

Raquel Ruiz¹
Blanca Reneses^{1, 2}
Palmira Borrás³
Isabel Argudo¹
Antonio Carrillo¹
Jorge Moreno⁴
María J. Regatero¹
Juan J. López-Ibor^{1, 2}

Evaluación de Calidad y Desarrollo de Indicadores para un Proceso de Ansiedad y Depresión

¹Instituto de Psiquiatría y Salud Mental
Hospital Clínico San Carlos
Instituto de Investigación Sanitaria del
Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid, España

²Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica
Facultad de Medicina
Universidad Complutense
Centro de Investigación en Red de Salud Mental (CIBERSAM)
Madrid, España

³Consultoria i Gestió
Consorci de Salut i Atenció Social
Barcelona, España

⁴Atención Primaria
Dirección Asistencial Centro, Madrid

INTRODUCCIÓN

Existe un consenso acerca de los elementos sobre los que una organización debe incidir para obtener una gestión de calidad que le permita alcanzar los mejores resultados: la orientación a los resultados y al usuario, la gestión de procesos, la implicación del personal, el liderazgo y los objetivos explícitos, la mejora continua y la responsabilidad social¹⁻⁶.

La Gestión por Procesos es uno de los pilares sobre los que se sustenta la gestión de la Calidad Total^{5, 7}; se trata de un instrumento que permite **visualizar, analizar y mejorar** los flujos de trabajo de las organizaciones^{8, 9}. Conforman uno de los ocho principios o conceptos fundamentales de Excelencia que constituyen la base del Modelo de Calidad Total *European Foundation for Quality Management* (EFQM) y sobre los que pivota el análisis de la excelencia de cualquier institución.

Estos ocho conceptos que se describen en la Tabla 1 son: Orientación hacia los resultados; orientación al cliente; liderazgo y coherencia en los objetivos; **gestión por procesos y hechos**; desarrollo e implicación de las personas; aprendizaje, innovación y mejora continuos; desarrollo de Alianzas y responsabilidad Social^{6, 10-12}.

El modelo EFQM de Excelencia se compone de nueve criterios (Figura 1) y un esquema de evaluación que permite conocer el nivel de excelencia de la organización, constituyéndose como una herramienta de mejora continua e impulsor de la innovación y aprendizaje para la obtención de resultados excelentes⁷.

De acuerdo con este marco de referencia, la Gestión por Procesos constituye una de las piezas clave para el funcionamiento de una organización con la máxima eficacia y eficiencia ya que no sólo supone una ordenación de todas las intervenciones y acciones sino también una eliminación

de todo aquello que no aporta valor añadido; en definitiva, supone identificar los componentes esenciales de la atención clínica.

Muchas son las definiciones de proceso que podemos encontrar (Tabla 2) pero en todas ellas el concepto subyacente es el mismo: Un conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga los requerimientos del paciente/población al que va dirigido¹³⁻¹⁶.

El concepto proceso es especialmente útil para organizar lo que se hace, medirlo y mejorarlo¹⁷.

En el marco de la organización sanitaria, se define como **proceso asistencial** el conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas), que tienen como finalidad incrementar el **nivel de salud** y el grado de **satisfacción** de la población que recibe los servicios, entendidos éstos en un amplio sentido (aspectos organizativos, asistenciales, etc.)³.

En este contexto, el Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico San Carlos de Madrid se marcó como línea estratégica el implantar la Gestión por Procesos en el año 2009 e identificó como uno de sus procesos clave el Proceso de Ansiedad y Depresión, incluyendo los servicios especializados y los de Atención Primaria.

Elaborado y definido el proceso, siguiendo el esquema básico mostrado en la Figura 2, éste debe ser **difundido, aceptado** y, por último **evaluado**, tanto en su grado de implantación, como en el resultado obtenido en su aplicación¹⁸.

