Región de Murcia
Consejería de Sanidad
Dirección General de Calidad Asistencial,
Formación e Investigación Sanitaria

Servicio Murciano de Salud

DISEÑO DE PROCESOS EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

Guía metodológica para el diseño de procesos
Resultados: mapas nivel 0 y procesos

DISEÑO DE PROCESOS EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

1. Guía metodológica para el diseño de procesos
2. Resultados: mapas nivel 0 y procesos

AGRADECIMIENTOS

**Queremos mostrar nuestro más sincero agradecimiento a
D. Óscar Moracho del Río y al Prof. D. Pedro J. Saturno Hernández
sin cuya colaboración y aportaciones no habría sido posible este documento.**

Edita: Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.
Editores: Parra-Hidalgo P, Gomis-Cebrián R, Navarro-Moya FJ.
Dirección de Contacto: Subdirección General de Calidad Asistencial.
C/. Isidoro de la Cierva, 10 – 3ª. Planta.
30001 MURCIA.

Documento descargable en: http://www.programaemca.org

INDICE

GUÍA METODOLÓGICA PARA EL DISEÑO DE PROCESOS

1. INTRODUCCIÓN **8**
1.1. JUSTIFICACIÓN 9
1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA GESTIÓN POR PROCESOS 11
1.2.1. Horizontalización de la gestión 11
1.2.2. Actividades de gestión de la calidad 12
1.3. EL MODELO DE EXCELENCIA DE LA EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (EFQM) 15

2. CONCEPTO DE PROCESO **19**

3. TIPOS DE PROCESO **22**

4. REPRESENTACIÓN GRÁFICA Y DESCRIPCIÓN DE PROCESOS. **27**
4.1. MAPA DE PROCESOS 28
4.1.1. Identificar los procesos de la organización. 30
4.1.2. Clasificar los tipos de proceso: estratégicos, clave y de soporte. 31
4.1.3. Establecer las relaciones entre los procesos. 31
4.1.4. Buscar el equilibrio entre el detalle en la descripción y la claridad. 32
4.1.5. Identificar el nombre del proceso, propietario, organización y fecha de actualización. 32
4.2. METODOLOGÍA IDEF: EL IDEFØ 33
4.2.1. Crear el diagrama de contexto (A-0) 36
4.2.2. Realizar un borrador de árbol nodal del diagrama. 37
4.2.3. Crear el diagrama de actividades de más alto nivel (A0). 38
4.2.4. Crear los subsiguientes diagramas de descomposición. 39
4.2.5. Crear la versión definitiva de árbol nodal del diagrama: versión texto y versión gráfica. 41
4.2.6. Escribir el texto aclaratorio que acompaña a los diagramas IDEFØ 42
4.3. FICHA DE PROCESOS 44
4.4. LA DESCRIPCIÓN DE INDICADORES 48
4.5. ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 51

5. EJEMPLOS PRÁCTICOS **52**
5.1. EJEMPLO DE MAPA DE PROCESOS 53
5.2. EJEMPLO DE APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA IDEF: IDEFØ 54
5.3. EJEMPLO DE FICHA DE PROCESOS 58
5.4. EJEMPLO DE FICHA PARA DESCRIPCIÓN DE INDICADORES 61
5.5. RELACIÓN DE PROCESOS PRIORIZADOS EN EL SMS 62

6. BIBLIOGRAFÍA **63**

INDICE

RESULTADOS: MAPAS NIVEL 0 Y PROCESOS

1. INTRODUCCIÓN 66

2. ESTADO ACTUAL DE LOS MAPAS Y PROCESOS EN EL S.M.S. 68

3. MAPAS NIVEL 0 70

ÁREAS ÚNICAS

3.1. ÁREA III 71
3.1.1. Área III: Gerencia de Atención Primaria de Lorca 72
3.1.2. Área III: Hospital Rafal Méndez 75
3.2. ÁREA V 77

ATENCIÓN PRIMARIA

3.3. GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MURCIA 79
3.4. GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CARTAGENA 83

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

3.5. HOSPITAL REINA SOFÍA 85
3.6. HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA 87
3.7. HOSPITAL SANTA MARÍA DEL ROSELL 89
3.8. HOSPITAL LOS ARCOS 91
3.9. HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE 93
3.10. FUNDACIÓN HOSPITAL DE CIEZA 95
3.11. HOSPITAL MORALES MESEGUER 97
3.12. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ROMÁN ALBERCA 99

SERVICIOS CENTRALES

3.13. SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD 101
3.14. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE SALUD MENTAL 103

4. PROCESOS 105

ÁREAS ÚNICAS

4.1. ÁREA III 106
4.1.1. Admisión 107
4.1.2. Hospitalización 110
4.1.3. Gestión de pacientes interniveles 113
4.1.4. Aprovisionamiento de Atención Primaria 117
4.2. ÁREA V 122
4.2.1. Gestión de residuos-gestión ambiental 123
4.2.2. Mantenimiento 124

INDICE

ATENCIÓN PRIMARIA

4.3. GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MURCIA 132
4.3.1. Suministros-compras 133
4.3.2. Atención al paciente: quejas y reclamaciones 139
4.4. GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CARTAGENA 145
4.4.1. Plan de gestión (conjunto con Hospital Los Arcos) 146
4.4.2. Citación de pacientes en Atención Primaria 153

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

4.5. HOSPITAL REINA SOFÍA 157
4.5.1. Comunicación interna 158
4.5.2. Alta 166
4.6. HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA 173
4.6.1. Perinatal 174
4.6.2. Sistemas de información 183
4.7. HOSPITAL SANTA MARÍA DEL ROSELL 184
4.7.1. Reclamaciones 185
4.7.2. Urgencias 189
4.8. HOSPITAL LOS ARCOS 190
4.8.1. Plan de Gestión (conjunto con GAP Cartagena) 191
4.8.2. Facturación a terceros 192
4.9. HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE 195
4.9.1. Documentación clínica y archivo 196
4.9.2. Listas de espera 201
4.10. FUNDACIÓN HOSPITAL DE CIEZA 202
4.10.1. Cirugía mayor ambulatoria (CMA) 203
4.10.2. Quirófano 222
4.11. HOSPITAL MORALES MESEGUER 239
4.11.1. Consultas externas 240
4.11.2. Hospital de día médico 246
4.12. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ROMÁN ALBERCA 251
4.12.1. Unidad de media estancia 252

SERVICIOS CENTRALES

4.13. SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA DEL S.M.S. 258
4.13.1. Contratación de obras 259
4.13.2. Reclamaciones de Responsabilidad Patrimonial a la Administración Sanitaria Regional 261
4.14. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE SALUD MENTAL 269
4.14.1. Continuidad de cuidados en pacientes con problemas de salud mental 270
4.15. DIRECCIÓN GENERAL DE RÉGIMEN ECONÓMICO Y PRESTACIONES DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD 284
4.15.1. Conciertos del S.M.S. con centros privados 285
4.16. DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD 294
4.16.1. Contratos de gestión 295

GUÍA METODOLÓGICA PARA EL DISEÑO DE PROCESOS

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

Un sistema de gestión ayuda a una organización a establecer las metodologías, las responsabilidades, los recursos, las actividades, etc. que le permitan una gestión orientada hacia la obtención de unos buenos resultados, o lo que es lo mismo, la consecución de los objetivos establecidos.

Entre los múltiples modelos o sistemas de gestión existentes tanto en el sector público como en el privado, la gestión por procesos se ha revelado en los últimos tiempos como la que mejor garantiza la eficacia y flexibilidad necesarias en cualquier organización para lograr optimizar sus resultados a través de un conocimiento exhaustivo de "qué se hace".

La Consejería de Sanidad de la Región de Murcia y el Servicio Murciano de Salud han optado por el enfoque en procesos como sistema de gestión y en el marco de la apuesta decidida por llevar a toda la organización hacia la excelencia a través del modelo EFQM (European Foundation for Quality Management).

Como consecuencia de todo ello nace esta guía cuyo objetivo es ofrecer la metodología, los conceptos básicos y las herramientas necesarias a todo aquel que pretenda un acercamiento a este enfoque de gestión. La guía va dirigida a todas las personas y organizaciones que quieran dotar de un enfoque basado en procesos a su gestión, especialmente a los que deseen aplicar o mejorar dicho enfoque en el marco del modelo EFQM de Excelencia.

Para la elaboración de esta guía nos hemos basado en la formación impartida por Óscar Moracho a los equipos directivos del Servicio Murciano de Salud durante los años 2005 y 2006 así como en manuales y literatura diversa de divulgación. Entre esta última hay que destacar los textos del Prof. Pedro J. Saturno sobre metodología IDEF y los Manuales del Instituto Andaluz de Tecnología y de Euskalit sobre gestión por procesos. Por último los ejemplos citados en el texto han sido creados y desarrollados por diversos equipos directivos del Servicio Murciano de Salud, quienes con su esfuerzo y excelente trabajo están haciendo realidad la implantación de la gestión por procesos.

1.1. JUSTIFICACIÓN

La gestión por procesos es un sistema de organización empresarial diferente, basado en los principios de la calidad total (satisfacción de los usuarios/clientes, implicación activa de los profesionales y mejora continua de las actividades que se realizan) y que está permitiendo a las organizaciones que lo adoptan una eficacia y flexibilidad mucho mayor para optimizar resultados, adaptarse a los nuevos requerimientos de los clientes y mejorar tanto la calidad de los servicios ofertados como la satisfacción de sus profesionales.

En este sentido la gestión por procesos, como sistema avanzado de gestión, es utilizado cada vez por más organizaciones ya que facilita la comprensión de cada proceso, la asunción de responsabilidad por parte de los profesionales y la coordinación de la organización para prestar una mejor atención a los clientes.

Una parte importante de la gestión por procesos es la representación gráfica de todas las funciones, procesos y procedimientos en que se descompone una organización, aunque este es sólo el comienzo de un camino que debe continuar con la implantación de la gestión por procesos y finalizar con la medición y mejora continua tal y como veremos más adelante.

La gestión por procesos es un tipo de gestión radicalmente distinta a la tradicional que se viene desarrollando en los sistemas sanitarios. Las diferencias fundamentales entre uno y otro tipo son las que aparecen en la siguiente tabla:

Diferencias entre gestión tradicional y gestión por procesos

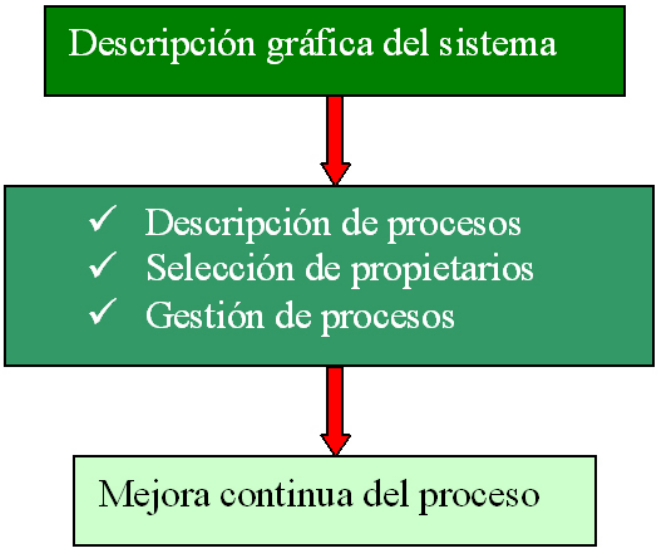
GESTIÓN TRADICIONAL	GESTIÓN POR PROCESOS
Productividad individual (efectividad parcial)	Productividad conjunto (eficiencia)
Orientación interna: Producto	Orientación externa: Cliente
Cumplimiento de tareas	Compromiso de resultados
Departamentos, clientes	Procesos, clientes
Jerarquización, control	Participación, apoyo
Autoridad jerárquica funcional	Responsabilidad del proceso
TRABAJAR MÁS	TRABAJAR MEJOR

Las instituciones que han optado por la gestión por procesos destacan entre sus principales aportaciones las siguientes:

- Aumenta el conocimiento del hospital-centro de salud-empresa.
- Ordena y permite optimizar lo que se hace.
- Alinea la institución con las necesidades del cliente (interno y externo).
- Permite un seguimiento mediante indicadores.
- Crea necesidad y puntos de encuentro para consensuar e innovar.
- Aporta sinergia.
- Facilita la responsabilidad de las personas (calidad y cantidad).

A la hora de adoptar un sistema de gestión basado en procesos los pasos que hay que seguir son los que aparecen en la siguiente figura. A lo largo de esta guía se irán desarrollando estos pasos. La descripción gráfica del sistema se abordará en el punto 4. donde veremos en el apartado 4.1. el manejo de herramientas como el mapa de procesos. También en este punto se explicará la descripción de los procesos, ya sea de manera gráfica mediante la metodología IDEF (apartado 4.2.) o en formato texto utilizando la ficha de procesos (apartado 4.3.). Las herramientas para la evaluación y mejora de los procesos como la descripción de indicadores (apartado 4.4.) y el ciclo de mejora (apartado 4.5.), ampliamente difundido por el Programa EMCA de Gestión de la Calidad de la Región de Murcia, serán los últimos aspectos a tratar en este apartado. Por último el punto 5. recogerá una serie de ejemplos prácticos de todas las herramientas necesarias para afrontar la gestión por procesos.

Los pasos en la gestión por procesos



1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA GESTIÓN POR PROCESOS

Si hemos de resumir las características principales de este enfoque en el diseño y gestión por procesos, estas serían fundamentalmente dos: una "horizontalización" de la gestión, y una utilización del ciclo de mejora de la calidad o cualquiera de sus adaptaciones, como el ciclo de Shewart (después PDCA de Deming) como esquema de base para la mejora de la calidad.

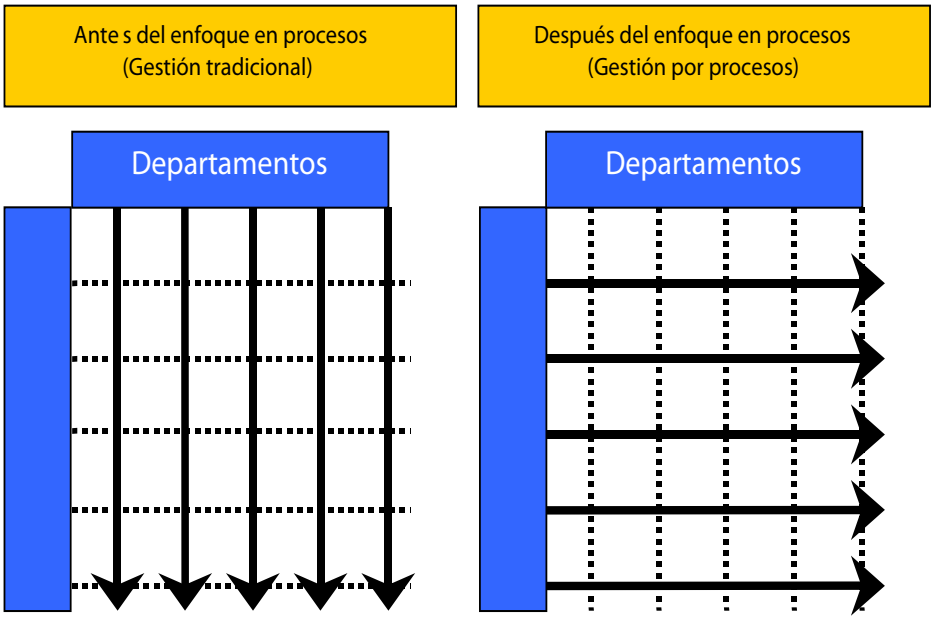
1.2.1. Horizontalización de la gestión

Es evidente que la responsabilidad de la gestión de la calidad es de toda la organización y de todas las personas que trabajan en ella, no solamente de los responsables de la gestión o del área de calidad. En el enfoque por procesos esta idea se plasma en los que se denominan "propietarios" de los procesos, es decir aquellos que son responsables de su descripción, implementación y evaluación siendo su papel principal la mejora continua del proceso.

