asoman a esta revista tendrán un conocimiento más o menos profundo de la Gestión Integral por Procesos (GIP). En cualquier caso, debemos empezar definiendo lo que es la GIP, y entre las diversas definiciones que hay, la que traemos aquí subraya los aspectos que creemos más importantes. Así, la GIP supone *reordenar flujos de trabajo* de toda la atención sanitaria (tanto primaria como especializada, así como de todos los colectivos profesionales), 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 profesionales*. Entendemos que son una *herramienta de trabajo clínico*, que pretende dar respuesta a las demandas de los usuarios y que requiere la *implicación de todos los profesionales*. Sin duda la GIP supone un cambio, pero un cambio que trata de construir una nueva calidad y no de eliminar la anterior.

### ¿Cuáles son los cambios fundamentales que propone la GIP?

1. La Gestión por Procesos se enmarca en la *Gestión de la Calidad* y es en estos momentos una herramienta útil para el desarrollo de una de las estrategias centrales del Plan de Calidad de la Consejería de Salud de nuestra Comunidad Autónoma.
2. *Enfoque centrado en el usuario*. Esto supone un cambio cultural en la organización, pues se tiene en cuenta desde el principio las necesidades y expectativas de los usuarios, y se mide su grado de satisfacción.
3. *Implicación de los profesionales*, convirtiéndonos en motores reales del cambio y realizando aportaciones esenciales a la GIP, tales como: gestión de los recursos, organización de las actividades, integración de las innovaciones, etc. Todo ello obliga a trabajar en equipo, aunando los esfuerzos de profesionales de diferentes disciplinas (médicos de familia, médicos de otras especialidades, enfermería de primaria y de especializada, trabajadoras sociales, áreas de administración de primaria y hospital, etc.).
4. *Práctica clínica adecuada y homogénea*, pues en cada proceso asistencial se recogen las recomendaciones clínicas necesarias en forma de guías de práctica clínica y planes estandarizados de cuidados; todo ello basado en la *máxima evidencia científica* del momento; con lo que se reduce mucho la variabilidad y heterogeneidad en la práctica clínica.
5. *Sistema de información integrado*, que permite evaluar las actividades que se realizan.
6. *Continuidad de la asistencia*. Esta es una de las características más importantes y novedosas de la GIP. Permitirá 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 asistencial es la *Coordinación interniveles de la atención sanitaria* (primaria/especializada) y la *coordinación de los distintos profesionales* que participan en el proceso.

Hasta ahora, una de las pocas herramientas con las que trabajamos, sobre todo en Atención Primaria, han sido los *programas, protocolos o manuales*; sin embargo, comparándolos con los procesos hay que reconocer que la mayor parte de estos protocolos tenían un fuerte carácter localista, a veces con escasa evidencia científica, y con poca o nula proyección en los hospitales de referencia. Una excepción lo constituye el Programa de Embarazo/Parto y Puerperio, al contar con gran arraigo en atención primaria, con la coordinación con el segundo nivel y con el apoyo y el respaldo explícito de la administración central.

Las ventajas y bondades que suponen para los profesionales de atención primaria la GIP se hacen más evidentes si llevamos a cabo un *análisis crítico de nuestra realidad actual*: como norma nuestra relación con el hospital se limita a un documento de derivación (P-111) e in-

forme, en la mayoría de los casos unidireccional; salvo excepciones, no existe coordinación entre primaria y especializada; los sistemas de información son obsoletos y descoordinados; gran variabilidad en la atención sanitaria y en la práctica clínica en ambos niveles; existen profesionales escépticos y resistentes al cambio; falta formación y no existe cultura de calidad, etc.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, los procesos parecen ser la panacea y el elixir mágico de todos nuestros males. Pecaríamos de simples si pensásemos así. Desde una posición crítica *la GIP presenta también debilidades*: un cambio tan ambicioso como el que propone la GIP en una institución tan amplia como nuestro sistema sanitario público es muy complicado; requiere un apoyo explícito y constante por parte de la administración; a corto y medio plazo requiere una inversión económica importante; plantea un cambio de la cultura sanitaria (coordinación, flexibilidad, satisfacción del usuario, etc.); el sistema informático actual no está adaptado (atención primaria al menos tiene un sistema de ordenadores que llega a todos los rincones,

pero no está adaptado a la GIP, mientras que la mayor parte de los hospitales sigue funcionando con la historia clínica en papel); hay pocos referentes externos, nacionales o internacionales, que nos permitan conocer experiencias previas a la hora de implantar y consolidar la GIP, etc.

Han quedado en el tintero numerosos aspectos sobre la GIP que podríamos desarrollar en otra editorial: quién ha elaborado los procesos, qué metodología han seguido, cuáles son los mapas de procesos, qué criterios han utilizado para dar prioridad a estos mapas, qué aporta la Gestión por Procesos a la Gestión Clínica (unidades clínicas), etc.

Pese a todo, creemos que las novedades que aporta la GIP (continuidad asistencial, coordinación interniveles, usuario como centro del sistema, guías y planes de cuidados basados en la evidencia científica, etc.) son lo suficientemente sólidas y atractivas como para que participemos de forma activa, incluso entusiasta, en el desarrollo de este proyecto. El tiempo, como siempre, nos dirá si nos hemos equivocado.

---

#### Fe de erratas:

En el artículo original **Consumo de Alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes, estudio de dos cortes**, del volumen 3, número 2 no figuran correctamente los apellidos de la doctora Sylvia Hazañas Ruiz.

En la sección de **¿Cuál es su diagnóstico?**, del volumen 3, número 2, lamentablemente la Figura 1 aparece invertida.