

Alcance total en la certificación de procesos de una unidad de atención primaria de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud

Patxi Ezkurra Loyola^a, Inmaculada Sánchez Martín^b, Inés Aseginolaza Iparagirre^a, Edurne Zubeldia Beldarrain^a y Martín Agirre Landa^a

^aUnidad de Atención Primaria de Zumaia-Zestoa-Getaria. Comarca Gipuzkoa Ekialde de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Gipuzkoa. España.

^bÁrea de Gestión Sanitaria. Comarca Gipuzkoa Ekialde de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Gipuzkoa. España.

Correspondencia: I. Sánchez Martín.

Responsable SGC ISO. AGS.

Comarca Gipuzkoa Ekialde. Avda. Navarra, 14, Piso 2.^º

20013 San Sebastián. España.

Correo electrónico: inmasanchez@apge.osakidetza.net

Resumen

Objetivo: Implantar la gestión por procesos a todos los procesos en una Unidad de Atención Primaria de Osakidetza.

Métodos: Durante 2002 se diseñó en la Red de Atención Primaria de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, a través de grupos multidisciplinarios, un mapa de procesos con 31 procesos: 15 operativos (9 asistenciales y 6 administrativos), 7 de apoyo y 9 de gestión. El diseño se implantó en 4 unidades piloto de atención primaria de Osakidetza, que participaron en el diseño de los procesos y en la definición del sistema de gestión de calidad con norma UNE-EN ISO 9001:2000.

Resultados: Se consiguió la certificación de un sistema de gestión unificado, por procesos, un sistema de documentación y un cuadro de indicadores, que refleja a través de 3 años la mejora en los resultados del contrato de gestión clínica, indicadores de prescripción de calidad, percepción de la satisfacción de las personas de la Unidad de Atención Primaria (UAP) de Zumaia-Zestoa-Getaria.

Conclusiones: La certificación del sistema de gestión por procesos implantado, ha contribuido a la mejora de los resultados y a una gestión descentralizada y sistematizada de las UAP donde se ha implantado, y ha servido como modelo de gestión para la atención primaria de Osakidetza.

Palabras clave: Gestión por procesos. Certificación ISO 9001:2000. Atención primaria de salud.

Introducción

En las organizaciones sanitarias, hace tiempo que se viene hablando de mejora de la calidad, de guías para la práctica clínica, protocolos, estándares y procesos. Durante los últimos años, en la atención primaria (AP) se ha producido simultáneamente un aumento importante de la demanda asistencial, mayor envejecimiento de la población, una mayor complejidad y multiplicidad de motivos de consulta, así como nuevas y exigentes expectativas de los pacientes y de los profesionales de salud¹. Esta nueva situación ha llevado a Osakidetza, como proveedora de servicios, a plantearse la necesidad de un nuevo modelo organi-

Abstract

Objective: To describe our experience of implementing outcome and process assessment to all the processes in a primary care unit in Osakidetza (Basque Health Service) and to analyze the difficulties and strong points after 3 years of implementation.

Methods: In 2002, the Primary Care Network of the Osakidetza/Basque Health Service designed a process map through multidisciplinary groups. The process map contained 15 operative processes (9 clinical and 6 administrative), 7 support systems and 9 management systems. The design was implemented in 4 primary care units participating in a pilot study to create a unified health system management procedure for primary care services according to the UNE-EN ISO 9001:2000 standard.

Results: The primary care service achieved certification of its quality management system to the requirements demanded by the international UNE-EN-ISO 9001-2000 standard. A documentation system was also achieved, along with a set of graphic indicators collected over a 3-year study program that demonstrated improvement in the clinical management of the primary care service, as well as satisfaction among patients treated at the primary care unit of Zumaia-Zestoa-Getaria.

Conclusions: Achieving certification for outcome and process assessment has markedly contributed to better patient management outcomes and has led to greater decentralization and systematization of participating primary care units, thus serving as a model of management for primary care in the Basque health service.

Key words: Outcome and Process Assessment (healthcare). Certification ISO 9001:2000. Primary Care Health Care.

zativo para enfrentarse a estos cambios, teniendo en cuenta la necesidad de contención del gasto sanitario. Se marca así la necesidad de implantar en las unidades de atención primaria (UAP) un sistema de gestión de calidad (SGC) basado en procesos.