La figura 1 contiene un gráfico frecuentemente utilizado para representar el cambio en la gestión y asignación de responsabilidades que supone el enfoque en procesos. En la forma tradicional, los procesos (en línea discontinua) atraviesan diversos departamentos, pero la gestión y la responsabilidad son verticales, dentro de cada departamento por separado. En el caso de los servicios de salud, esta situación se traduce en que la atención se fragmenta como si en vez de existir un solo paciente cada departamento o unidad organizativa tratase sólo una parte del paciente, perdiéndose por completo el sentido de integralidad.

En el enfoque por procesos, sin embargo, son los departamentos los que atraviesan (en línea discontinua) los procesos, que son lo que hay que gestionar coordinando a los departamentos. En la literatura sobre caminos clínicos, K. Zander lo ha expresado muy acertadamente: se trata de pasar de hablar de "mi" paciente, de "mi" departamento, a "nuestro" paciente, de la institución que le presta el servicio protocolizado. Se gestiona el proceso en su conjunto, y se le da responsabilidad y relevancia ("empowerment") a los propietarios de cada proceso o subproceso.

Horizontalización de la gestión



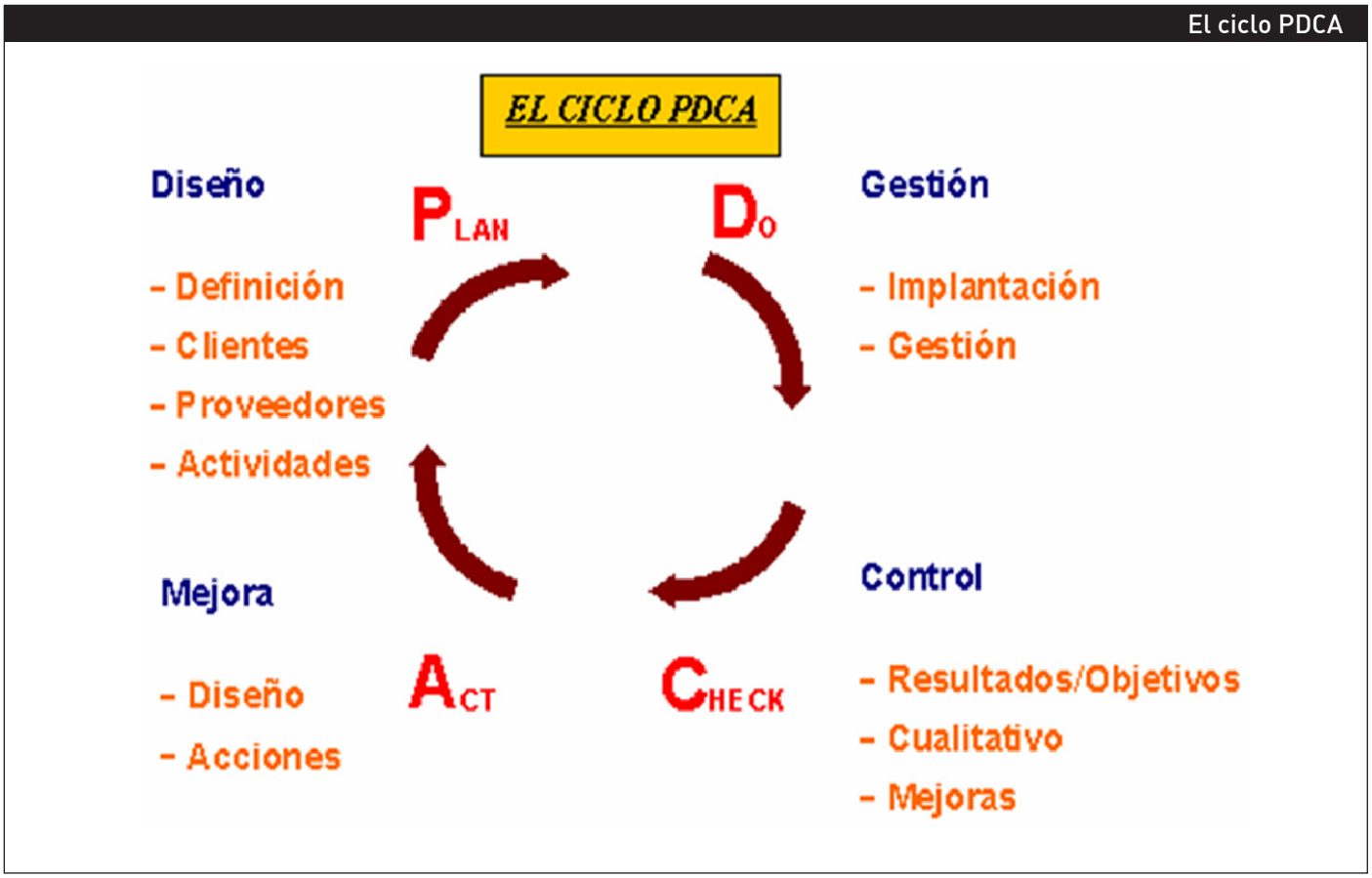
Tomado con permiso de su autor Pedro I. Saturnero

1.2.2. Actividades de gestión de la calidad

La utilización del ciclo de mejora para la evaluación de los procesos es la segunda característica destacable de este enfoque de gestión. Entre las distintas versiones del ciclo de mejora, ampliamente conocidas a través de la formación impartida por el programa EMCA, está el denominado ciclo PDCA. Este es una de las múltiples adaptaciones del ciclo de Shewart, que Deming popularizó en Japón y que actualmente se conoce como PDCA (Plan-Do-Check-Act) o ciclo de Deming. El ciclo de Shewart fue mostrado por Deming como un esquema para la mejora de la calidad con base fundamentalmente en el diseño de innovaciones (Plan, planificar), que luego hay que ensayar a pequeña escala (Do, hacer) y medir sus efectos (Check, comprobar o estudiar), para después incorporar los rasgos positivos a la producción rutinaria de ese producto o servicio (Act, actuar).

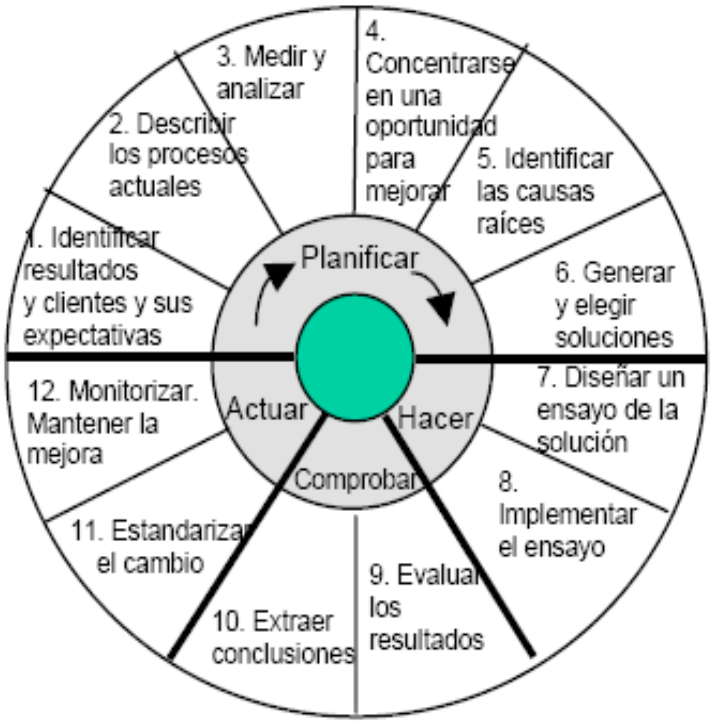
El ciclo PDCA de Deming es por tanto un modelo para la mejora de la calidad basado en el diseño. Su esquema más simple sería: diseñar (o planificar) implementar/monitorizar diseñar. El enfoque por procesos y las actividades de diseño (protocolización, caminos clínicos, benchmarking, reingeniería) tienen como punto de partida el diseño de los procesos. La principal implicación de este enfoque es partir de la definición de objetivos o resultados a conseguir, en función de las necesidades y expectativas a satisfacer. Mejorar la calidad a través de la gestión por procesos es pues, básicamente, aplicar el esquema del Ciclo de Shewart basando e iniciando la mejora en y con el diseño. A continuación se presenta el esquema básico de este ciclo y una adaptación del mismo al sector salud.

El ciclo PDCA



Adaptación del ciclo PDCA realizada por Óscar Moracho del Río

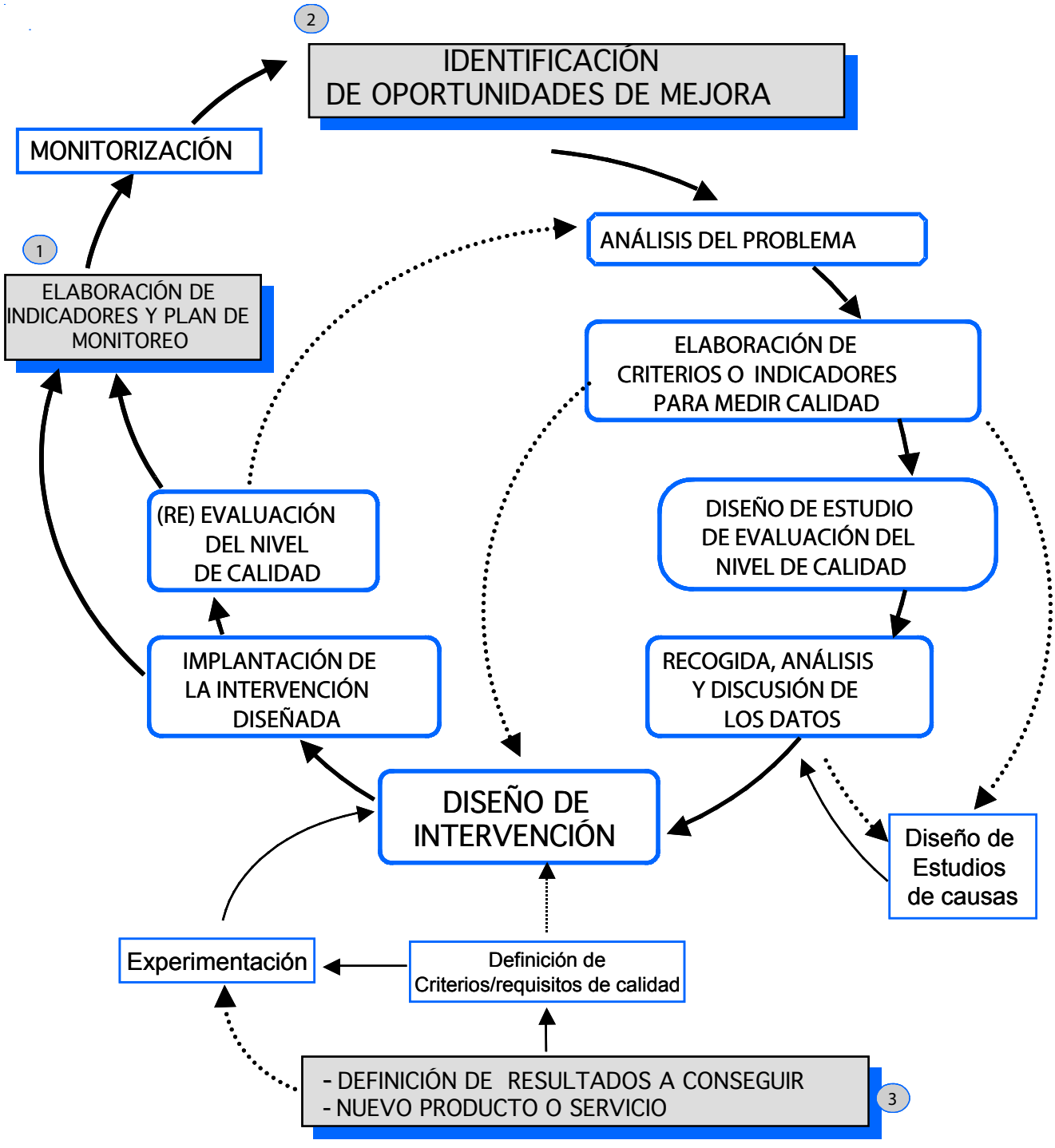
Una adaptación del ciclo PDCA al sector salud



Tomado de Saturno PJ: Gestión de la Calidad. Concepto y componentes de un programa de gestión de la calidad. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 1: CONCEPTOS BÁSICOS. Unidad temática 2. Universidad de Murcia, 1999. ISBN: 84-600-9536-3

Las actividades de gestión de la calidad, conocidas ampliamente por los cursos de Evaluación y Mejora de la Calidad impartidos por el Programa EMCA, tal y como se representa en el siguiente gráfico integran e interrelacionan los tres grupos de actividades de cualquier programa de gestión de la calidad: diseño, monitorización y evaluación. Siguiendo esta secuencia, en los siguientes apartados de este manual veremos como se realiza la descripción gráfica y descripción de los procesos, que en un sentido estricto podrían considerarse actividades de Diseño de la Calidad.

Una vez diseñados los procesos deberán someterse a monitorización a través del uso de indicadores y, como veremos más adelante, cuando los indicadores no alcanzan los niveles esperados o cuando la organización detecta una oportunidad de mejora iniciaremos las actividades propias de evaluación utilizando el ciclo como herramienta básica para la mejora continua de los procesos.



Tomado con permiso de su autor: Saturno Hernández, P.J.

1.3. EL MODELO DE EXCELENCIA DE LA EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (EFQM)

La importancia del enfoque basado en procesos se hace evidente a través de los fundamentos del modelo EFQM de Excelencia Empresarial por el que la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia y el Servicio Murciano de Salud han apostado como Sistema de Gestión.

Sistema de Gestión
"Esquema general de procesos y procedimientos que se emplea para garantizar que la organización realiza todas las tareas necesarias para alcanzar sus objetivos". Modelo EFQM

El modelo EFQM plantea una serie de conceptos fundamentales que constituyen la base del mismo. La relación de fundamentos de gestión que contempla este modelo no obedece a ningún orden en particular ni trata de ser exhaustiva, ya que los mismos pueden cambiar con el paso del tiempo a medida que se desarrollen y mejoren las organizaciones excelentes. En todo caso, los fundamentos actualmente considerados en el modelo son la base de la estructura de criterios del mismo (incluidos los subcriterios y las áreas para cada uno de ellos) así como del sistema de evaluación a través de los criterios establecidos. Estos conceptos fundamentales son los que aparecen en el siguiente cuadro:

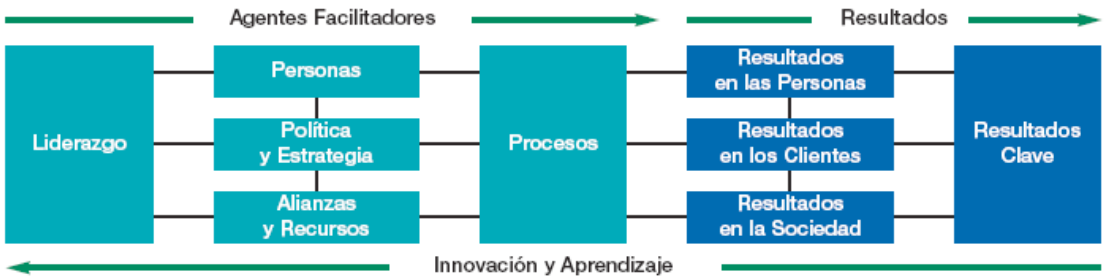
Conceptos fundamentales de la Excelencia
• Orientación hacia los resultados • Orientación al cliente • Liderazgo y constancia en los objetivos • Gestión por procesos y hechos • Desarrollo e implicación de las personas • Aprendizaje, innovación y Mejora continuos • Desarrollo de Alianzas • Responsabilidad Social Modelo EFQM

Entre todos ellos, cabe destacar el principio de "gestión por procesos y hechos". Según este modelo la gestión por procesos y hechos permite a las organizaciones "actuar de manera más efectiva cuando todas sus actividades interrelacionadas se comprenden y se gestionan de manera sistemática, y las decisiones relativas a las operaciones en vigor y las mejoras planificadas se adoptan a partir de información fiable que incluye las percepciones de todos los grupos de interés".