La evaluación es el último paso necesario en la fase de descripción de los Procesos Asistenciales y consiste en la elaboración de un sistema de indicadores que facilite la evaluación y control del proceso, permitiendo la comparación

Tabla 1	Conceptos fundamentales de la Excelencia
Orientación hacia los resultados	La excelencia depende del equilibrio y la satisfacción de las necesidades de todos los grupos de interés relevantes para la organización (las personas que trabajan en ella, los clientes, proveedores y la sociedad en general, así como todos los que tienen intereses en la organización)
Orientación hacia el cliente	El cliente es el árbitro final de la calidad del producto y del servicio, así como de la decisión de fidelidad hacia estos productos o servicios. El mejor modo de optimizar la fidelidad y retención del cliente es mediante una orientación clara hacia las necesidades de los clientes actuales y potenciales
Liderazgo y coherencia en los objetivos	El comportamiento de los líderes de una organización suscita en ella claridad y unidad en los objetivos, así como un entorno que permite a la organización y las personas que la integran alcanzar la excelencia
Gestión por Procesos y Hechos	Las organizaciones actúan de manera más efectiva cuando todas sus actividades interrelacionadas se comprenden y gestionan de manera sistemática, y las decisiones relativas a los procesos y las mejoras planificadas se adoptan a partir de información fiable que incluye las percepciones de todos sus grupos de interés
Desarrollo e implicación de las personas	El potencial de cada una de las personas de la organización aflora mejor porque existen valores compartidos y una cultura de confianza y asunción de responsabilidades que fomentan la implicación de todos
Aprendizaje, Innovación y Mejora Continuos	Las organizaciones alcanzan su máximo rendimiento cuando gestionan y comparten su conocimiento dentro de una cultura general de aprendizaje, innovación y mejora continuos
Desarrollo de Alianzas	La organización trabaja de un modo más efectivo cuando establece con sus colaboradores unas relaciones mutuamente beneficiosas basadas en la confianza, en compartir el conocimiento y en la integración
Responsabilidad social	El mejor modo de servir a los intereses a largo plazo de la organización y las personas que la integran es adoptar un enfoque ético, superando las expectativas y la normativa de la comunidad en su conjunto

Fuente: J. A. Maderuelo Fernández. Gestión de la Calidad Total. El modelo EFQM de Excelencia⁶.

Tabla 2	Definiciones Proceso
Definiciones Proceso	Secuencia de actuaciones orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada (JM Costa i Estany)
	Sucesión de actividades en el tiempo con un fin definido
	Organización lógica de personas, materiales, energía, equipos y procedimientos en actividades de trabajo diseñadas para generar un resultado específico (EFQM - European Foundation for Quality Management)
	Concatenación de las decisiones, actividades y tareas llevadas a cabo por diferentes profesionales en un orden lógico y secuencial para producir un resultado previsible y satisfactorio (A. Arcelay)

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales. Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 1ª ed., 2001³.

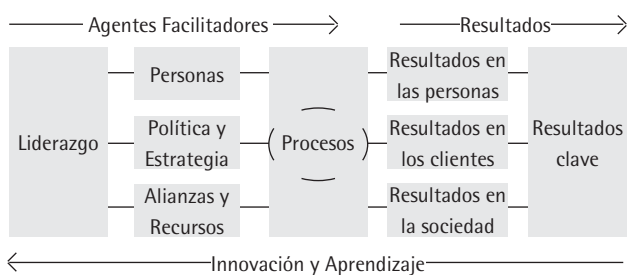


Figura 1 | Modelo EFQM

entre situaciones previamente definidas como deseables y la realidad, analizando las discrepancias y aportando sugerencias para evitarlas⁴.

En definitiva, necesitamos conocer qué resultados se pretenden obtener (el proceso es un medio para alcanzar un resultado), y qué resultados estamos obteniendo, para poder tomar decisiones y establecer medidas correctoras; y para ello es necesario el seguimiento y la evaluación-medición.

Para la aplicación del clásico ciclo de Mejora Continua, ciclo PDCA: Planificar, Desarrollar, Comprobar y Actuar (*Plan, Do, Check, Act*)⁵ (Figura 3), como una de las caracterís-