Identificar e interrelacionar los procesos de una organización, es el primer paso para comprenderlos y mejorarlos². La gestión por procesos es una nueva forma de organización de la asistencia sanitaria, cuyo objetivo sería dar una respuesta homogénea y ágil a las necesidades de salud de la población atendida, reduciendo la variabilidad clínica. Dentro de los principios de esta gestión, debe primar la satisfacción del usuario/cliente/paciente, teniendo en cuenta que los profesio-

nales son el principal activo de la organización³, y protagonistas del cambio.

Hoy en día, el proceder en los distintos episodios de salud que se atienden en AP debe de estar debidamente contrastado, teniendo como base la medicina basada en la evidencia^{3,4}. La marcha y el resultado de los procesos se deben confirmar a través de un sistema de información ágil, que suponga una fácil consecución y explotación de los datos⁵. Uno de los primeros pasos para configurar el mapa de procesos del SGC fue, sin duda, la agrupación de numerosas actividades por el ámbito de temporalidad en su resolución o por el lugar físico donde se atienden, dando con ello lugar a procesos^{2,6} que abarcan patologías agudas o crónicas, en consulta y en domicilio. Todo ello ha supuesto la supresión de actividades que no añadían valor a la resolución de los episodios². La uniformidad en el diseño de los procesos se ha conformado mediante grupos multidisciplinarios⁷, compuestos por personal administrativo, enfermeras, médicos, técnicos y gestores, de los diferentes centros y organizaciones que integraron el desarrollo y puesta en marcha de este proyecto. Posteriormente, a través de una labor consensuada, se ha ido describiendo la misión, las actividades de todos los procesos de una UAP, sus diagramas de flujo y los indicadores para medir su funcionamiento y resultados². Todo esto ha supuesto un cambio dentro de la organización, que ha sido liderado por la figura del jefe de unidad de atención primaria (JUAP), así se han unificado las culturas clínicas y de gestión¹. Con ello, Osakidetza/Servicio Vasco de Salud (SVS) ha dado respuesta a uno de sus objetivos corporativos (objetivo n.º 3), que se desarrolla, entre otros, a través del objetivo estratégico 3.2: "implantar sistemas de gestión de la calidad en los procesos o servicios susceptibles de ser abordados desde sistemas de certificación"³.

Tras el comienzo de la certificación según las normas ISO-EN 9001:2000¹, en los procesos del área de atención al cliente (AAC) en 3 UAP en el año 2000 y de numerosas UAP de Osakidetza/SVS hasta 2002, se amplía la certificación de los procesos a la totalidad de los procesos desarrollados en una unidad⁷, englobando por tanto los procesos asistenciales y los de apoyo a los mismos, siendo esta experiencia, con sus aportaciones y limitaciones, la que se va a detallar desde el punto de vista general en la red de AP y en particular en la UAP de Zumaia-Zestoa-Getaria, con casi 3 años de implantación.

Métodos

En el diseño de procesos

Durante el año 2002 se realizó el diseño de los diferentes procesos⁷, con grupos de trabajo pluridisciplinarios (médicos, enfermeras y administrativos de las UAP, así como directores, gerentes y técnicos de calidad de las comarcas), que la subdirección de AP impulsó como dinámica y estrategia para diseñar e implantar un sistema de gestión para las UAP de la red de AP de Osakidetza, contando con el apoyo de una consultora externa.

Para ello, se utilizó metodología de calidad de diseño de procesos², en forma participativa-aplicativa y los requisitos de norma ISO. Partiendo del manual de procedimientos ya im-

plantados en algunas UAP y certificados por AENOR con norma UNE-EN ISO 9001:2000⁸, con un alcance de las AAC y de los procesos de apoyo a la actividad asistencial, que fueron integrados en los procesos.

A medida que se iban definiendo los diferentes procesos, se iba realizando su implantación y su rediseño⁹, tras la obtención de los primeros indicadores de proceso o de resultado. El contenido de cada proceso se integró en una "ficha de proceso" con la definición de su misión, límites inicial y final, entradas y salidas del proceso, responsable, la descripción de actividades y su fluograma, los indicadores y resultados esperados, los requisitos de calidad, y los formatos y registros necesarios para la recogida de datos y resultados de cada proceso.