Otro principio básico es la orientación hacia la obtención de resultados que en definitiva es para lo que realmente deben servir los sistemas de gestión.

El modelo EFQM se considera a sí mismo como un marco de trabajo no prescriptivo que reconoce que la excelencia de una organización se puede lograr de manera sostenida mediante distintos enfoques. En esta línea, el modelo se fundamenta en que los resultados excelentes con respecto al rendimiento de la organización, a los clientes, las personas y la sociedad (en definitiva, los diferentes grupos de interés) se logran mediante un liderazgo que dirija e impulse la política y estrategia, las personas de la organización, las alianzas y recursos, y los procesos.

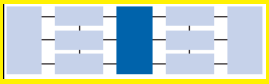
Modelo EFQM de excelencia



El modelo, como se observa en la figura anterior, se compone de nueve criterios y un esquema de evaluación que permite reconocer el nivel de excelencia de una organización, constituyéndose como una herramienta de mejora continua y en verdadero impulsor de la innovación y aprendizaje para la obtención de resultados excelentes en todos los ámbitos. Estos nueve criterios se agrupan en agentes facilitadotes (que tratan sobre lo que la organización hace) y en resultados (que tratan de lo que la organización logra) de forma que estos últimos son consecuencia de los primeros.

El modelo desarrolla cada uno de los nueve criterios a través de subcriterios, y cada subcriterio a través de una relación de áreas a abordar. Con este despliegue de criterios y subcriterios el modelo trata de trasladar los conceptos fundamentales de la excelencia vistos anteriormente. A modo de ejemplo se ofrece a continuación la descripción del criterio 5, procesos, con el despliegue detallado de los criterios 5a y 5b, más íntimamente relacionados con el enfoque y la gestión por procesos.

EL MODELO EFQM DE EXCELENCIA: CRITERIO 5, PROCESOS



Definición: Cómo diseña, gestiona y mejora la organización sus procesos para apoyar su política y estrategia y para satisfacer plenamente, generando cada vez mayor valor, a sus clientes y otros grupos de interés

Subcriterios		Áreas a abordar
5-a	Diseño y gestión sistemática de los procesos	• Diseñar los procesos de la organización, incluidos aquellos procesos clave necesarios para llevar a efecto la política y estrategia. • Establecer el sistema de gestión de procesos que se va a utilizar. • Aplicar a la gestión de procesos sistemas estandarizados como, por ejemplo, sistemas de calidad como los basados en la normativa ISO 9000, sistemas de gestión medioambiental o sistemas de gestión de riesgos laborales. • Implantar sistemas de medición de los procesos y establecer objetivos de rendimiento. • Resolver las interfaces internas de la organización y las relacionadas con los parteners externos, para gestionar de manera efectiva los procesos de principio a fin.
5-b	Introducción de las mejoras necesarias en los procesos mediante la innovación, a fin de satisfacer plenamente a clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor	• Identificar y priorizar oportunidades de mejora continua y drástica, así como otros cambios. • Utilizar los resultados de los indicadores internos de rendimiento y de las percepciones, y la información procedente de las actividades de aprendizaje, para establecer prioridades y objetivos de mejora, y métodos operativos perfeccionados. • Estimular el talento creativo e innovador de empleados, clientes y partners, y hacer que repercuta sobre las mejoras continuas y drásticas. • Descubrir y utilizar nuevos diseños de procesos, filosofías operativas y tecnologías que faciliten las operaciones. • Establecer los métodos idóneos para llevar a efecto el cambio. • Establecer pruebas piloto y controlar la implantación de procesos nuevos o modificados. • Comunicar los cambios introducidos en los procesos a todos los grupos de interés pertinentes. • Garantizar que las personas reciben la formación pertinente para trabajar procesos nuevos o modificados, antes de su implantación. • Asegurar que los cambios de los procesos alcanzan los resultados previstos.
5-c	Diseño y desarrollo de los productos y servicios basándose en las necesidades y expectativas de los clientes	• ...
5-d	Producción, distribución y servicio de atención, de los productos y servicios.	• ...
5-e	Gestión y mejora de las relaciones con los clientes.	• ...

El modelo EFQM: criterio 5

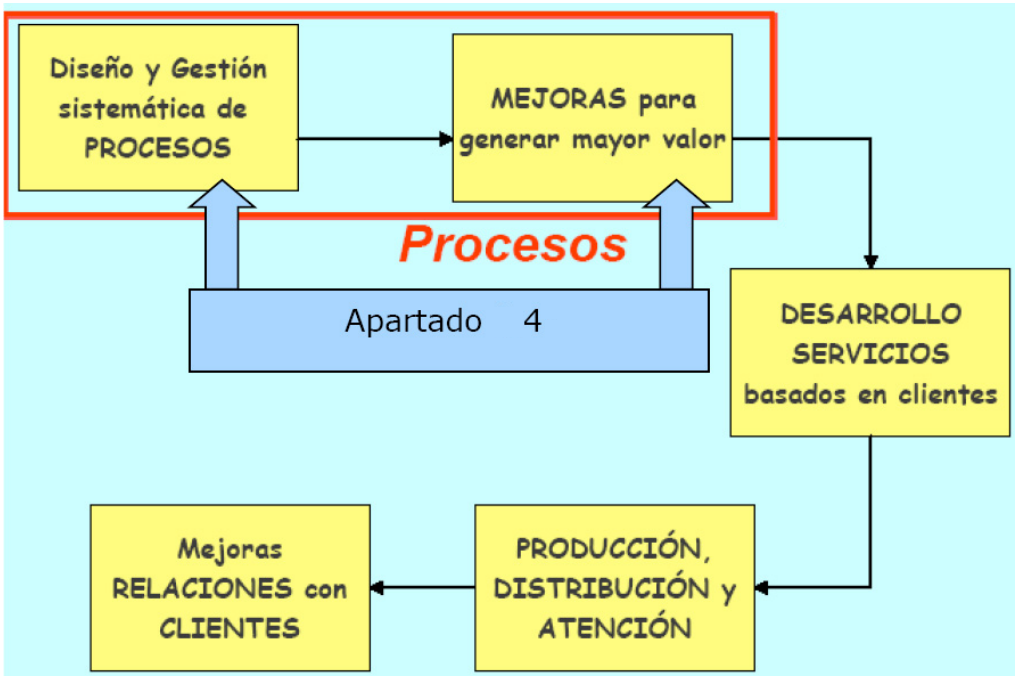


Gráfico adaptado y tomado con permiso de su autor: Óscar Moracho del Río

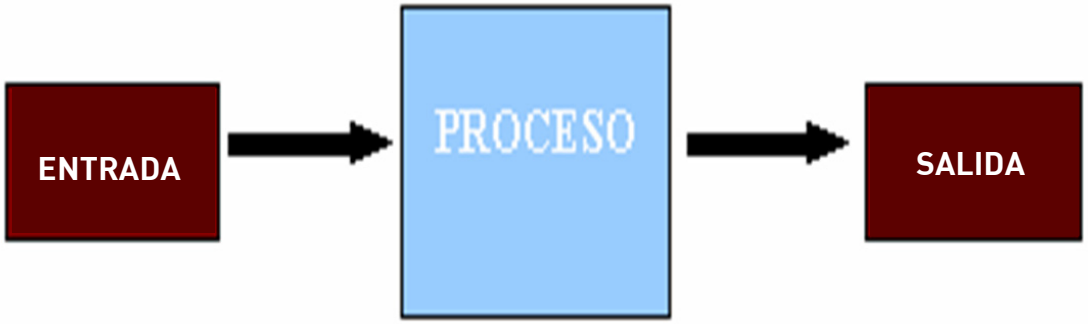
CONCEPTO DE PROCESO

2 CONCEPTO DE PROCESO

Se puede definir un proceso como *"una secuencia de actividades interrelacionadas que convierten entradas (inputs) de los proveedores en salidas (outputs) para los clientes"*. Inputs son todo lo que tenga influencia en el proceso (personas y cosas), así como clientes son todas las personas a quién pueda afectar el proceso. Así pues no se habla de estructura y resultado para los procesos sino de proceso en un sentido muy amplio que engloba los aspectos estructurales y de proveedores, entradas, salidas y clientes.

En el gráfico siguiente se representa la idea clásica de proceso en la que se considera como razón de ser del proceso su capacidad para transformar las entradas en salidas añadiéndoles un valor apreciado por los destinatarios del mismo.

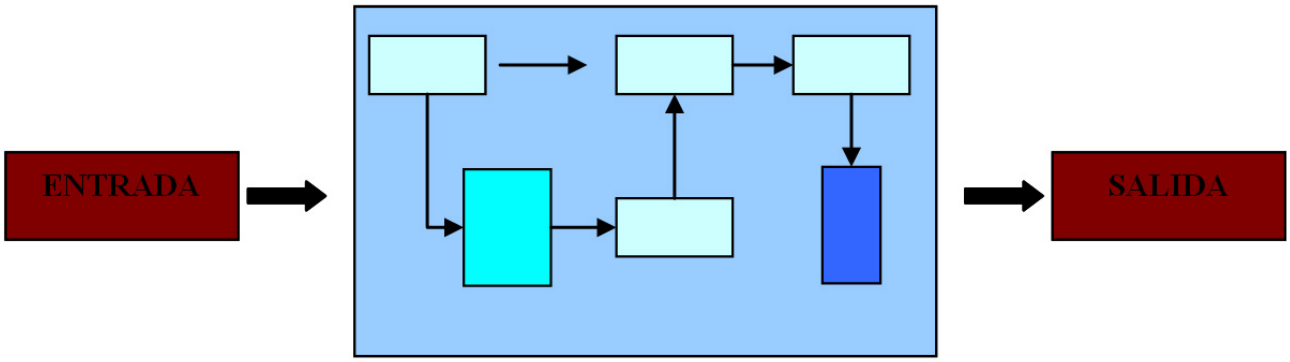
Idea clásica de proceso



El objetivo de todo proceso es generar unos flujos de salida apreciados por los destinatarios o clientes, ya sean internos o externos a la organización. Estos clientes juzgarán lo recibido en función de unas ideas preconcebidas que ellos tenían sobre la característica a recibir (expectativas de los destinatarios del proceso).

La transformación de las entradas en salidas con valor para el destinatario la realizan personas, equipos o departamentos intervinientes que realizan actividades diferentes pero que coordinadas de una forma adecuada consiguen su objetivo. Si consideramos además de las entradas (inputs) y salidas (outputs) las actividades internas que de forma coordinada logran ese valor apreciado por los destinatarios del proceso, el gráfico anterior queda como sigue:

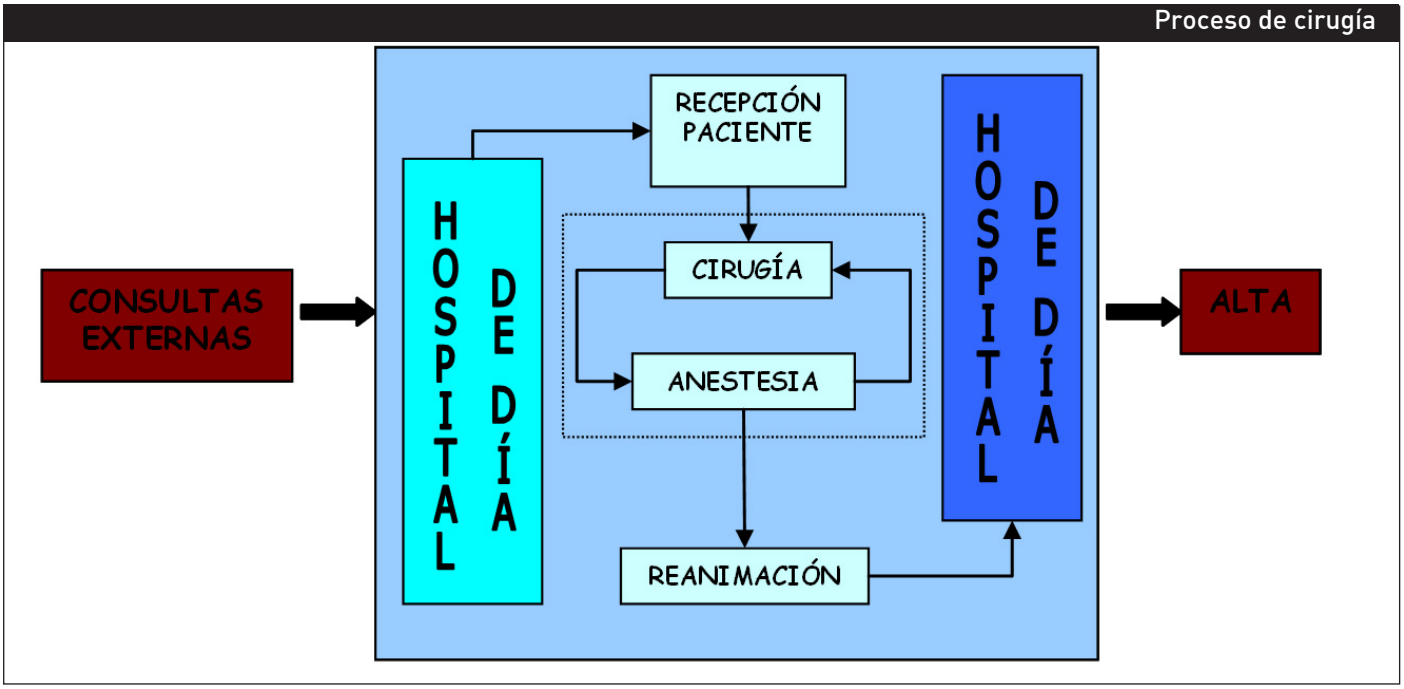
Concepto de proceso



Este concepto básico es el que subyace en la mayoría de las definiciones de proceso, como la que ofrece la norma UNE-EN ISO 8402:1995 según la cual un proceso es "el conjunto de recursos y actividades interrelacionadas que transforman elementos de entrada en elementos de salida", aclarando que "recursos pueden incluir personal, finanzas, instalaciones, equipos, técnicos y métodos".

De igual forma para la European Foundation for Quality Management se entiende por proceso a "la organización de personas, materiales, equipos y procedimientos en actividades de trabajo diseñadas para generar un resultado específico".

Un ejemplo práctico que permita comprender mejor estos conceptos puede ser el proceso de cirugía mayor ambulatoria que se realiza en los hospitales del SMS. La entrada para este proceso serán las consultas externas y la salida el paciente dado de alta a su domicilio. Los recursos y actividades que transforman esta entrada en salida estarán relacionadas con el hospital de día quirúrgico, la recepción de pacientes, el acto quirúrgico en sí, las acciones de anestesia y reanimación, etc. Gráficamente el proceso puede visualizarse de la siguiente forma:



TIPOS DE PROCESO

3. TIPOS DE PROCESO

Existen varias clasificaciones de los procesos de una organización según diversos criterios. En función de los tipos de actividad con que se relacionan sus objetivos, los procesos se pueden clasificar en:

- **Procesos clave:** son aquellos en relación directa con la misión de la institución y son ofrecidos directamente a los clientes externos (consultas, intervenciones, procesos de atención sanitaria en general). En este sentido serían procesos clave urgencias u hospitalización.