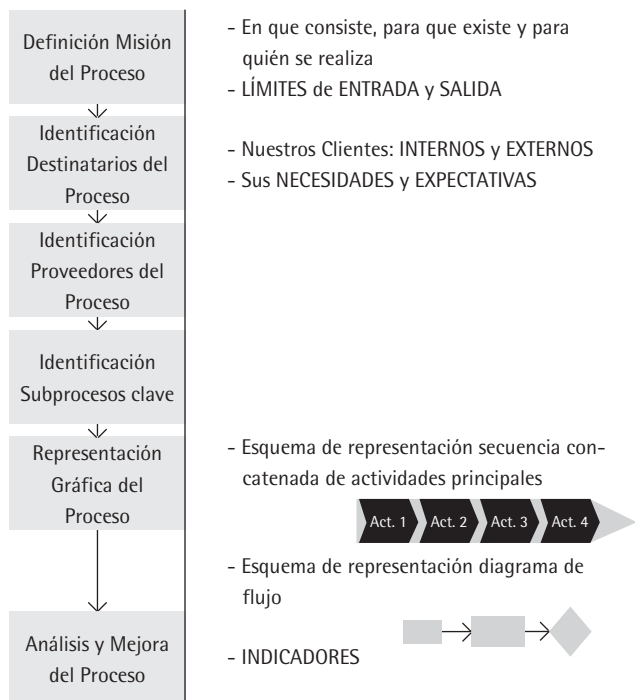


Figura 2 Etapas Básicas en la descripción del Proceso

- 1. PLAN (Planificar)
- 2. DO (Hacer)
- 3. CHECK (Verificar)
- 4. ACT (Actuar)



Figura 3 Ciclo de Mejora Continua de la Calidad de Deming (PDCA)

ticas de la Gestión por Procesos, es necesario definir criterios de calidad y proceder a la monitorización de los indicadores del proceso¹⁹. Dicho de otro modo, es difícil mejorar aquello que no se conoce. La evaluación de un proceso no tendría sentido si tras ella, y tras la comprobación de los desajustes con relación a lo deseable, no se aplicasen las acciones correctivas necesarias.

El objetivo de este trabajo es mostrar el desarrollo del sistema de evaluación del Proceso de Ansiedad y Depresión descrito.

METODOLOGÍA

Basándonos en la definición de **criterio** como la condición que debe cumplir la práctica para ser considerada de calidad²⁰, el grupo de trabajo multidisciplinar que participó tanto en la elaboración del Proceso de Ansiedad y Depresión como en el establecimiento del sistema de calidad, se marcó como primer objetivo **identificar los criterios marco**, basándose en dos ejes a partir de los que se definirían dichos criterios:

1. Criterios inherentes y garantes del Proceso de Ansiedad y Depresión.
2. Criterios orientados al resultado del Proceso en clave EFQM (European Foundation for Quality Management).

Los primeros pretenden reflejar la visión en que se ha trabajado el proceso. Mientras no se modifique la visión estratégica deben preservarse a lo largo del tiempo y servirán para monitorizar el nivel de adscripción o adherencia de los profesionales al proceso definido y que van a aplicar en su práctica asistencial.

Los segundos, pretenden monitorizar si se cumplen las expectativas predefinidas en relación a los resultados del Proceso (outputs).

El citado grupo de trabajo fue el mismo que elaboró el Proceso de Ansiedad y Depresión (ver: "Pasos para el desarrollo del proceso de Ansiedad y Depresión" en este suplemento). Estuvo constituido por cuatro psiquiatras, uno de ellos director del proceso, dos médicos de atención primaria, un experto en gestión de servicios sanitarios y un experto en gestión clínica externo al Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del HCSC de Madrid. Tras el trabajo realizado, sistematizado en sesiones grupales estructuradas en tiempo y forma y dirigidas por personal experto en la materia, se identificaron nueve criterios marco (Tabla 3).

El segundo objetivo marcado por el grupo de trabajo fue **definir los indicadores** de los criterios que permitan realizar la evaluación entendiendo que es una medida que servirá para controlar y valorar la calidad de las actividades²¹. Es un instrumento de medida que se utiliza para monitorizar los aspectos más importantes de las diferentes áreas y actividades; en definitiva es una valoración objetiva de lo que se está haciendo³.