Se definió un mapa con 15 procesos operativos (9 asistenciales y 6 administrativos), 7 procesos de apoyo y 9 procesos de gestión, como integrantes del modelo de gestión para las UAP basado en procesos (fig. 1). A modo de ejemplo, se presenta el diagrama de flujo del proceso de "asistencia en consulta al paciente agudo" (fig. 2).

En la implantación de los procesos en las UAP

La totalidad de los procesos definidos en el mapa, se implantó en 4 UAP⁷ (Zumaia-Zestoa-Getaria, Leioa, San Adrián y Billabona), como centros piloto para modelo de gestión de UAP basado en procesos. La metodología empleada fue de tipo participativo¹⁰, a través de reuniones de implantación y de seguimiento, con los profesionales de las UAP y técnicos de calidad de las comarcas. El liderazgo de la implantación correspondía el jefe de cada UAP.

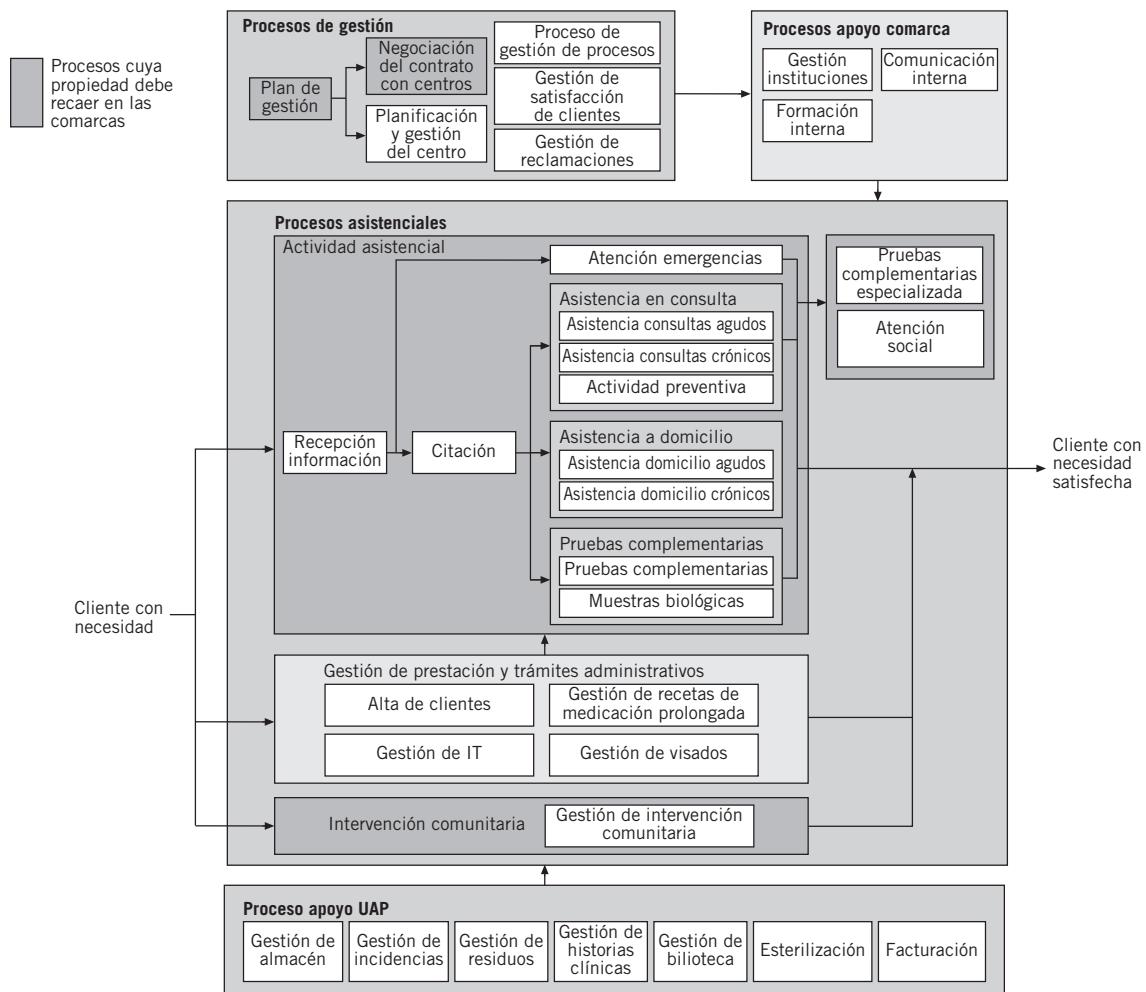
Se designaron los diferentes propietarios de procesos como responsables para su implantación y seguimiento. Se explicó el modelo de gestión basado en procesos⁹ y la metodología de la gestión de procesos a cada propietario. Se les repartió la ficha del proceso del que eran responsables, con la explicación del contenido de ésta y sus funciones como propietarios: detección de actividades de los procesos que no se realizaban, por medio de auditorías de implantación; su puesta en marcha por medio de planes de acciones concretas; recogida de información referente al proceso o a los resultados que reporta cada proceso para su seguimiento; obtención de indicadores, y búsqueda de mejoras a partir del análisis crítico de los resultados obtenidos.