- **Procesos estratégicos:** son los que aportan información para el direccionamiento de la institución y sobre el cumplimiento de sus objetivos (detección de necesidades y expectativas de los clientes, satisfacción/insatisfacción y sus causas, etc.). Con frecuencia son recogidos en guías técnicas o legales como planes, normativas o protocolos. Ejemplos de estos procesos serían el plan de gestión, que aporta una referencia clara sobre los objetivos y la orientación de la institución, o los sistemas de información, básicos para conocer la voz del cliente o hacer un seguimiento de la práctica asistencial de los profesionales.

- **Procesos de apoyo o soporte:** son los que facilitan y hacen posible la realización correcta de los procesos clave (suministros, documentación, mantenimiento, hostelería, etc.) aportando recursos imprescindibles para la realización de los procesos clave. Un ejemplo sería la gestión ambiental y de residuos que realiza la institución o el plan de comunicación interna.

Sin embargo en función de los autores o la bibliografía que se consulte podemos encontrar diferentes formas de nombrar un mismo concepto. Así por ejemplo en algunas clasificaciones los **procesos clave** son llamados **operativos** y los **procesos estratégicos** se denominan procesos **de gestión**. En cualquier caso lo que menos importa es el nombre que se utilice siempre que los conceptos sean entendidos de igual forma por todos.

Continuando con el ejemplo del proceso de cirugía mayor ambulatoria, este en sí podría considerarse un proceso clave que es ofrecido a los clientes externos en el cual están implicados una serie de **subprocesos** que son imprescindibles para la adecuada realización de esta actividad. Basándonos en la clasificación anterior estos subprocesos podrían ser los siguientes:

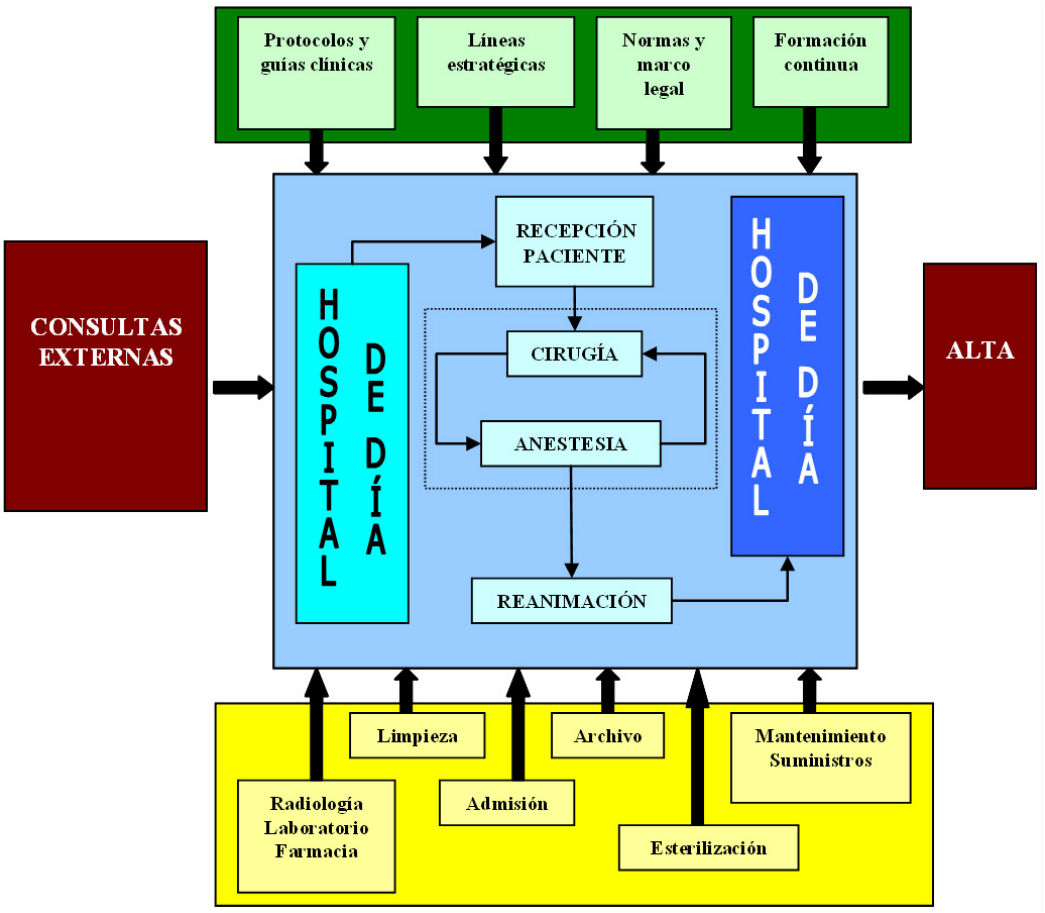
- **Procesos clave:** gestión del hospital de día quirúrgico, recepción de pacientes, cirugía, anestesia, reanimación y la preparación del personal y de los quirófanos.

- **Procesos estratégicos:** protocolos y guías clínicas, líneas estratégicas de la dirección, normativa y marco legal y la formación continuada de los profesionales.

- **Procesos de soporte:** radiología, laboratorio, farmacia, limpieza, admisión, esterilización, suministros, archivo, mantenimiento y cocina.

Si incorporamos todos estos procesos a la representación gráfica que estamos realizando, los procesos estratégicos se situarían en la parte superior y los procesos de soporte en la parte inferior. Por tanto el gráfico quedaría como sigue:

Proceso de cirugía mayor ambulatoria



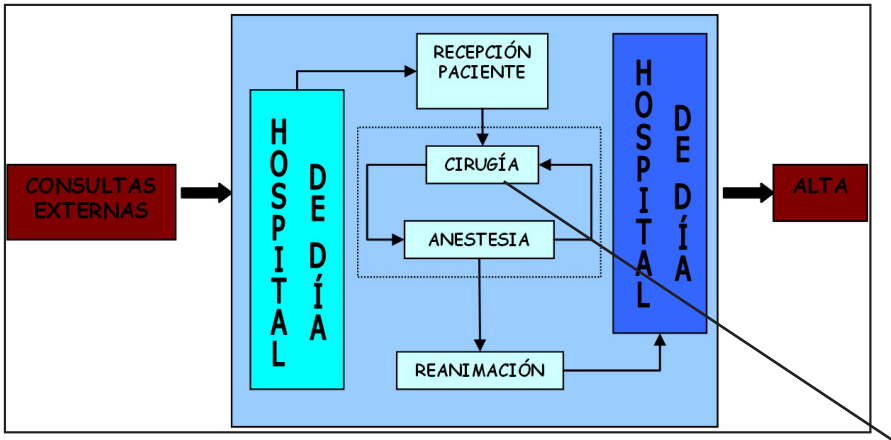
Tomado y adaptado con permiso de su autor: Fundación Hospital de Cieza.

Es posible y además necesario avanzar en la desagregación, descendiendo desde la globalidad hasta lo más concreto y descomponiendo los procesos en subprocesos y estos a su vez en procedimientos. Como veremos más adelante existen múltiples herramientas para describir y representar tanto procesos (en cualquiera de sus niveles) como procedimientos específicos.

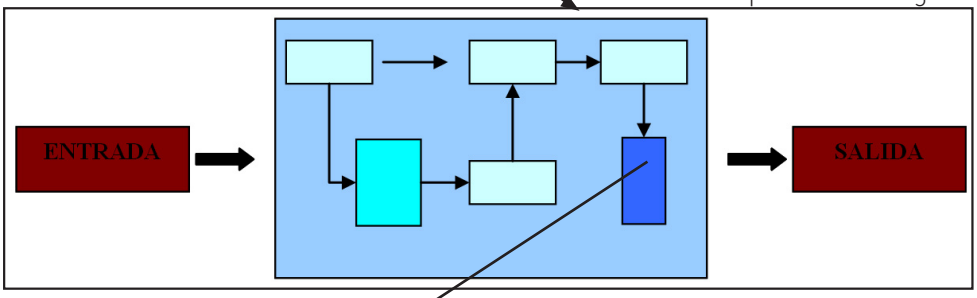
El ejemplo que venimos siguiendo de cirugía mayor ambulatoria es necesario descomponerlo en distintos subprocesos como "cirugía" y este a su vez en los múltiples procedimientos que lo componen (recepción del paciente en quirófano, cataratas, etc.). El siguiente gráfico representa este proceso de desagregación:

Desagregación del proceso de cirugía mayor ambulatoria

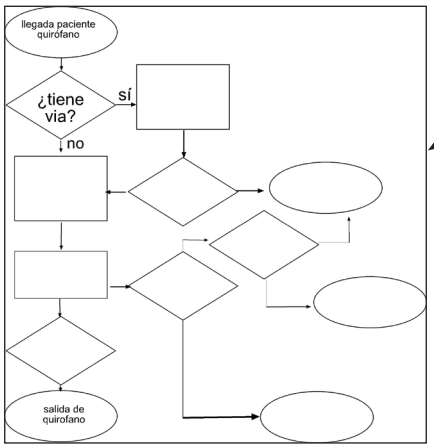
Proceso: "cirugía mayor ambulatoria"



Subproceso:" cirugía"



Procedimiento: "recepción del paciente en quirófano"



Es importante distinguir entre proceso y procedimiento y conocer las características de uno y otro concepto. Como vimos al principio un proceso es una secuencia de actividades interrelacionadas que convierten entradas (inputs) de los proveedores en salidas (outputs) para los clientes, mientras que un procedimiento es una forma específica de llevar a cabo una actividad o un proceso.

Las principales características se enumeran en el siguiente esquema:

Diferencias entre proceso y procedimiento

PROCESO QUÉ	≠	PROCEDIMIENTO CÓMO
Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman entradas en salidas.		Forma específica para llevar a cabo una actividad o un proceso.
✓ Transforma entradas en salidas mediante utilización de recursos		✓ Define la secuencia de pasos para ejecutar una tarea
✓ Se comporta, es dinámico		✓ Existe, es estático
✓ Impulsado por la consecución de un resultado		✓ Impulsado por la finalización de la tarea.
✓ Se opera y gestiona		✓ Se implementa.
✓ Se centra en la satisfacción de clientes y otros grupos de interés		✓ Se centra en el cumplimiento de las normas.
✓ Contiene actividades que pueden realizar personas de diferentes departamentos con unos objetivos comunes		✓ Recoge actividades que pueden realizar personas de diferentes departamentos con unos diferentes objetivos.
✓ IDEF		✓ Flujograma

Tomado de ISO 9000:2000

Las herramientas para representar y describir procesos y procedimientos serán, tal y como veremos a continuación, distintas.

Cada institución que pretenda implantar la metodología de gestión por procesos debe hacer un esfuerzo por identificar sus propios procesos clave, estratégicos y de soporte, y los distintos subprocesos y procedimientos en los que estos se descomponen. En este sentido el SMS, en su apuesta clara por desarrollar la gestión de procesos ha identificado los suyos, que se ofrecen en este documento en el apartado 5. de "ejemplos prácticos".

REPRESENTACIÓN GRÁFICA Y DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

4. REPRESENTACIÓN GRÁFICA Y DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

La definición de un proceso es una descripción explícita y formal del mismo. Los beneficios más inmediatos de una definición correcta es que facilita la compresión, gestión y mejora del proceso. Sin embargo, esta descripción es más útil si se realiza con o se acompaña de una representación visual de las interrelaciones, relevancia y lugar de cada uno de sus elementos tal y como hemos venido haciendo con el proceso de cirugía mayor ambulatoria. Realizar un esfuerzo por parte de la organización para graficar los procesos i) asegura una comprensión global de la organización, ii) ayuda a identificar los macroprocesos, procesos y subprocesos relevantes eliminando actividades sin valor añadido, iii) establece las principales relaciones entre ellos y iv) es la base para el desarrollo posterior y para la implementación de la gestión por procesos.

Existen multitud de modelos o formas de representar gráficamente los procesos. No todos estos métodos son útiles para todos los objetivos y situaciones por lo que es conveniente tener una visión general de las características de los más destacados. En este sentido los más extendidos y utilizados en el sector salud son el mapa de procesos y la metodología IDEF con todas sus variantes.

Si descendemos en el nivel de desagregación, la herramienta más conocida y recomendable para representar los procedimientos concretos de cada proceso es el flujograma.

El IDEFØ y el mapa de procesos presentan un nivel de abstracción más alto, mientras que el flujograma puede apuntar más detalles, incluidas las decisiones y secuencias temporales en relación a las diversas tareas. Por este motivo el mapa de procesos es de elección si se quieren definir los macroprocesos de toda la organización (mapa nivel 0), el IDEFØ es necesario para describir y representar procesos y subprocesos y el flujograma puede ser más útil para describir procedimientos y tareas.

REPRESENTACIÓN	NIVEL	DESCRIPCIÓN
Mapa de procesos	0 0	Macroprocesos
IDEFØ	1	Procesos
IDEFØ	2,3, ...	Subprocesos
Diagrama de Flujo	Procedimientos	Procedimientos

Además de la representación gráfica, es necesario completar la descripción de los procesos con una relación detallada de sus principales características en formato texto. Para ello se puede utilizar un modelo de ficha como el que se explica en los siguientes apartados.

4.1.- Mapa de procesos

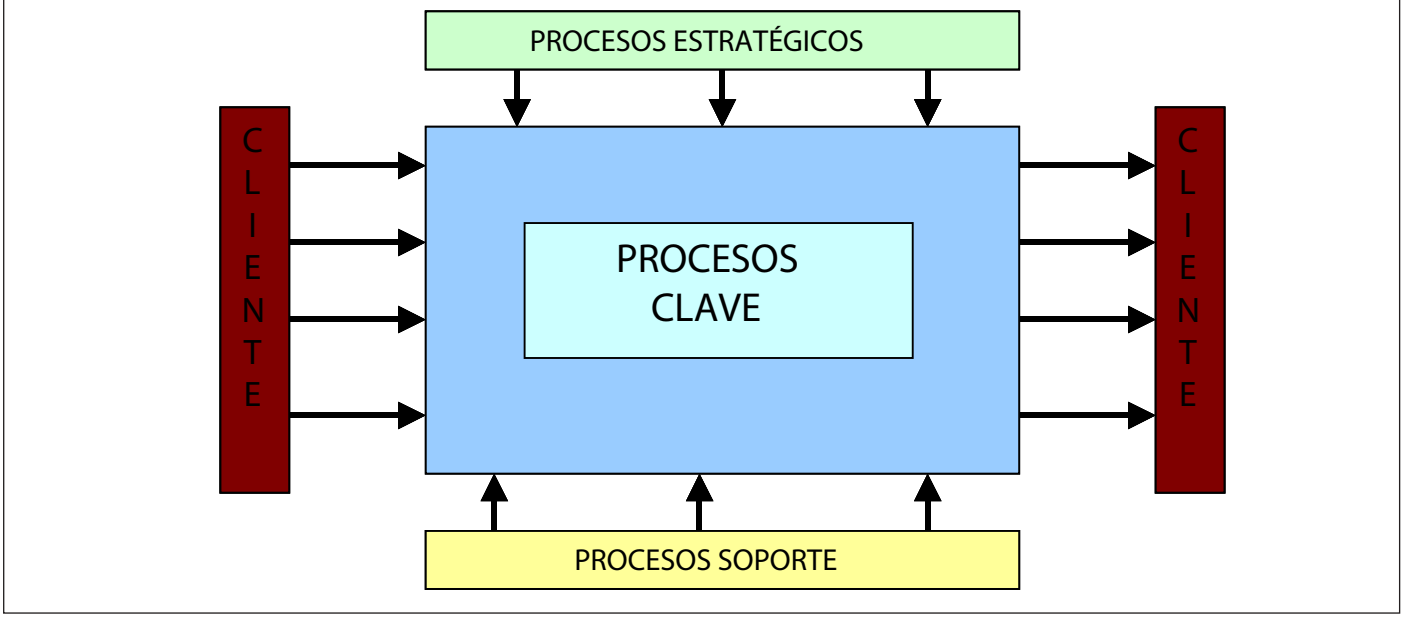
Una vez efectuada la identificación y selección de los procesos de la institución, es necesario definir y representar esta estructura de forma que facilite la determinación e interpretación de las interrelaciones existentes entre los mismos.