Se definen las siguientes características de un indicador de calidad²²:

- REPRESENTATIVIDAD: El indicador debe permitir establecer conclusiones sobre el resultado completo del proceso.
- SENSIBILIDAD: Debe ser capaz de detectar los cambios significativos en los resultados del proceso.
- RENTABILIDAD: El beneficio que se obtenga de la

Tabla 3	Criterios Marco para el Proceso de Ansiedad y Depresión
1. Criterios Inherentes y Garantes del Proceso	
1.1 Conocimiento del Proceso	
1.2 Adecuación del Proceso a la Práctica Clínica	
1.3 Evidencia, Convención o Consenso en base a la Bibliografía científica	
1.4 Resolución del Episodio en el Nivel Asistencial que corresponde según definición y protocolización del Proceso	
2. Criterios orientados al Resultado del Proceso en clave EFQM	
2.1 Satisfacción Cliente Externo	
2.2 Satisfacción Cliente Interno	
2.3 Valor a la Sociedad	
2.4 Resultados de Salud	
2.5 Resultados Económicos	
Fuente: Elaboración propia	

explotación del indicador compense el esfuerzo de obtenerlo, analizarlo y extraer conclusiones.

- **FIABILIDAD:** Los datos proporcionados deben ser objetivos, precisos y exactos.
- **CON POSIBILIDAD DE EVALUARSE EN EL TIEMPO:** Debe posibilitar su estudio comparativo a lo largo del tiempo con el fin de comprobar tendencias del proceso.

La elaboración del indicador requiere la definición precisa de todos sus términos y su expresión mediante una matriz⁴, por lo que tras la definición (Objetivo - Nombre de indicador - Fuente de Datos) en todos y cada uno de los indicadores se elabora una ficha/matriz con el siguiente contenido:

- Nombre/Denominación del Indicador.
- Justificación.
- Dimensión.
- Fórmula.
- Explicación de los términos.
- Población.
- Tipo.
- Fuente de datos.
- Estándar orientativo.
- Comentarios.

Será el Comité de Seguimiento del Proceso, con el responsable del proceso a la cabeza, el que garantice la gestión (realización, evaluación y revisión) y mejora del proceso. Por ello es necesario que tanto el responsable del proceso como los miembros de dicho Comité, cumplan tres requisitos o condiciones básicos²²:

- **SABER:** Deberán conocer en profundidad el proceso que van a liderar.
- **PODER:** Deberán tener capacidad para la toma de decisiones y para delegar al personal en la toma de decisiones sobre la gestión y mejora del proceso que se considere.
- **QUERER:** Deberán asumir voluntariamente la responsabilidad del proceso.

RESULTADOS

Como resultado final se obtuvieron dieciocho indicadores con el objetivo de conocer si se está realizando la práctica clínica tal y como se ha definido en el proceso y si los resultados de dicha aplicación son los esperados o no.

1. Indicadores de los criterios inherentes y garantes del Proceso

1.1. Conocimiento del proceso

INDICADOR: Número de profesionales que conocen el proceso en todos los ámbitos asistenciales (Atención Primaria y Atención Especializada).

1.2. Adecuación del proceso a la práctica clínica.

INDICADOR: % de facultativos de Atención Primaria e Instituto de Psiquiatría y Salud Mental que consideran adecuado el proceso a su práctica clínica.

1.3. Evidencia, convención o consenso en base a la bibliografía científica disponible y utilizada en la definición del proceso

INDICADOR: Revisión de la evidencia, convención o consenso científico anual del proceso (Sí/No).

1.4. Resolución de cada uno de los episodios en el nivel asistencial que corresponde según protocolización del proceso

INDICADOR 1: Pacientes en contacto (excluyendo primera visita) en estadio 2 o superior que corresponde ser atendido en salud Mental.

INDICADOR 2: Pacientes con trastorno leve de ansiedad o trastorno adaptativo que corresponde ser atendido en Atención Primaria.

2. Criterios orientados al resultado del Proceso en clave EFQM

2.1. Satisfacción Cliente Externo

INDICADOR 1: Número de reclamaciones de pacientes en contacto tratados por un proceso de Ansiedad o Depresión en un periodo (trimestral o semestralmente).

INDICADOR 2: Número de felicitaciones de pacientes en contacto tratados por un proceso de Ansiedad o Depresión en un periodo (trimestral o semestralmente).

INDICADOR 3: % de pacientes con informe de alta en consulta ambulatoria de Salud Mental.