Se planteó la detección de incidencias o no conformidades internas⁷ derivadas de los desajustes que tuvieran los procesos (sus actividades, interfaces o resultados), que tras analizar sus causas servirían para detectar mejoras o establecer medidas preventivas o correctivas, en su caso.

El seguimiento de todo el sistema de gestión, se ajustó tanto a las necesidades de la organización, como a los requisitos de la norma ISO, por lo que se realizó una revisión anual por la dirección (gerencia y JUAP), tanto de lo concerniente al cumplimiento de los compromisos del contrato de gestión clínica (CGC)¹¹ de la UAP, como a los resultados de los procesos, resultados de las auditorías y del plan de mejora propuesto para el año en curso, y 2 seguimientos cuatrimestrales.

En la revisión anual y en los seguimientos cuatrimestrales, se analizan también los resultados de los clientes¹² (a

Figura 1. Mapa de procesos para unidades de atención primaria (UAP) de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud (SVS).



través de quejas, reclamaciones, sugerencias y agradecimientos, y la opinión de los profesionales¹³ de la UAP (mediante sugerencias y medidas de percepción, encuesta que pulsa diferentes dimensiones como liderazgo, comunicación, formación, participación, reconocimiento, condiciones laborales y satisfacción global) del perfiado analizado.

Del resultado de seguimientos y revisión anual, se obtienen áreas de mejora que pueden ser incorporadas en el año en curso o para configurar el plan de mejora del próximo ejercicio, que se incluye en el CGC¹¹, propiciando con ello la mejora continua de las UAP.

Resultados

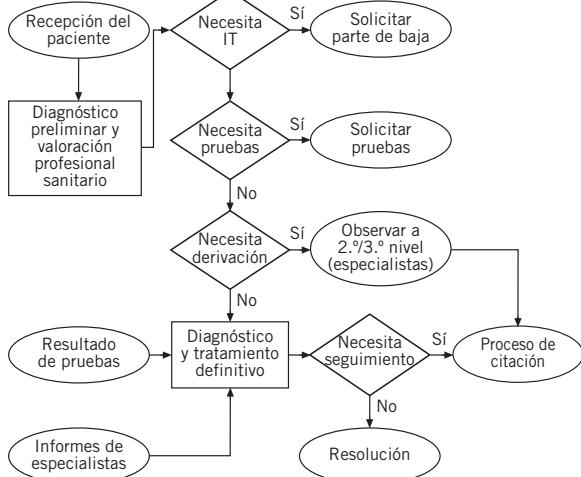
Algunos de los resultados obtenidos tras la implantación del SGC basado en procesos se exponen en las figuras 3 y 4.

De la experiencia de implantación de un modelo de gestión, tras su pilotaje y evolución, se pueden encontrar fortalezas, y también debilidades que son una fuente para la mejora¹⁴.

Como fortalezas se puede reseñar el despliegue de los procesos entre los diferentes profesionales de la UAP, que ha permitido una mayor implicación de las personas¹⁰, al ser los responsables de la implantación, el seguimiento, consolidación y mejora de éstos.