Esta tarea se puede llevar a cabo mediante un mapa de procesos, que no es más que la representación gráfica de la estructura de los procesos que conforman el sistema de gestión. Aunque no existe una metodología de base que sustente las normas para utilizar esta herramienta, se ofrecen a continuación una serie de recomendaciones basadas en el consenso con la intención de dar uniformidad a las representaciones de mapas de procesos que se están llevando a cabo en la Consejería de Sanidad y el Servicio Murciano de Salud.

El mapa de procesos es la herramienta de elección para representar los macroprocesos de una organización, es decir, el nivel 0. En el mapa los procesos estratégicos se representan en la parte superior y los procesos de soporte en la parte inferior. El núcleo central está ocupado por los procesos clave.

Cada proceso es representado con una caja. Los clientes (entradas al proceso –inputs- y salidas –outputs-) se dibujan en la parte izquierda y derecha respectivamente y los flujos se indican con flechas de izquierda a derecha. Las interrelaciones entre los distintos tipos de proceso y entre los subprocesos se representan mediante flechas. Un esquema básico de lo que sería un mapa de procesos es el que aparece a continuación:

Esquema básico de un mapa de proceso



Para lograr un sentido de uniformidad a la representación gráfica de procesos mediante mapas, la gama de colores a utilizar será la siguiente:

- Clientes: gama rojo.
- Procesos estratégicos: gama verde.
- Procesos clave: gama azul.
- Procesos soporte: gama amarillo-naranja.
- Interrelaciones y conectores: negro y gama gris.

Para identificar el gráfico esta representación se debe completar con algunos datos a pie de gráfico relativos a la organización a la que pertenece el proceso, la fecha de elaboración del gráfico y el número de versión (si se ha elaborado más de una versión).

Construcción de un mapa de procesos

Entre las distintas tareas a abordar a la hora de iniciar la construcción de un mapa, las principales son las siguientes:

Pasos a seguir para la construcción de un mapa de procesos
4.1.1. Identificar los procesos de la organización.
4.1.2. Clasificar los tipos de proceso: estratégicos, clave y de soporte.
4.1.3. Establecer las relaciones entre los procesos.
4.1.4. Buscar el equilibrio entre el detalle en la descripción y la claridad.
4.1.5. Identificar el nombre del proceso, propietario, organización y fecha de actualización.

4.1.1. Identificar los procesos de la organización

Como paso previo a la representación del mapa, la organización debe realizar un esfuerzo por elaborar un inventario de todos los procesos implicados en su propio funcionamiento. Un ejemplo de este inventario para un hospital puede ser el siguiente:

Inventario de procesos de un hospital

MACROPROCESOS	PROCESOS
PLAN DE GESTIÓN	Pactos de gestión
	Gestión por procesos
	Evaluación EFQM
	Formación continuada
VOZ DE LOS CLIENTES	Contrato de Gestión
	Reclamaciones
	Relaciones externas
ASISTENCIAL	Admisión
	Urgencias
	Consultas Externas
	Quirófano y Reanimación
	Hospitalización
	Hospital de Día
	UCI
	Alta
APOYO SOCIAL	Servicio de Atención al Usuario
	Comité Asistencial de Ética
APOYO DIAGNÓSTICO	Radiodiagnóstico
	Laboratorio
	Exploraciones especiales
APOYO CLÍNICO	Farmacia
	Rehabilitación
	Banco de sangre
DOCENCIA	Docencia pregrado y postgrado
GESTIÓN HOSTELERA	Control de Servicios
	Lencería
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Archivo
	Documentación
	Biblioteca
	Informática
	Control de gestión
GESTIÓN ECONÓMICA Y LOGÍSTICA	Esterilización
	Suministros
	Oficina Técnica
	Inventario
	Almacén
	Gestión Económica
GESTIÓN DE PERSONAS	Registro
	Recursos Humanos
	Unidad Prevención Riesgos Laborales
	Asesoría Jurídica
	Comunicación Interna

Tomado y adaptado con persmiso de su autor: Hospital Morales Meseguer

4.1.2. Clasificar los tipos de proceso: estratégicos, clave y de soporte

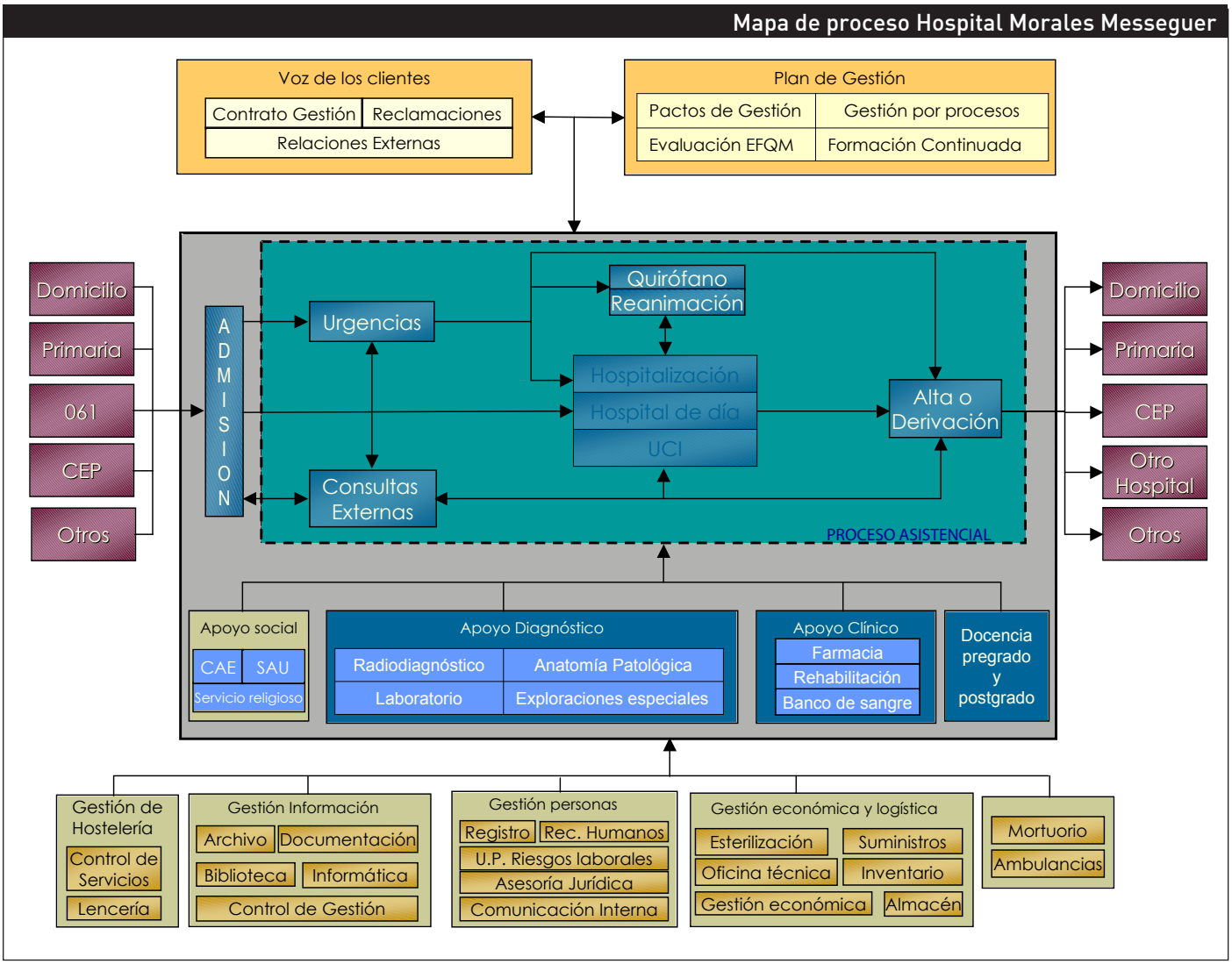
Una vez elaborado el inventario de procesos es necesario clasificar estos según sean estratégicos, clave o de soporte. En el ejemplo anterior se han señalado los procesos estratégicos en color verde, los procesos clave en color azul y los procesos de apoyo y soporte en color amarillo.

El inventario de los procesos identificados en el SMS así como su clasificación en tipos de proceso aparece en este documento en el apartado de "ejemplos prácticos".

4.1.3. Establecer las relaciones entre los procesos

Las actividades de cara al cliente externo de una institución pueden visualizarse como un conjunto de procesos clave bien definidos, diseñados y evaluables para su mejora continua. Sin embargo, como los procesos clave no son los únicos existentes es necesario representar también en el mapa el conjunto de interrelaciones entre todos los tipos de proceso. Estas relaciones entre los procesos implicados se representan mediante flechas. No hay que olvidar que estas flechas no significan necesariamente un flujo ni que el paciente tenga que pasar necesariamente por todos los procesos sino que sólo señalan interrelaciones entre los distintos procesos.

Continuando con el ejemplo, una vez establecidas las relaciones entre los procesos del apartado 4.1.1., el mapa resultante sería el siguiente:



Tomado con permiso de su autor: Hospital Morales Messeguer

4.1.4. Buscar el equilibrio entre el detalle en la descripción y la claridad

El nivel de detalle de los mapas de proceso dependerá del tamaño de la organización y de la complejidad de sus actividades. Es necesario alcanzar un equilibrio entre la facilidad de interpretación del mapa y el contenido de información ya que un mapa debe ser autoexplicativo. Mapas de proceso excesivamente detallados pueden contener mucha información pero presentar dificultad para el entendimiento de la estructura de procesos, es decir, contener un exceso de información con poco valor y un excesivo detalle que dificulta la interpretación.

Por otro lado un escaso nivel de despliegue de los procesos nos podría conducir a la pérdida de información relevante para la gestión de la organización. Por este motivo cuando es necesario aportar un exhaustivo nivel de detalle (arquitectura nivel 1, 2... etc.) la herramienta de elección es cualquiera de los diagramas de la metodología IDEF que se explican a continuación.

4.1.5. Identificar el mapa: nombre de la organización, fecha de elaboración y versión

Por último el mapa debe quedar identificado con una serie de datos que complementan la descripción gráfica como el nombre de la organización a la que pertenece el proceso, la fecha en la que ha sido elaborado o revisado y si existe más de una versión, el número de versión. Esta información figurará a pie de mapa.

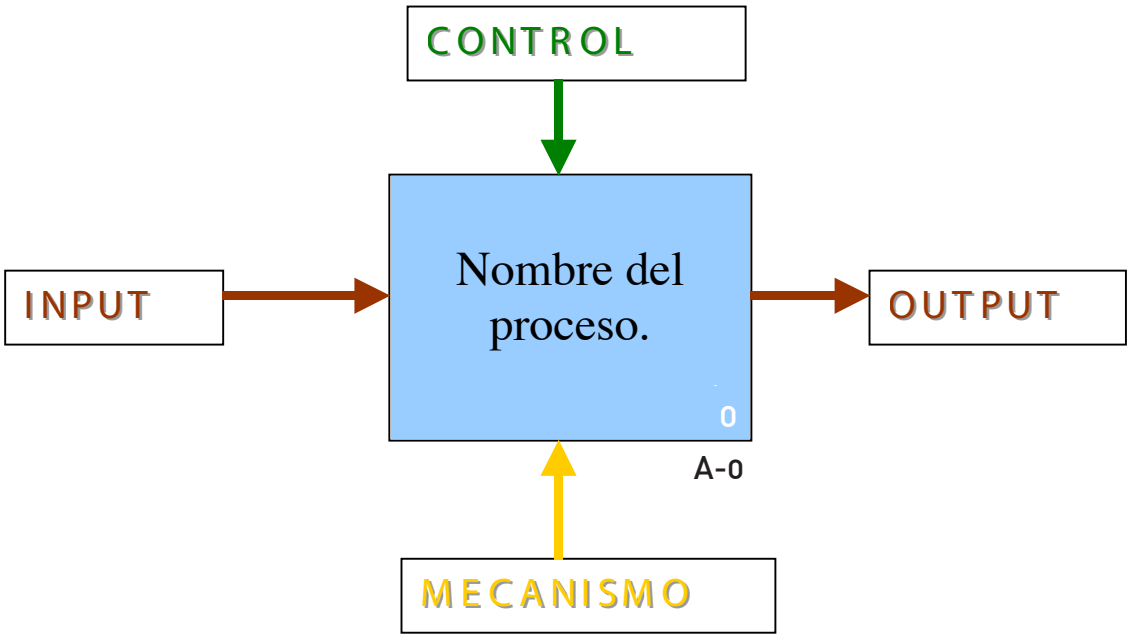
4.2. METODOLOGÍA IDEF: EL IDEFØ

IDEF son las siglas de Integrated Computer-Aided Manufacturing Definition, acortado más tarde como Integration Definition. IDEF constituye una familia de métodos para el modelaje de aspectos de los sistemas informáticos y las empresas. De todos ellos, IDEFØ, IDEF1, e IDEF1X son los que están siendo más ampliamente utilizados, sobre todo en Estados Unidos. Sin embargo el método IDEFØ es, de toda la familia IDEF, el que puede ser utilizado en primer término para entender la arquitectura funcional de una organización y sus procesos, y por tanto el que merece la pena conocer un poco más en profundidad.

IDEFØ se define como "una técnica de modelaje basada en una combinación de gráficos y texto, presentados de una forma organizada y sistemática para comprender, analizar, aportar razonamientos para cambios potenciales, especificar requisitos o apoyar las actividades de diseño e integración en los sistemas". Un modelo IDEFØ se compone de una serie jerárquica de diagramas que describen a niveles cada vez más detallados los procesos y las relaciones entre ellos, en el contexto determinado del sistema que se analiza o representa. El método IDEFØ utiliza una metodología estandarizada, y un lenguaje propio que, aunque simple, tiene unas normas de sintaxis y una semántica que es preciso conocer y respetar.

El lenguaje que utiliza tiene sólo cuatro elementos semánticos: cajas, flechas, texto identificador y un código numérico.

Esquema básico de la metodologia IDEFØ



Significado de los elementos del lenguaje IDEFØ:

• Las **cajas** representan las funciones, definidas como actividades, procesos o transformaciones.

• Las **flechas** representan datos u objetos relacionados con las funciones. No representan flujo o secuencia como en el caso de los flujogramas. Adicionalmente, la posición y el sentido de la flecha con respecto a la caja tiene un significado concreto y preciso:

- Las flechas que representan inputs para ser procesados se colocan entrando a la caja por la izquierda.
- Los outputs o resultados de la función, acción o proceso salen de la caja por la derecha.
- Los medios y mecanismos que hacen posible la función, acción o proceso se sitúan bajo la caja, apuntando hacia arriba.
- Las flechas que representan objetos o datos que controlan o dirigen la función, acción o proceso se sitúan en la parte de arriba de la caja, apuntando hacia abajo.

• El **texto** se utiliza:

1. Para "nombrar" las funciones, en este caso es siempre un verbo activo que describe la función (hacer algo, procesar, diseñar, realizar algo, etc.) y que se sitúa en el interior de las cajas.

2. "Etiquetar" las flechas, con nombres que describan los objetos o datos que representan.