INDICADOR 4: Número de profesionales que llevan su

Nombre del indicador	% de facultativos de Atención Primaria-Instituto de Psiquiatría y Salud Mental que consideran adecuado el proceso a su práctica clínica
Justificación:	Este indicador nos permite evaluar la utilidad del proceso en la práctica diaria del médico tanto de Atención Primaria como de Especializada. Que sea claro y de fácil manejo
Dimensión:	Adecuación
Fórmula:	$\frac{\text{Nº de facultativos Atención Primaria Área 7 IPySM que consideran adecuado el proceso a su práctica clínica}}{\text{Nº total de facultativos Atención Primaria Área 7 + IPySM}}$
Explicación de los Terminos:	Los facultativos a encuestar serían los de plaza fija y los interinos de larga duración (no por bajas temporales o vacaciones) es por ello que se restringe a más de un año de antigüedad
Población:	Facultativos de Atención Primaria Área 7 fijos, e interinos con > 1 año de antigüedad Facultativos del IPySM fijos, e interinos con > 1 año de antigüedad
Tipo:	Proceso
Fuente de datos:	Encuesta anual
Estándar orientativo:	90 %
Comentarios:	

Fuente: Elaborado por Consultoría y Gestió y grupo de trabajo creador del proceso

Figura 4

Ficha/Matriz Adecuación del proceso a la práctica clínica

Nombre del indicador	Nivel de severidad del proceso de ansiedad tratado por los profesionales de Salud Mental
Justificación:	El proceso se ha definido asignando de manera muy clara la responsabilidad de los facultativos de cada nivel asistencial en relación al nivel de severidad en el manejo del paciente con ansiedad
Dimensión:	Adecuación
Fórmula:	$\frac{\text{Nº de pacientes con trastorno leve de ansiedad o trastorno adaptativo atendidos en Salud Mental}}{\text{Total pacientes atendidos en Salud Mental por un proceso de ansiedad}}$
Explicación de los Terminos:	
Población:	Pacientes atendidos por ansiedad en Salud Mental
Tipo:	Proceso
Fuente de datos:	Sistema de información del proceso
Estándar orientativo:	70 % del total de pacientes bien clasificados
Comentarios:	En el nivel de Salud Mental no deberían ser atendidos los pacientes con trastorno leve de ansiedad o trastorno adaptativo, si no que deberían estar atendidos en Atención Primaria

Fuente: Elaborado por Consultoría y Gestió y grupo de trabajo creador del proceso

Figura 5

Ficha/Matriz Resolución de episodio en el nivel asistencial correspondiente según definición en el proceso

Nombre del indicador	% pacientes en atención ambulatoria que han pasado de los estadios 2, 3 y 4 de depresión al estadio 0b al cabo de 6 meses del diagnóstico
Justificación:	La evaluación del resultado del proceso en términos de salud es el objetivo último del trabajo realizado en el proceso. Es por ello que este indicador supone monitorizar la efectividad en el manejo de paciente en el ámbito ambulatorio
Dimensión:	Efectividad
Fórmula:	Pacientes dados de alta en CCEE del proceso de depresión en estadio 0b que en la valoración Diagnóstico inicial estaban en los estadios 2, 3 y 4 Total pacientes en atención ambulatoria en Salud mental por depresión diagnosticados en el periodo de un año que lleven 6 meses de tratamiento o hayan sido dados de alta
Explicación de los Terminos:	- Pacientes dados de alta en periodo de un año atendidos en consulta externa - Pacientes con alta ambulatoria en estadio 0b, que el diagnóstico inicial era estadio 2, 3 y 4
Población:	Total pacientes atendidos en el ámbito ambulatorio. Se identificará los dados de alta en estadio 0b en el periodo y retrospectivamente analizar el diagnóstico inicial
Tipo:	Resultado
Fuente de datos:	Sistema de información del proceso
Estándar orientativo:	A valorar por el equipo directivo
Comentarios:	Si este indicador no se ajusta al estándar, aunque la causa es multifactorial, puede cotejarse con el resto de indicadores de proceso y tener una primera aproximación causal.