Como valor, se ha incorporado la orientación al cliente^{9,14,15}, lo que ha supuesto que junto con la mayor implicación y autonomía de los profesionales, en la consecución de los objetivos de su UAP, se haya constatado también una mejoría de los resultados de satisfacción de las personas. Como ejemplo, se puede enunciar el cumplimiento de los objetivos del CGC de la UAP¹¹, con resultados que evidencian una tendencia positiva en los procesos del área asistencial (puntuaciones en las patologías atendidas de la oferta preferente en AP [fig. 3], indicadores de prescripción farmacéutica cualita-

Figura 2. Flujograma del proceso de asistencia en consulta al paciente agudo.



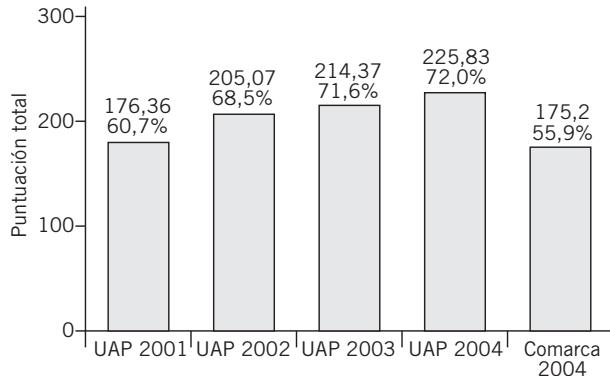
tivos [fig. 4], cobertura en vacunación, gastos de personal y de funcionamiento y facturación a terceros), que ha supuesto, junto a otros resultados, el logro de incentivos para la UAP.

Dentro de las aportaciones más relevantes al ámbito de AP en Osakidetza, cabe citar la definición de todos los procesos de las UAP, que ha dado origen al primer mapa de procesos para las UAP de Osakidetza (fig. 1), y que constituye un modelo de gestión por procesos¹⁶. La definición de procesos y sus indicadores han implicado trabajar de forma más homogénea, con estándares, que han permitido disminuir la variabilidad de las actividades y resultados, permitiendo su comparabilidad^{6,14} y análisis de tendencia. También es reseñable el diseño de un cuadro de mando que recoge los indicadores de los procesos de la UAP, que supone una ayuda importante para la autogestión^{1,3} y para el ejercicio del liderazgo del JUAP¹⁷, que en el caso de esta UAP se ha reflejado en una mejor valoración del liderazgo ejercido por el JUAP en las encuestas realizadas a las personas de la unidad¹³.

La alineación entre los objetivos derivados del contrato programa de las comarcas y los objetivos provenientes del plan de mejora anual en la revisión del SGC⁹ de las UAP, ha traído consigo una unificación del enfoque en la gestión¹⁷, evidenciando mejoras con ejemplos como: los programas de software conjunto para la gestión de sustituciones de personal, aplicación para la gestión y resolución de quejas y reclamaciones, acceso a datos de gestión de personal, económicos y de demanda asistencial, a través del intranet de la comarca en red con las UAP, con ello se dispone de información para la gestión en tiempo real.

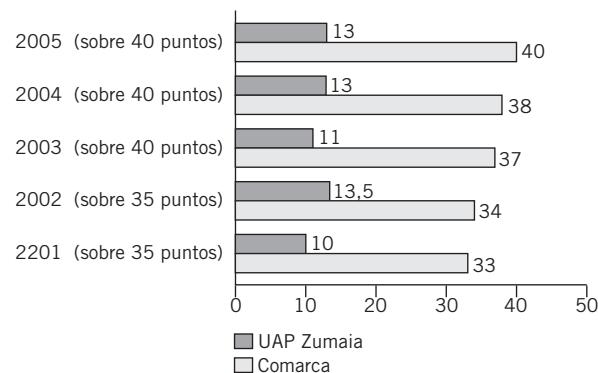
Pensamos que es importante destacar la incorporación de principios de calidad total^{4,12}, ya que se han tenido en cuenta aspectos importantes de las personas de la UAP, el incremento de formación, la mejora de las condiciones de trabajo, la participación en el reparto de incentivos por logros en

Figura 3. Evolución de la puntuación en oferta preferente.



Incluye evaluación del CGC sobre aparato cardiovascular, cáncer, salud mental, mujer, niño, enfermedades infecciosas, diabetes y atención domiciliaria.