• Los **códigos numéricos** se emplean para numerar las cajas en la secuencia de diagramas que componen el modelo completo, y también dentro de un diagrama para identificar las cajas que lo integran (numeradas de izquierda a derecha) e indicar cuáles de ellas (funciones "padre") van a ser detalladas en un siguiente diagrama (diagrama "hijo"). Esto último es lo que se conoce como código DRE ("Detail Reference Expression").

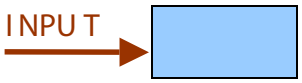
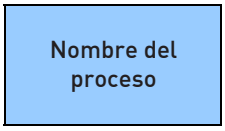
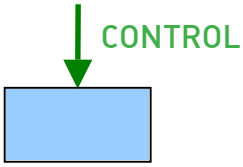
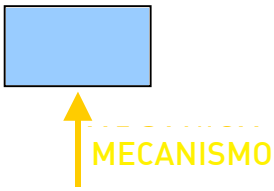
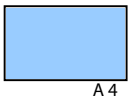
Estos elementos del lenguaje IDEFØ es recomendable que se completen con información complementaria a pie de diagrama relativa a i) nombre del proceso que se representa, ii) el propietario o responsable de su diseño, implementación y evaluación, iii) el nivel del diagrama que se grafica con su correspondiente código numérico (DRE) y por último iv) la fecha en la que se ha revisado y actualizado el proceso.

Principales elementos y conceptos del lenguaje IDEFØ:

El rigor y precisión en la semántica (significados de los elementos) y sintaxis (normas de relación entre los elementos) del "lenguaje" que se utiliza para construir los modelos IDEFØ es una de las características destacables a tener en cuenta a la hora de emplear esta metodología.

Los cuatro elementos descritos del lenguaje IDEFØ (cajas, flechas, texto y códigos numéricos) permiten definir la sintaxis para representar los conceptos básicos del modelo. Un resumen de estos conceptos se recoge en la siguiente tabla:

Principales elementos y conceptos del lenguaje IDEFØ

ELEMENTO	CONCEPTO	REPRESENTACIÓN GRÁFICA
INPUTS	Todo aquello (material, información, situaciones, etc.) que será transformado por la actividad de proceso	 Flecha a la izq. de la caja que representa el proceso
ACTIVIDAD O PROCESO	Lo que se hace para transformar los inputs en outputs	 Anotación dentro de una caja
CONTROLES	Elementos (política, guías, estrategias, limitaciones presupuestarias, etc.) que condicionan o gobiernan cómo se realizará el proceso	 Flecha debajo de la caja que representa el proceso
MECANISMOS	Elementos (personas, herramientas, equipos, costes directos, etc.) que hacen o apoyan el proceso	 Flecha debajo de la caja que representa el proceso
OUTPUTS	Resultados del proceso, creados por la transformación de los inputs	Flecha a la drch. de la caja que representa el proceso
DESCOMPOSICIÓN DE FUNCIONES O PROCESOS	Subprocesos o componentes funcionales de un proceso más complejo	 Un código numérico bajo la caja que representa el proceso indica que éste se va a descomponer o desplegar. Éste es el diagrama o función "padre"

Tomado y adaptado de Saturno Hernández, P.J.

Para lograr un sentido de uniformidad a la representación de procesos mediante diagramas IDEFØ en el Servicio Murciano de Salud, por consenso la gama de colores a utilizar será la siguiente:

- Inputs/outputs: gama rojo.
- Control: gama verde
- Función o proceso: gama azul
- Mecanismo: gama amarillo-naranja
- Flechas:
    - Inputs-outputs: gama rojo
    - Control: gama verde
    - Mecanismo: gama amarillo-naranja
- Texto: negro

Representación gráfica de un proceso utilizando un diagrama IDEFØ:

Un diagrama IDEFØ pretende ser un análisis de un proceso desde lo más global a lo más concreto de manera que a medida que se va descendiendo en el nivel de representación del diagrama se gana en concreción de los elementos del proceso. Este es precisamente el camino a seguir a la hora de abordar la construcción de un diagrama IDEFØ.

PASOS A SEGUIR PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN DIAGRAMA IDEFØ
4.2.1. Crear el diagrama de contexto (A-0)
4.2.2. Realizar un borrador de árbol nodal del diagrama.
4.2.3. Crear el diagrama de actividades de más alto nivel (A0).
4.2.4. Crear los subsiguientes diagramas de descomposición.
4.2.5. Crear la versión definitiva de árbol nodal del diagrama: versión texto y versión gráfica.
4.2.6. Escribir el texto aclaratorio que acompaña a los diagramas IDEFØ

4.2.1. Crear el diagrama de contexto (A-0)

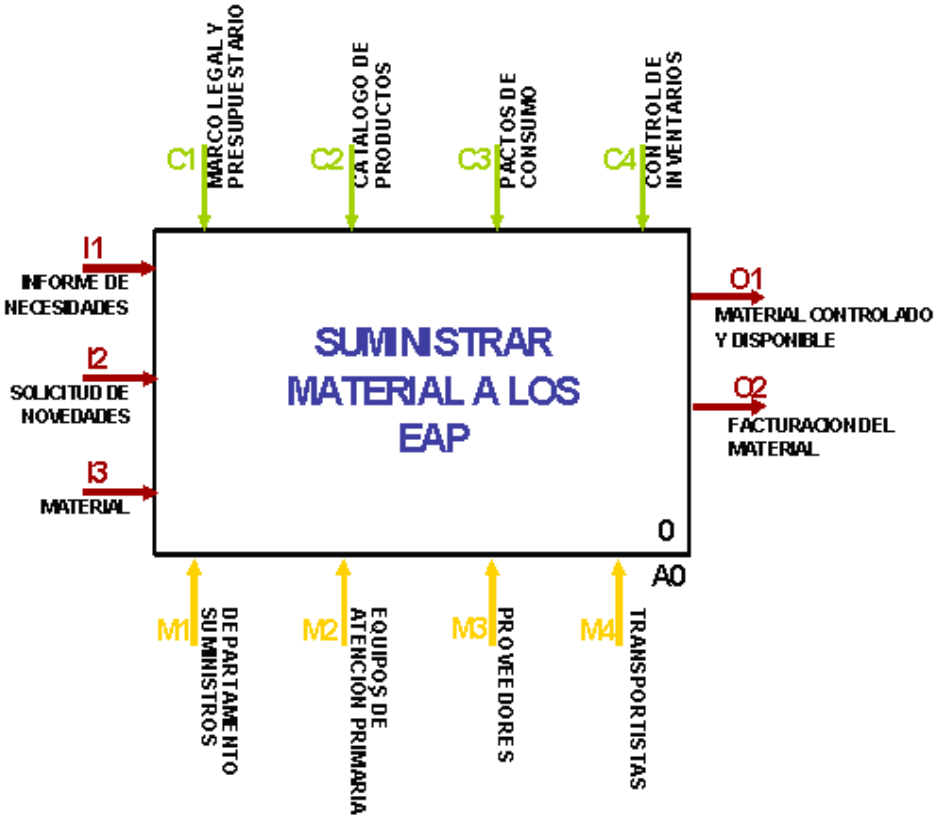
El diagrama A-0 es obligatorio en todo análisis IDEFØ. Tiene una sola caja en la que se expresa el contexto o proceso global que se va a analizar, y se acompaña igualmente de los inputs, outputs, controles y mecanismos generales. Con ello se definen claramente los límites (input y output), las implicaciones necesarias (mecanismos) y las políticas o circunstancias marco (controles) que intervienen y hay que tener en cuenta. El diagrama A-0 es el único de todo el set con una sola caja. El resto de diagramas que veremos a continuación ha de tener de tres (mínimo) a seis (máximo) cajas que representan subprocesos.

Para la creación de todos los gráficos IDEFØ existe un software específico desarrollado por KBSI y que se puede descargar en su versión demo en http://www.idef.com.

La siguiente figura contiene el diagrama A-0 para el proceso de suministrar material a los equipos de Atención Primaria. En él puede verse la definición del contexto funcional del proceso (dentro de la caja, en color azul), así como los inputs (a la izquierda de la caja, en color rojo) que se transforman en los outputs representados a la derecha de la caja también en color rojo, con los mecanismos generales que figuran bajo la caja en color amarillo, y teniendo en cuenta los controles situados en la parte superior en color verde.

Obsérvese que entre estos "controles" están el catálogo de productos disponibles y los pactos de consumo que se realizan con cada EAP. Ambos son cosas a tener en cuenta, así como el control de inventarios y el marco legal y presupuestario, en el despliegue de funciones que definiremos a partir de este diagrama de inicio. Obsérvese también que las flechas tienen la "etiqueta" explicativa, pero además un código (llamado "código ICOM" –Inputs, Control, Outputs, Mecanismos- en la jerga IDEFØ) que los identifica y que puede ser utilizado en lugar del texto explicativo ("etiqueta") en diagramas sucesivos.

Diagrama de contexto (A-0)



Tomado y adaptado con permiso de su autor: Julio López-Picazo Ferrer.

4.2.2. Realizar un borrador de árbol nodal del diagrama

El árbol nodal es un esquema ordenado de los diagramas que va a contener el set completo. En este momento tan temprano del desarrollo de proyecto no se va a pretender que este esquema sea el definitivo, pero sí que nos sirva para aventurar una primera visión de conjunto. Este esquema nos ayudará a la discusión y a decidir sobre los principales subprocesos que integran el proceso principal (resumido en el diagrama de contexto A-0) y por dónde seguir en la descomposición (disgregación o despliegue) de este.

El llamarle "borrador" no es ninguna cuestión de estilo literario, sino que define lo que en realidad es. Tanto este componente como todos los demás del set completo IDEFØ que vayamos construyendo están sujetos a modificación, en función de las discusiones a que deben someterse en el grupo o grupos de trabajo que participen en el proyecto.

La figura siguiente contiene un primer esquema básico del árbol nodal del proceso de suministro de material a los EAP's mostrando un primer nivel de desagregación de los subprocesos. Como veremos más adelante a medida que aumente el nivel de desagregación será posible ir ampliando el árbol nodal.

Borrador del árbol nodal del diagrama IDEFØ

A0. SUMINISTRAR MATERIAL A LOS EAP

A1. Conocer las necesidades

A2. Adquirir el material

A3. Recibir y catalogar el material

A4. Distribuir el material

A5. Consumir y controlar el material

4.2.3. Crear el diagrama de actividades de más alto nivel (A0)

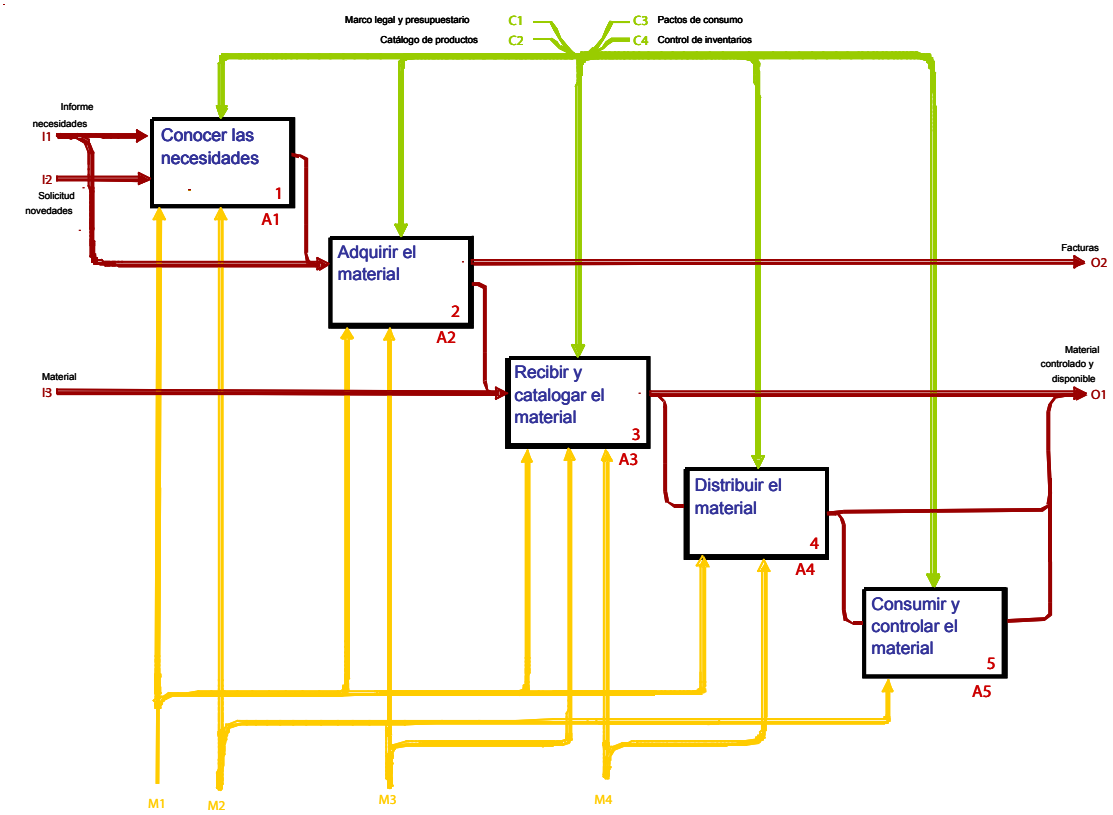
Este diagrama es "hijo" del A-0. En él se especifican los subprocesos que se integran en el proceso principal (descritos en el borrador de árbol nodal) y todas sus interrelaciones, a modo de arquitectura global de lo que vamos a definir. Para este y el resto de diagramas que se realicen hay que tener en cuenta todas las normas del lenguaje IDEFØ.

La figura siguiente contiene el diagrama A0 que corresponde a la continuación del ejemplo sobre el suministro de material a los EAP's. Obsérvese cómo todas las cajas se acompañan de un código en su base (código DRE), significando que todas ellas van a ser detalladas en otros diagramas sucesivos. Obsérvese también como los outputs de algunas funciones son inputs de otras, y como otros se suman para conseguir los outputs generales especificados en el diagrama A-0.

El diagrama contiene cinco cajas, aunque el máximo permitido para un diagrama es de seis cajas. Sí hubiésemos considerado más procesos (más de seis cajas), tendríamos que haber hecho un esfuerzo de síntesis para reducirlo a seis, aunque luego tuviésemos que añadir algún nivel más de desagregación.

El lenguaje IDEFØ limita el número de cajas (procesos) representados en cada diagrama, pero no el número de niveles de desagregación que puedan hacer falta para definir correctamente el proceso objeto de análisis. Obsérvese también que los controles y mecanismos son los mismos que aparecen en el diagrama de contexto A-0.

Diagrama A0 - Suministrar material a los EAP



Tomado y adaptado con permiso de su autor: Julio López-Picazo Ferrer.