Fuente: Elaborado por Consultoría y Gestió y grupo de trabajo creador del proceso

Figura 6

Ficha/Matriz Remisión completa de la depresión en pacientes atendidos a nivel ambulatorio en los Centros de Salud Mental

Nombre del indicador	% pacientes con alta de un proceso de ansiedad que son retornados a Atención Primaria a los seis meses de su diagnóstico
Justificación:	La evaluación del resultado del proceso en términos de salud es el objetivo último del trabajo realizado en el proceso. Es por ello que este indicador supone monitorizar la efectividad en el manejo de paciente en el ámbito ambulatorio
Dimensión:	Efectividad
Fórmula:	Nº pacientes dados de alta en CCEE por ansiedad y retornados a Atención Primaria a los seis meses de su diagnóstico Total pacientes en atención ambulatoria en Salud mental por trastornos de ansiedad diagnosticados en el periodo de un año que lleven 6 meses de tratamiento o hayan sido dados de alta
Explicación de los Terminos:	Pacientes dados de alta en CCEE y retornados a Atención Primaria
Población:	Total
Tipo:	Resultado
Fuente de datos:	Sistema de información
Estándar orientativo:	70 %
Comentarios:	

Fuente: Elaborado por Consultoría y Gestió y grupo de trabajo creador del proceso

Figura 7

Ficha/Matriz Resolución del trastorno de ansiedad en los Centros de Salud Mental

identificación de manera visible mientras realizan su función asistencial.

2.2. Satisfacción cliente interno

INDICADOR 1: Número de publicaciones y comunicaciones en Congresos de ámbito Nacional e Internacional.

INDICADOR 2: Número de sesiones clínicas (del Instituto y del Instituto con Atención Primaria) realizadas en el ámbito del proceso a Ansiedad y Depresión.

INDICADOR 3: % de satisfacción global de los profesionales de Atención Primaria en relación a diferentes aspectos del proceso [Encuesta de satisfacción a profesionales de Atención Primaria].

2.3. Valor a la Sociedad

INDICADOR 1: Número de proyectos de investigación en relación al proceso de Ansiedad y Depresión en desarrollo o finalizados en el período.

INDICADOR 2: Número de sesiones docentes realizadas para el proceso de Ansiedad y Depresión.

2.4. Resultados de Salud

INDICADOR 1: % de pacientes en atención ambulatoria que han pasado de los estadios 2, 3 y 4 de depresión al estadio 0b al cabo de 6 meses del diagnóstico.

INDICADOR 2: % de pacientes hospitalizados que al alta presentan remisión sintomática.

INDICADOR 3: % de pacientes con alta de un episodio de ansiedad que son derivados a Atención Primaria a los 6 meses de su diagnóstico.

INDICADOR 4: Número de suicidios en pacientes tratados según el proceso de Ansiedad y Depresión.

2.5. Resultados de Coste/Eficiencia

INDICADOR: Número antidepressivos prescritos por nivel de severidad de la enfermedad.

Dado que el objetivo de este trabajo no es la presentación de todos y cada uno de los indicadores identificados que permiten evaluar el Proceso de Ansiedad y Depresión ya citado sino el mostrar cómo esta organización ha elaborado un sistema de evaluación del Proceso, se muestran algunos de los indicadores, a modo de ejemplo, centrándonos en los criterios orientados al resultado que trataría de medir los **Resultados de Salud** por ser éstos considerados como los **indicadores clave** del Proceso ya que medirán si la aplicación del proceso consigue su objetivo principal que es la remisión de la enfermedad, se muestran en las figuras 4, 5, 6 y 7.

CONCLUSIONES

Con el desarrollo e implantación del Proceso de Ansiedad y Depresión del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del HCSC se hace efectiva la filosofía de la estrategia de la Asistencia Orientada al Paciente (*Patient Focused Care*, PFC), que básicamente pretende:

- proporcionar a los pacientes unos servicios más adecuados y satisfactorios, asegurando el *continuum*

- asistencial (el proceso incluye a Atención Primaria),
- hacerlo con una calidad excelente (respuesta a necesidades y expectativas) mejorando la eficiencia, y
- facilitar el trabajo diario a los profesionales (instrumento para la toma de decisiones).