Figura 4. Evolución de la puntuación de la calidad de la prescripción.



% EFG; % envases antibiótico/1.000 TIS; % antibióticos 1.º nivel; % antibióticos 3.º nivel/1.000 TIS; % importe novedades farmacéuticas; % AINE seleccionados (diclofenaco, naproxeno, ibuprofeno); % anti-HTA seleccionados; % ARA II; % omeprazol/IBP. AINE: antiinflamatorios no esteroideos; ARA II: antagonistas de los receptores de la angiotensina II; HTA: hipertensión arterial; IBP: inhibidores de la bomba de protones; TIS: tarjeta individual sanitaria.

los resultados del CGC, así como la realización de homenajes en reconocimiento a los profesionales de la UAP¹².

La formación de equipos de calidad en las propias UAP ha supuesto el soporte para el mantenimiento de la metodología instaurada en la cultura de la calidad⁷, programando reuniones periódicas para realizar el seguimiento y evaluación de incidencias, no conformidades, de los planes de mejora y objetivos anuales. Es el embrión y sustento para la mejora continua, en las UAP.

Un estímulo a modo de reconocimiento externo de los esfuerzos realizados por las personas de las UAP, lo constituyen las certificaciones de entidades externas como AENOR⁸,

que han servido de revulsivo para que otras UAP inicien el despliegue de sus procesos y su posterior certificación¹⁸, desde 2003 son 18 las UAP de Osakidetza con certificados, la totalidad de sus procesos con ISO 9001:2000.

Como parte interesante de cualquier experiencia, se encuentran las *dificultades* o *debilidades* (algunas provienen de grupos focales realizados con los jefes de las UAP certificadas por AENOR en alcance total, tras su implantación). Se objetiva mayor necesidad de recursos, en sustituciones y en tiempo para los profesionales, ya que conlleva transmitir y compartir la información y el despliegue de los procesos (reuniones de la UAP, comité de calidad, responsables de procesos, etc.). También cabe reseñar la dificultad en el tiempo para mantener la implicación continuada de los propietarios de muchos procesos⁶, ya que se vuelven actividades rutinarias, lo que exige disponer de fórmulas para la motivación y estímulo para la mejora continua del SGC⁹.

Es necesario buscar medidas para simplificar la gestión del sistema documental¹⁸, para el archivo de los registros, la obtención de resultados del SGC, y para la gestión de las incidencias y no conformidades y su tratamiento. No se han superado completamente las dificultades para la obtención de algunos indicadores que debiera ser más sencilla y a tiempo, ya que a menudo hay una fractura entre el binomio necesidades del programador informático/necesidades de información del clínico o responsable del proceso.

El énfasis y la minuciosidad han hecho que se hayan creado demasiados indicadores⁷ en el global de procesos y algunos no están alineados con otros indicadores de diferentes niveles de la organización (comarcas, servicios centrales), lo que ha supuesto la revisión de los indicadores, con la modificación de algunos y la eliminación de otros. Este modelo resulta menos útil en centros pequeños al representar mayor carga de trabajo (se asume la responsabilidad de demasiados procesos), lo que obliga a unificar responsables de procesos para varios centros cuando están en una misma UAP.

Se evidencia un déficit de formación en metodología de calidad⁷, con un lenguaje que se hace arduo para los sanitarios y que se agudiza con los sustitutos. El sistema de contratación de personal actual, resulta rígido y dificulta una gestión por competencias que origina problemas de adecuación al puesto por falta de conocimientos de los sustitutos a unas UAP, que tienen una forma de trabajo basada en gestión por procesos y con un SGC implantado que requiere de unos conocimientos mínimos en metodología de calidad, de procesos y de los sistemas de cita y gestión de la historia clínica informatizada (HCI).

Las exigencias derivadas de la implantación de SGC en las UAP, necesita calar en toda la organización ya que muchos de los recursos o decisiones necesarias para mejorar, no están al alcance de la UAP, sobre todo cuando la solución de las no conformidades no depende de ésta, lo que genera dificultades en la resolución de las interfaces con otros ámbitos y niveles de atención¹⁰.