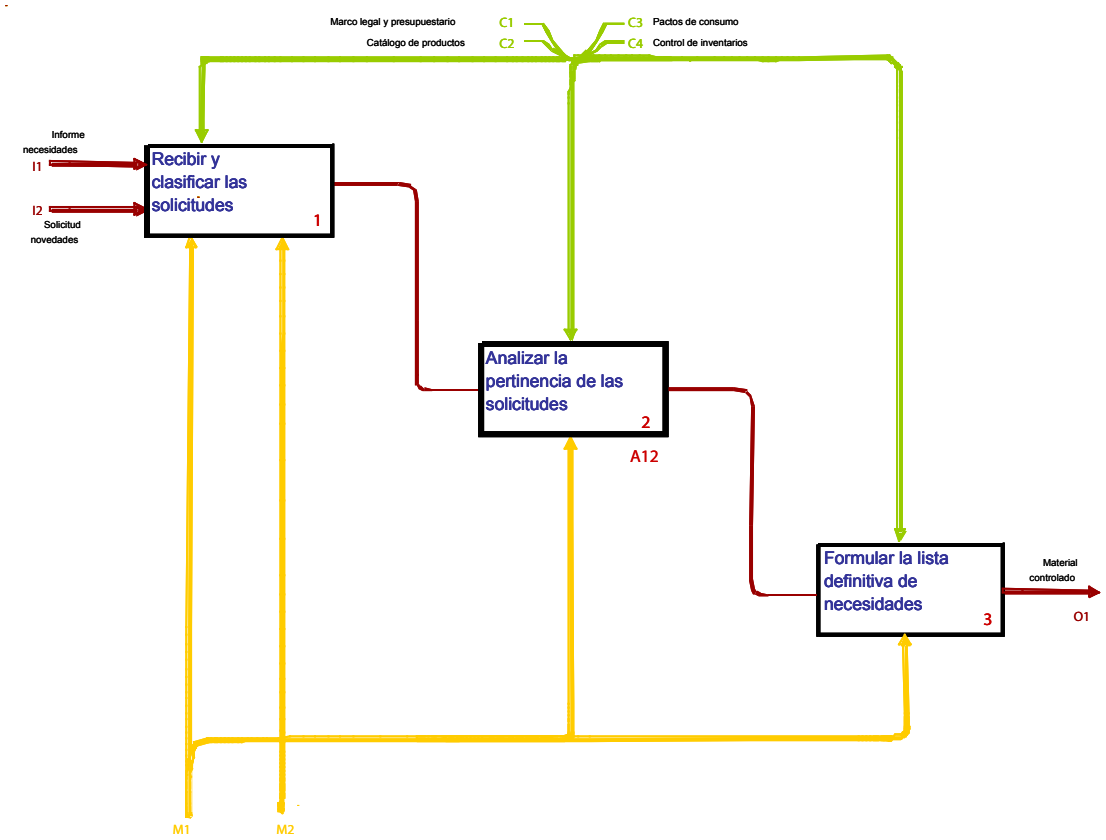
4.2.4. Crear los subsiguientes diagramas de descomposición

Siguiendo lo establecido en el árbol nodal, y lo que se va indicando en los códigos DRE de las cajas que contienen los diagramas sucesivos, vamos a ir especificando detalles sucesivos de subprocesos, las relaciones entre ellos y la forma en que contribuyen a lograr los outputs establecidos en el diagrama de contexto A-0. Siempre de una forma dinámica, es decir, la discusión de niveles de especificación mayores puede hacernos reflexionar e introducir cambios en diagramas de un nivel más alto, y viceversa.

Como ilustración, vamos a seguir con nuestro ejemplo, desagregando (descomponiendo en el lenguaje estándar IDEFØ) la función A1: "Conocer las necesidades de material". La desagregación de este diagrama en los subprocesos que lo integran está detallada en la figura siguiente.

En ella se explicita que, atendiendo a lo que sabemos sobre este proceso, van a ser tres las actividades a realizar para cumplir con la función general "conocer las necesidades de material" en el contexto del suministro de material a los EAP's. Obsérvese que los inputs, controles, mecanismos y outputs generales están descritos por su código, establecido en el diagrama A-0.

Diagrama A1 - Conocer las necesidades



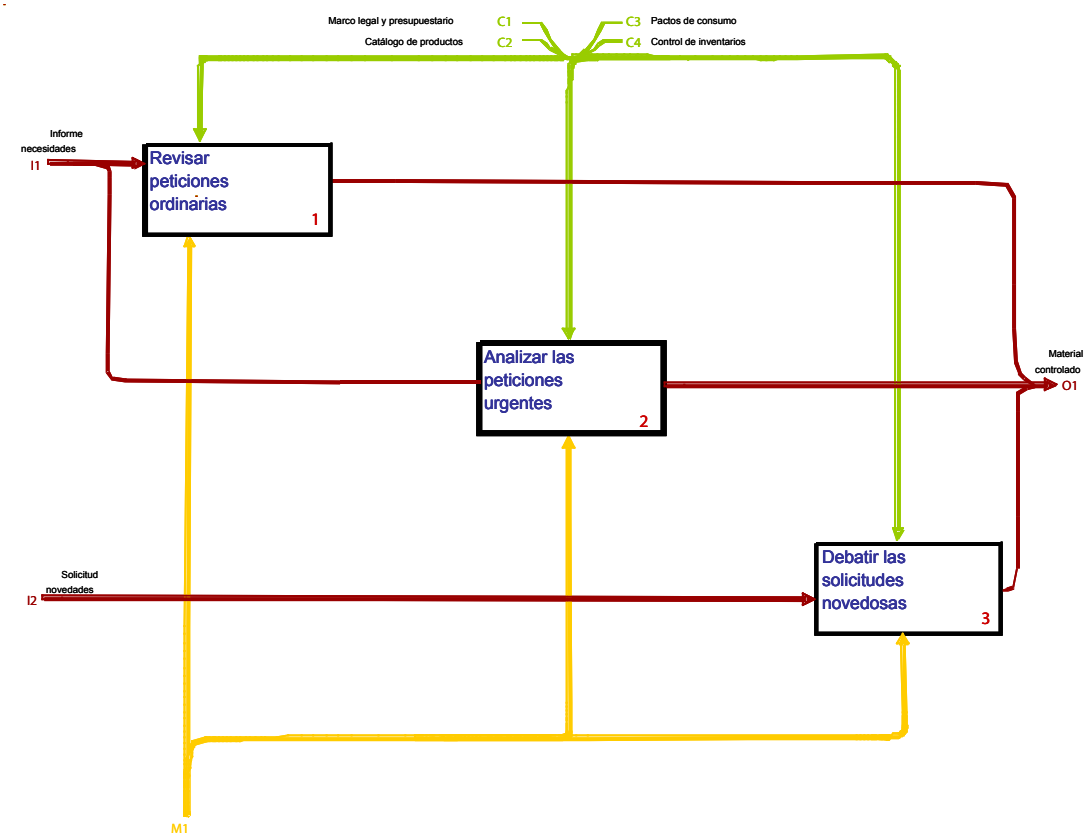
Tomado y adaptado con permiso de su autor: Julio López-Picazo Ferrer.

Igual que hemos hecho con el diagrama A1, hay que proceder con los A2, A3, A4 y A5, puesto que en el diagrama A0 se indica, con el correspondiente código DRE, que todos ellos van a ser detallados en sendos diagramas "hijos".

Para continuar con nuestro ejemplo, elegimos ahora, para ilustrar un siguiente nivel de desagregación, el diagrama A12; es decir el subproceso "analizar la pertinencia de las solicitudes". El diagrama que contiene la propuesta de desagregación puede verse en la figura siguiente. En él se muestra que consideramos necesarias tres tipos de acciones, todas ellas sobre el mismo input y con la intervención como mecanismo de uno de los cuatro señalados en el diagrama A-0 (departamento de suministros, EAP's, proveedores y transporte).

La no existencia de códigos DRE en la base de las tres cajas indica que no vamos a detallarlos más. Esto quiere decir que consideramos que están suficientemente detallados como modelo IDEFØ, y que por tanto, si fuese necesario, deberemos utilizar otras herramientas (por ejemplo, flujograma) que especifiquen cómo se realizarán los procedimientos; aspecto preferiblemente a definir por los que van a ser responsables de su ejecución.

Diagrama A12 - Analizar la pertinencia de solicitudes



Tomado y adaptado con permiso de su autor: Julio López-Picazo Ferrer.

4.2.5. Crear la versión definitiva de árbol nodal del diagrama: versión texto y versión gráfica

Una vez construidos todos los diagramas de desagregación es posible completar el borrador de árbol nodal elaborado al comienzo.

En esta versión definitiva se incluirán todos los subprocesos descritos en los diagramas de descomposición. El árbol nodal se puede presentar en formato texto, más parecido a un índice (así es como debe presentarse en la versión final del set completo), o en formato gráfico.

Árbol nodal del diagrama IDEFØ. Versión texto.

A0. SUMINISTRAR MATERIAL A LOS EAP

A1. Conocer las necesidades

A11. Recibir y clasificar las solicitudes
A12. Analizar la pertinencia de las solicitudes
A121. Revisar las peticiones ordinarias
A122. Analizar las peticiones urgentes
A123. Debatir las solicitudes novedosas
A13. Formular la lista definitiva de necesidades

A2. Adquirir el material

A21. Comprobar el estocaje disponible
A22. Aprobar las compras
A23. Licitar los concursos necesarios
A24. Formular peticiones a los proveedores

A3. Recibir y catalogar el material

A31. Controlar los albaranes recibidos
A32. Catalogar las existencias
A33. Depositar las existencias en el almacén
A34. Mantener el estocaje mínimo

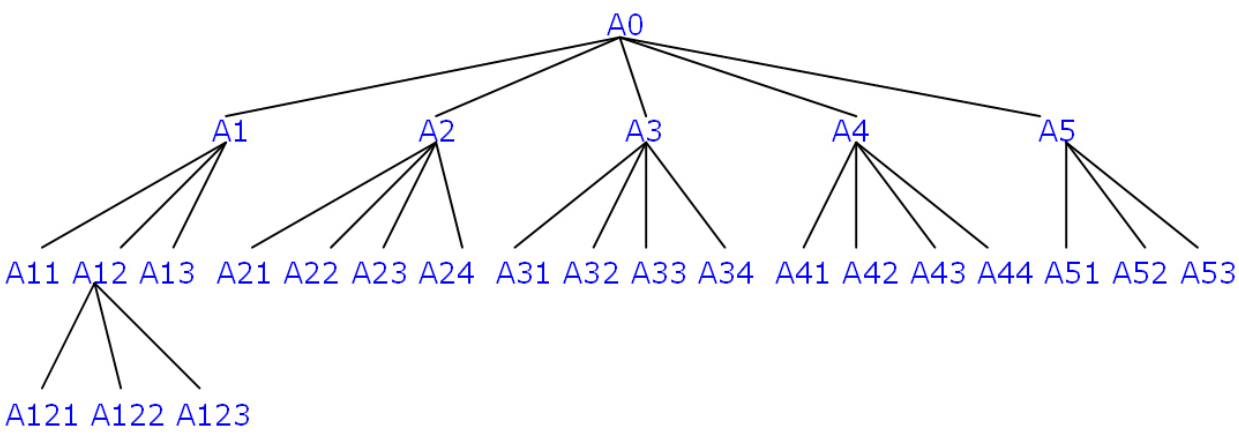
A4. Distribuir el material

A41. Organizar los pedidos de material solicitados
A42. Disponer los medios de transporte necesarios
A43. Desplazar el pedido a los centros solicitantes
A44. Recibir y almacenar el material en los centros

A5. Consumir y controlar el material

A51. Registrar el material utilizado
A52. Controlar el inventario
A53. Informar de necesidades

Árbol nodal del diagrama IDEFØ. Versión gráfica.



4.2.6. Escribir el texto aclaratorio que acompaña a los diagramas IDEFØ

Generalmente los diagramas deben ser altamente autoexplicativos. Sin embargo, está previsto en la metodología IDEFØ poder acompañar los diagramas de un texto breve y conciso que complementa o aclara lo representado en el diagrama.

Así por ejemplo aunque se puede considerar al diagrama de contexto A-0 como la descripción de la misión y sus inputs y outputs como los límites del proceso, conviene explicitar todos estos aspectos en formato texto para garantizar la completa comprensión del proceso.

De igual forma aunque el árbol nodal es la descripción de las actividades que conforman nuestro proceso, es recomendable explicar brevemente estas en un documento aparte que complementa a los diagramas. Este documento es lo que se denomina "ficha de procesos" y con ello tendremos el modelo completo y listo para revisión. Sin embargo la consecución del modelo no es el paso final sino la base para la implementación.

EN RESUMEN

En la figura siguiente se representan los diferentes pasos explicados hasta el momento para desarrollar diagramas IDEFØ. Así a partir del diagrama de contexto A-0 que representa de manera genérica los inputs, outputs, controles y mecanismos implicados en el proceso "suministrar material a los EAP", se realiza el diagrama de más alto nivel (A0) que supone el nivel jerárquico más elevado del proceso representado.

En la figura siguiente, en este diagrama se representan 5 subprocesos que están numerados en las cajas 1 a 5. A partir de aquí se irán construyendo los siguientes diagramas de desagregación que tendrán un nivel de detalle cada vez mayor. En la figura, a partir del diagrama A0 se representa el diagrama A1 que desarrolla el subproceso "conocer las necesidades" y a su vez a partir de este el diagrama A12 que expone con mayor detalle el subproceso "analizar la pertinencia de las solicitudes".

Esta dinámica se debe repetir hasta alcanzar el nivel de detalle deseado desarrollando todos los procesos que sea necesario en subsiguientes diagramas de desagregación. Al final se obtiene un set de diagramas que contienen todos los subprocesos en que se descompone el proceso representado. El inicio y final de estos diagramas es la redacción del árbol nodal ya que en definitiva los diagramas llevan a nivel gráfico aquello que está redactado en el árbol nodal.

DIAGRAMA DE CONTEXTO A-0

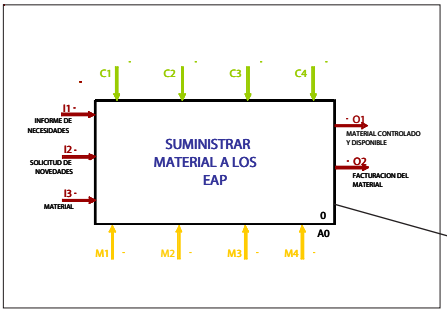


DIAGRAMA A0

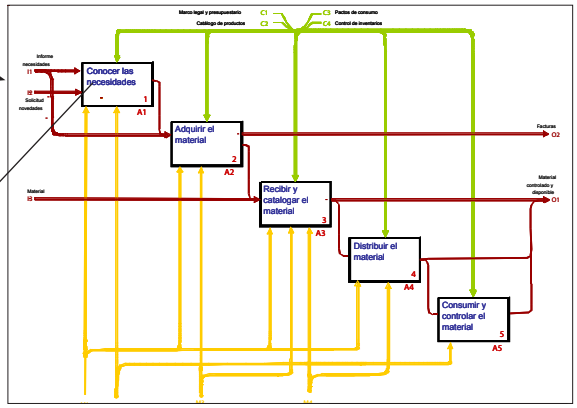


DIAGRAMA A1

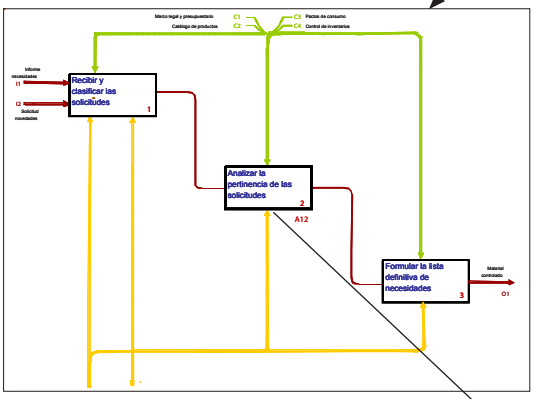
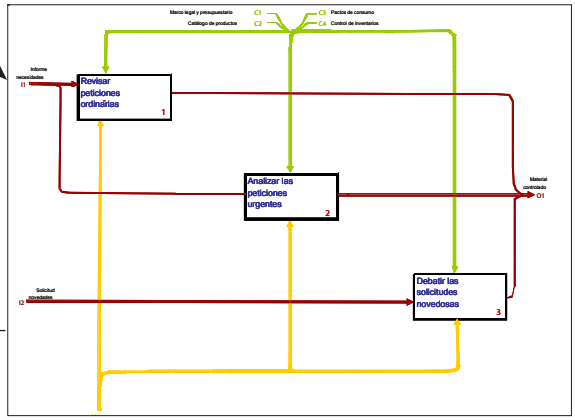


DIAGRAMA A12



Completar con

- Árbol nodal
- Texto aclaratorio

4.3. FICHA DE PROCESOS

La cumplimentación de la ficha de procesos y la explicitación de todos los conceptos relevantes del proceso es una tarea necesaria para completar la representación gráfica realizada, ya sea mediante un mapa de procesos o utilizando la metodología IDEF.