La Gestión por Procesos y su sistema de evaluación y seguimiento basado en indicadores es una herramienta de gestión que no sólo permite conocer y ordenar lo que hacemos sino que además, y esto es lo realmente importante, permite mejorarlo. En primer lugar porque se elimina de la práctica todo aquello que no aporta valor añadido al resultado final y en segundo lugar porque la evaluación nos permite la aplicación de las medidas correctoras necesarias cuando el resultado obtenido no es el deseable. El seguimiento y la medición constituyen, por tanto, la base para saber qué se está obteniendo, en qué medida se cumplen los resultados deseados y por dónde se deben orientar las mejoras. En definitiva, se trata de un modelo dinámico en el que definimos, hacemos, evaluamos y mejoramos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aboal-Viñas JL, Lado-Lema ME, Amigo-Quintana M, Hervada-Vidal X, Gómez-Amorín A, Fernández-Abreu C. Mapa de Procesos en organizaciones de Salud Pública: la experiencia de la Dirección Xeral de Saúde Pública de Galicia. *Gac Sanit.* 2008;22(3):275-9.
2. Fundación Europea para la Gestión de la Calidad. Modelo EFQM de Excelencia. Versión para el sector público y las organizaciones del voluntariado. Madrid: Club Gestión de Calidad, 2003.
3. Servicio Andaluz de Salud. Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales. Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 1ª ed., 2001.
4. Dotor Gracia M, Fernández García E. Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales Integrados. Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2ª ed., 2009.
5. Ferrándiz Santos J, Rodríguez Balo A. El Diseño de la Calidad. La Gestión por Procesos. *Jano.* 7-13 mayo 2004;66:1520.
6. Maderuelo Fernández JA. Gestión de la Calidad Total. El modelo EFQM de Excelencia. *Medifam.* Diciembre 2002;12(10):631-40.
7. Instituto Andaluz de Tecnología. Guía para una gestión basada en Procesos. Centro andaluz para la Excelencia en la Gestión. Fundación Instituto Andaluz de Tecnología. Guías Técnicas. Disponible en: <http://www.iat.es/excelencia/html/subidas/download/guiagestionprocesos.pdf>
8. López-Revuelta K, Lorenzo S, Gruss E, Garrido MV, Moreno Barbas JA. Aplicación de la Gestión por procesos en Nefrología. *Gestión del Proceso Hemodiálisis. Nefrología.* 2002;22:4.
9. Arcelay A. Gestión de Procesos. *Rev Calidad Asistencial.* 1999;14:245-6.
10. European Foundation for Quality Management. Introducción a la Excelencia. Disponible en: <http://www.efqm.org>
11. European Foundation for Quality Management. Ocho fundamentos de la Excelencia: Conceptos fundamentales y sus beneficios. Disponible en: <http://www.efqm.org>
12. Modelo Europeo de Gestión de Calidad Total. Club de Gestión de Calidad, 1993. Disponible en: <http://www.clubexcelencia.org>
13. Arcelay A, Bacigalupe MT, De la Puerta E, Días G, García M, González MG, et al. Guía para la gestión de procesos. Dirección

- de Asistencia Sanitaria. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Eusko Jaularitza-Gobierno Vasco. Vitoria, 1999.
14. Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. Gestión de calidad total y medicina basada en la evidencia. *Med Clin (Barc)*. 2000;114:460-3.
 15. Costa JM. Metodología del diseño de procesos. *Cuadernos de gestión*. 1998;4:17-22.
 16. Estévez J. Gestión por procesos. Una herramienta eficaz para la mejora continua. *Todo Hospital*. 1999;153:43-6.
 17. Lorenzo S, Bacigalupe M, Arcelay A. Aplicación de la gestión por procesos a las unidades de atención al usuario. *Rev Calidad Asistencial*. 2002;17:353-7.
 18. Bautista L. *Medical Economics*, 9 de Septiembre de 2011.
 19. Aranaz JM, Mira JJ, Beltran J. La gestión por procesos asistenciales integrados. *Neurología*. 2003;18(Supl 4):48-56.
 20. Joint Comision on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). *Estándares de acreditación de hospitales*. Barcelona: Fundación Avedis Donabedian, 1997.
 21. Joint Comisión on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Características de lo indicadores clínicos. *Control de Calidad Asistencial* 1991;6:65-74.
 22. Audicana A, Letona J, Pérez MJ, San Martín A, Sánchez E. *Guía Gestión por procesos e ISO 9001:2000 en las organizaciones sanitarias*. Subdirección de Calidad Asistencial Osakidetza. Servicio Vasco de Salud, 2004.