Discusión

Como preámbulo de la discusión de los resultados obtenidos, cabe reseñar que las UAP que formaban parte de esta im-

plantación, presentaban ya con anterioridad unas dinámicas de trabajo muy notables, y se encontraban entre las UAP con resultados más destacados de cada comarca. Teniendo en cuenta esta premisa, en ningún caso el objetivo de este artículo ha sido constatar que el SGC haya sido causa única para alcanzar los resultados que se detallan, sino que se pretende mostrar nuestra experiencia de implantación y consolidación de un nuevo modo de hacer las cosas, que refuerza aún más el trabajo en equipo, la orientación al cliente y la formación de las personas, lo que contribuye a la mejora de los resultados¹⁰.

Tras casi 3 años de andadura desde el comienzo de la certificación de alcance total en las UAP de Osakidetza se han implantado diversas mejoras, no sin antes reconocer el gran mérito del trabajo realizado por los distintos profesionales, en un ámbito tan difícil como la atención primaria con grandes requerimientos¹⁵ de los pacientes respecto de la accesibilidad y atención inmediata y en el que se debe compartir las habilidades clínicas⁴ de los profesionales con la cultura de la calidad, al ser propietarios de procesos.

La reflexión acerca del excesivo número de indicadores de procesos ha llevado a la consideración de algunos, habiéndose eliminado una buena parte de éstos, ya que no aportaban valor^{6,14} o se consideraban superados, una vez que ya se tenían estabilizados los procesos. También se ha propuesto realizar una mejora para la obtención de indicadores en el área clínica^{4,6}, facilitando la obtención de indicadores (vía informes ISO, a través de explotación informática y de estadísticas PAP, dentro del programa de HCI de Osabide), dirigida a los propietarios de procesos y JUAP.

Se sigue avanzado en la unificación de los documentos de revisión del SGC por la dirección¹⁸ y los compromisos del CGC, que mejorarán sin duda la homogeneización de indicadores, de resultados de gestión y de visión del seguimiento de los procesos.

Adequar los requisitos de los distintos sistemas de calidad (EFQM e ISO) a veces resulta difícil por la diferencia que hay en la exigencia de cada modelo, aunque se están haciendo esfuerzos para lograr la confluencia con la unificación de los sistemas de información⁵, lo que permitirá lograr un despliegue bien alineado de los distintos objetivos estratégicos en todos los niveles de la organización¹⁸.

Se han dado pasos en tomar como referencia en la incentivación de los CGC, la certificación de alcance total con ISO 9001:2000 o su equivalente en puntuación obtenida con el modelo EFQM a través de evaluación¹⁹ rápida externa. Esto daría mayor credibilidad por parte de los profesionales para la implantación de SGC en el medio sanitario, si se objetivan consecuencias palpables derivadas de dichas mejoras. Se ha contemplado la valoración de la implicación de los profesionales¹⁰ en la gestión de los procesos, como parte integrante de la carrera profesional, y debiera formar parte (como un criterio) de la incentivación individual de las personas de la UAP.

Es necesario seguir incrementando la cultura de calidad de los propietarios de procesos, mediante formación en herramientas de calidad y en procesos¹⁸, ya que sino, la tendencia en su aplicación a través del tiempo, se limitará a los vacíos de indicadores, sin realizar críticas ni buscar áreas de mejora en los procesos.

Las sustituciones y liberación de personal en los centros con SGC por procesos, debiera de facilitarse en la línea adoptada por nuestra comarca para la gestión de los JUAP, con un tiempo fijo al mes y con un mismo sustituto, según la complejidad de la gestión.

Como aspecto de gran importancia para la gestión de la UAP, comentar que están en vías de completarse, tras un primer año de evaluación, las cargas de trabajo según los sistemas *case-mix*, en este caso los ACG (adjusted clinical groups), de cara a unificar correctamente la clasificación de pacientes y la eficiencia en la gestión^{3,10} de los distintos grupos de profesionales.

La figura del JUAP debe potenciarse, para facilitar el liderazgo y la mayor autonomía de gestión^{7,18} de las UAP y la incentivación por logros en las mejoras de calidad, de cara a conseguir un mayor compromiso de los profesionales de la salud con los objetivos¹⁰.

Se podría concluir, que disponer de un mapa de procesos^{6,7} bien definido y de un cuadro de indicadores del SGC, ha sido un paso crucial para que el JUAP lidere la UAP gestionándola por procesos, lo que le permite avanzar hacia un mayor grado de autonomía y autocontrol, siempre teniendo en cuenta los grupos de interés¹⁹ (clientes, trabajadores/personas, proveedores, aliados y sociedad), así se ha contado con un modelo de gestión que se ha ido consolidando, de modo que en 3 años se han detectado áreas de mejora¹⁸ que se han ido implantando, lo que ha generado una dinámica de mejora continua alineada con la política de calidad de las organizaciones de servicios (comarcas) y de la corporación (Osakidetza/SVS).

Contar con un modelo de gestión unificado para todas las UAP, permite además la comparabilidad^{4,19} entre centros de la red y el *benchmarking*¹⁹ para la detección e incorporación de las mejores prácticas, como estrategia para la mejora.

Hasta la fecha, se ha mostrado la gestión por procesos como una metodología útil, pero se considera fundamental tanto el compromiso de los directivos como el de los profesionales, y continuar en el desarrollo de sistemas de información más potentes y transversales en la organización.

Agradecimientos

A todas las personas (profesionales de diferentes estamentos), que de una u otra manera han contribuido al diseño, implantación, mantenimiento y soporte documental de los procesos y del SGC implantados, ya que sin su contribución este proyecto no habría sido posible.

Al Dr. Fernando Palacio, por sus comentarios y sugerencias a versiones previas de este documento, que nos ha ayudado a mejorarlo.

Bibliografía

1. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Plan Estratégico 1998-2002. Vitoria Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud; 1998.
2. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Guía para la gestión de procesos. Vitoria Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud; 1999.
3. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Plan Estratégico 2003-2007. Vitoria Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud; 2003.
4. Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. Gestión de calidad total y medicina basada en la evidencia. *Med Clin (Barc)*. 2000;114: 460-3.
5. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Sistemas de Información Sanitaria en Osakidetza Servicio Vasco de Salud. Normativa 1999-2001. Vitoria Gasteiz: Dirección General Osakidetza-Servicio Vasco de Salud; 2002.
6. Fernández Fernández I, Fernández de la Mota E, Sanz Amores R. Gestión por procesos asistenciales: aplicación a un sistema sanitario público. *Cuadernos de Gestión*. 2003;9:7-25.
7. Martínez Eizaguirre JM. La Gestión por Procesos en una Unidad de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2004;34 Supl 1: 51-3.
8. AENOR. Informes AENOR. Certificación y normalización sector sanitario. Madrid: AENOR; 2003.
9. AENOR. Sistemas de gestión de la calidad. Directrices para la mejora de los procesos en las organizaciones sanitarias. Madrid: AENOR; 2002.
10. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Plan de Calidad 2003-2007. Estrategia de Mejora. Vitoria Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud; 2002.
11. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Contrato de Gestión Clínica. Vitoria Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud; 1997.
12. Euskalit. Fundación Vasca para la Calidad. Cuestionario de autoevaluación [consultado el 20 de junio de 2006]. Disponible en: <http://www.euskalit.net/pdf/questionarit.pdf>
13. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Manual de evaluación y mejora de la satisfacción de las personas en las organizaciones de servicios. Dirección de recursos Humanos. Vitoria Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud; 2001.
14. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Guía de Gestión por procesos e ISO 9001:2000 en las organizaciones sanitarias. Subdirección de Calidad asistencial. Vitoria Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud; 2004.
15. Lorenzo S, Bacigalupi M, Arcelay A. Aplicación de la gestión por procesos a las unidades de atención al usuario. *Rev Calidad Asistencial*. 2002;17:353-7.
16. Arcelay Salazar A. Gestión de procesos. *Rev Calidad Asistencial*. 1999;14:245-6.
17. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Guía para la autoevaluación de las organizaciones sanitarias. Versión completa. Dirección de Asistencia Sanitaria, Subdirección de Calidad Asistencial. Vitoria Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud; 2004.
18. Paino Ortúzar M, Berraondo Zabalegui I, Sánchez González E, Darpón Sierra J. Experiencia de certificación con normas ISO 9000 en centros de atención primaria. *Cuadernos de Gestión*. 2002;8:106-14.
19. Modelo EFQM de Excelencia. Pequeñas y Medianas Empresas. Madrid: Club Gestión de la Calidad; 2003.