Para realizar esta labor se puede utilizar la ficha siguiente:

1. NOMBRE DEL PROCESO				
2. PROPIETARIO		3. FECHA REVISIÓN		
5. LIMITE INICIAL				
6. LIMITE FINAL				
7. ELEMENTOS DEL ENTORNO DIRECTAMENTE AFECTADOS				
CLIENTE	PERSONAS	PROVEEDORES	SOCIEDAD	SISTEMA SANITARIO
8. RELACIONES CLIENTE PRIORITARIAS				
CLIENTE	NECESIDADES	SALIDAS		
9. RELACIONES PROVEEDORES PRIORITARIA				
PROVEEDOR	ENTRADA	REQUISITOS		
10. PRINCIPALES INDICADORES				
11. PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA Y DIAGRAMA				
, ,				
VALIDADO POR		FECHA VALIDACIÓN		

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

1. NOMBRE DEL PROCESO: asignar un nombre al proceso que lo identifique de manera unívoca y lo distinga del resto de procesos, por ejemplo "plan de gestión", "citación para consultas" o "cirugía mayor ambulatoria".

2. PROPIETARIO: el/los propietario/s del proceso es el responsable de su descripción, implementación y evaluación siendo su papel principal la mejora continua del mismo. Entre sus funciones figuran las siguientes:

- Asumir la misión, los objetivos y la responsabilidad del proceso, asegurando su efectividad y eficiencia de forma estable.
- Describir las características del proceso.
- Implantar y seguir la ejecución del proceso.
- Mantener la interrelación con los demás procesos.
- Asegurar que el proceso esté documentado y la información distribuida (profesionales y dirección).
- Gestionar los resultados del proceso para mejorarlo continuamente, aportando el máximo valor añadido en la consecución de la eficiencia y satisfacción del cliente.
- Priorizar, proponer e implantar las acciones de mejora.

3. FECHA REVISIÓN: fecha en la que se ha elaborado o revisado, según el caso, el proceso. Es también deseable dejar por escrito la fecha prevista para la próxima revisión.

4. MISIÓN: explicitar en una frase o párrafo qué tiene que hacer el proceso, es decir, la razón fundamental del mismo. La misión define el alcance del proceso y es la base para la obtención de indicadores. Fundamentalmente responde a las preguntas qué hace el proceso, para qué lo hace y para quién. Para definir la misión puede ser útil responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es la razón fundamental del proceso?
- ¿Qué se tiene que conseguir al realizar el proceso?
- ¿Qué valor añadido aporta ? (pensar en el cliente)
- Características esenciales: ¿qué?, ¿para qué? y ¿para quién?
- Relaciones clave con otros procesos importantes: ¿qué aporta el proceso a otros procesos y cómo debe aportarlo?
- ¿Qué atributos afectan de forma importante a valores o estrategias de la organización

Se recogen a continuación dos ejemplos de misión, el primero del proceso Cirugía Mayor Ambulatoria de la Fundación Hospital de Cieza y el segundo del proceso Plan de Gestión elaborado conjuntamente por la Gerencia de Atención Primaria de Cartagena y el Hospital Los Arcos.

Ejemplos de misión

NOMBRE DEL PROCESO
Cirugía mayor ambulatoria
MISIÓN
" Prestar una asistencia integral, cuidados perioperatorios y tratamiento quirúrgico, adecuada a la patología de nuestros pacientes ambulatorios con la máxima profesionalidad, respeto y eficacia para satisfacer sus expectativas y mejorar su salud."

Tomado de: Fundación Hospital de Cieza.

NOMBRE DEL PROCESO
Plan de gestión
MISIÓN
Qué: Identificar, ordenar y coordinar los objetivos anuales de los procesos y áreas del Hospital estableciendo los planes de acción necesarios para alcanzarlos, de forma participativa. Para qué: Alcanzar los objetivos estratégicos y los pactos alcanzados por el Hospital en el Contrato Programa. Para quién: Todos los responsables del Hospital (Equipo Directivo, Gestores de Procesos, Responsables de Áreas Unidades, Servicios...).

Tomado de: Gerencia de Atención Primaria de Cartagena y Hospital Los Arcos.

5. y 6. LÍMITE INICIAL Y LÍMITE FINAL: definen donde comienza y donde acaba el proceso. El límite inicial son todas las entradas o actividades que ponen en marcha el proceso. El límite final son todas las salidas o actividades que dan por concluido del proceso. Es importante explicitar claramente estos límites porque definen el alcance del proceso y delimitan la responsabilidad sobre el mismo.

7. ELEMENTOS DEL ENTORNO DIRECTAMENTE AFECTADOS: describir brevemente los clientes, personas, proveedores y elementos de la sociedad y del sistema sanitario que pueden verse directamente afectados por el proceso.

8. RELACIONES CLIENTE PRIORITARIAS: Cliente, necesidades, salidas.

Identificar a los clientes y sus necesidades para poder definir las salidas del proceso en función de estas. Deben conocerse perfectamente las necesidades de los clientes para cumplir la misión y los objetivos del proceso.

Explicitar estos tres aspectos será la base para el establecimiento posterior de los indicadores. Las etapas a seguir son las siguientes:

- Identificar los destinatarios de las salidas del proceso: ¿quiénes reciben o son usuarios (internos y/o externos) de los productos o servicios que se obtienen en el proceso? No hay que olvidar que los clientes pueden ser personas u otros procesos.
- Determinar las necesidades y/o expectativas de los clientes:
  - Internos: contacto directo, mayor accesibilidad
  - Externos: encuestas/grupos focales/investigación
- Identificar las salidas: son las responsables de la satisfacción de los clientes.

Relaciones clientes prioritarias

CLIENTE	NECESIDADES	SALIDAS
EQUIPO DIRECTIVO	• Capacidad de cumplimiento de planes estratégicos. • Capacidad de cumplimiento de Contrato Programa. • Capacidad de cumplimiento del presupuesto básico. • Todos los responsables gestionen sus áreas de responsabilidad con objetivos comunes de empresa. • Mejora de comunicación entre los responsables del hospital • Compromiso de los responsables con planes y objetivos. • Compromiso del personal con planes y objetivos. • Facilidad de los planes y objetivos para su seguimiento y supervisión	Plan de Gestión Anual Cuadrante objetivos de procesos
RESPONSABLES	• Información / Directrices claras y completas para direccional su actuación y gestión correctamente. • Factibilidad de cumplimientos de planes y objetivos. • Útil resolver los problemas de eficacia / eficiencia relevantes del área de responsabilidad. • Se tengan en cuenta sus ideas / opiniones. • Se respete su autonomí a de gestión. • Compromiso de otros responsables implicados en la gestión de sus áreas de responsabilidad. • Compromiso del personal implicado en los objetivos. • Facilidad de seguimiento en su área.	Plan de Gestión Anual Sistemática de pacto de objetivos Comunicación del Plan Ficha de objetivos de proceso/unidad
PERSONAL	• Factibilidad cumplimiento de objetivos. • Directrices claras para su actuación. • Se tengan en cuenta sus ideas. • Útil resolver los problemas de su área de trabajo. • Compromiso del resto de personal implicado en los objetivos	Plan de Gestión Anual Sistemática de Pacto de Objetivos Comunicación del Plan
SISTEMA SANITARIO	• Capacidad de cumplimiento del Contrato Programa. • Alineamiento con políticas y directrices de la Red.	Plan de Gestión Anual Comunicación del Plan

Tomado y adaptado con permiso de su autor : óscar Moracho del Río

9. RELACIONES PROVEEDORES PRIORITARIAS: proveedor, entrada, requisitos

Identificar los proveedores y sus requisitos para poder definir las entradas del proceso. El cumplimiento de los requisitos asegura las condiciones iniciales del proceso.

Sobre cada entrada es necesario identificar los requisitos necesarios para su utilización en el proceso. Para ello es necesario establecer una negociación (interna o externa según el caso) para alcanzar dichos requisitos o crear las actividades necesarias para asegurarlos en el caso de que el proveedor no los pueda llevar a cabo.

Relaciones proveedores prioritarias

PROVEEDOR	ENTRADA	REQUISITOS
PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA	Plan Estratégico	• Comprensible, ordenado, claro. • Fiable, completo, coordinado y según estructura estratégica del Hospital.
	Estructura Estratégica	• Que ligue adecuadamente los objetivos y factores clave de éxito con los procesos del Hospital.
CONTRATO PROGRAMA	Contrato Programa	• Factible y coordinado. • Claro y comprensible.
CONTROL PRESUPUESTARIO	Presupuesto	• Claro y completo. • Fiable. • Con probabilidades establecidas a las partidas de inversión.
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Información de situación	• Completa y fiable (abarcando todos los procesos / sistemas del Hospital). • Clara, comprensible y manejable.
ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	Estructura Organizativa	• Funciones y responsabilidades claramente establecidas.

Tomado y adaptado con permiso de su autor: Óscar Moracho del Río.

10. PRINCIPALES INDICADORES: definir los indicadores que se van a utilizar para medir si se alcanza la misión. Puesto que van a servir para medir la consecución de los objetivos del proceso, deben ser cuidadosamente elegidos y ser los mínimos necesarios para proporcionar el máximo de información. Para asegurar la completa descripción de los indicadores es necesario definir todos los ítems que aparecen en la "ficha para descripción de indicadores" que aparece en el punto 5 de este documento.

Principales indicadores

• % de objetivos del plan alcanzados. • % de acciones del plan cumplidas. • Grado de cumplimiento del Contrato Programa.	• Índice Satisfacción Empleados con planes y objetivos (Responsable / Personal). • Índice Satisfacción Empleados con comunicación Planes y Objetivos.
PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA	
• Elaboración de Planes de Gestión.	
VALIDADO POR	FECHA VALIDACIÓN
• Gerente	• 2004

Tomado y adaptado con permiso de su autor: Óscar Moracho del Río.

11. y 12. PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA Y DIAGRAMA: explicitar los procedimientos directamente relacionados con el proceso y en caso necesario los diagramas con que han sido representados. Esta información debe completarse con la fecha en que estos procedimientos han sido validados (fecha de última revisión) y el responsable de la validación.

4.4. LA DESCRIPCIÓN DE INDICADORES

El enfoque basado en procesos de los sistemas de gestión pone de manifiesto la importancia de llevar a cabo un seguimiento y medición de los procesos con el fin de conocer los resultados que se están obteniendo y si estos resultados cubren los objetivos previstos. No se puede considerar que un sistema de gestión tiene un enfoque basado en procesos si, aún disponiendo de un "buen mapa de procesos" y unos "diagramas y fichas de procesos coherentes", el sistema no se preocupa por conocer sus resultados.

El seguimiento y la medición constituyen, por tanto, la base para saber que se está obteniendo, en que extensión se cumplen los resultados deseados y por donde se deben orientar las mejoras. En este sentido, los indicadores permiten establecer, en el marco de un proceso (o de un conjunto de procesos), qué es necesario medir para conocer la capacidad y la eficacia del mismo, todo ello alineado con su misión u objeto.

Un indicador es un soporte de información (habitualmente expresión numérica) que representa una magnitud, de manera que a través del análisis del mismo se permite la toma de decisiones sobre los parámetros de actuación asociados.

Los indicadores constituyen un instrumento que permite recoger de manera adecuada y representativa la información relevante respecto a la ejecución y los resultados de uno o varios procesos, de forma que se pueda determinar la capacidad y eficacia de los mismos, así como la eficiencia. En función de los valores que adopte un indicador y de la evolución de los mismos a lo largo del tiempo, la organización podrá estar en condiciones de actuar o no sobre el proceso (en concreto sobre las variables de control que permitan cambiar el comportamiento del proceso), según convenga.

De todo esto se deduce la importancia de identificar, seleccionar y formular adecuadamente los indicadores que luego van a servir para evaluar el proceso y ejercer el control sobre los mismos. Para que un indicador se pueda considerar adecuado debería describirse de una manera adecuada. Por ello siempre que sea necesario utilizar un indicador en cualquier nivel de arquitectura del sistema, se describirá siguiendo la siguiente ficha técnica:

FICHA TÉCNICA PARA LA ELABORACION/SELECCIÓN DE INDICADORES	
Nombre del indicador	
Fecha de elaboración	
Código del indicador	
Estado actual de uso	
Dimensión	
Justificación	
Nivel de gestión donde se recomienda su utilización	
Fórmula	
Definición de términos	
Población a la que se aplica	
Tipo	
Fuente de datos	
Estándar	
Evidencia científica para su utilización	
Factores subyacentes (validez, factores de confusión)	
Periodicidad	
Responsable	
Fecha revisión	
Bibliografía	

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- Código del indicador: código asignado al indicador y que permite identificarlo claramente así como diferenciarlo de otros indicadores similares.

- Estado actual de uso: relación de organizaciones sanitarias que han utilizado el indicador en los últimos 3 años

- Dimensión: aspecto relevante de la asistencia que se valora (accesibilidad, calidad científico-técnica o satisfacción).

- Justificación: utilidad del indicador como medida de calidad.

- Nivel de gestión donde se recomienda su utilización: indicar el nivel o niveles en el que se recomienda su medición (servicios centrales, gerencia o centro).

- Fórmula: expresión matemática.

- Definición de términos: equivale a las aclaraciones que veíamos para la construcción de criterios. Se trata de favorecer la fiabilidad del indicador explicando sin ambigüedades lo que quiere decir cada uno de los términos que se emplean en su descripción.

- Población a la que se aplica: se refiere a la descripción clara y pormenorizada del universo y de la unidad de estudio en la que se va a medir el indicador. La muestra de unidades de estudio va a ser el denominador de los indicadores tipo tasa, proporción y media.

- Tipo: indicadores de estructura, proceso o resultado.

- Fuente de datos: define cuál será el origen de la información y la secuencia de obtención de datos necesarios para poder cuantificar el indicador.

- Estándar: nivel deseable de cumplimiento del indicador.

- Evidencia científica para su utilización: grado de evidencia en el que se sustenta el uso del indicador.

- Factores subyacentes: reflexiones acerca de la validez del indicador o posibles factores de confusión (comentar separadamente según estén relacionados con los pacientes, institución o calidad de los datos necesarios para la medición).

- Periodicidad: periodicidad con la que debe medirse el indicador (mensual, trimestral, anual, etc.)

- Responsable: persona responsable de su medición.

- Fecha de revisión: fecha en la que debe revisarse todo el indicador, incluyendo su estado de uso y la evidencia científica para su utilización.

- Bibliografía: identificación de las fuentes bibliográficas relevantes en relación con el uso indicador, incluyendo aquellas relacionadas con el nivel de evidencia científica del mismo.

Aunque la definición de todos estos términos es esencial para garantizar una correcta comprensión de los indicadores a utilizar en el seguimiento de los procesos, existen algunos tipos de indicadores (por ejemplo en indicadores no asistenciales) en los que puede estar justificado utilizar un formato reducido de ficha de descripción. En estos casos los términos mínimos que deben definirse para describir el indicador son:

FICHA TÉCNICA PARA LA ELABORACION/SELECCIÓN DE INDICADORES Formato reducido	
Nombre del indicador	
Fecha de elaboración	
Código del indicador	
Justificación	
Fórmula	
Definición de términos	
Fuente de datos	
Periodicidad	
Responsable	
Fecha revisión	

4.5. ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Cuando un proceso no alcanza sus objetivos (medidos mediante indicadores), la organización deberá establecer las correcciones y acciones correctivas para asegurar que las salidas del proceso sean conformes, lo que implica actuar sobre las variables de control para que el proceso alcance los resultados planificados.

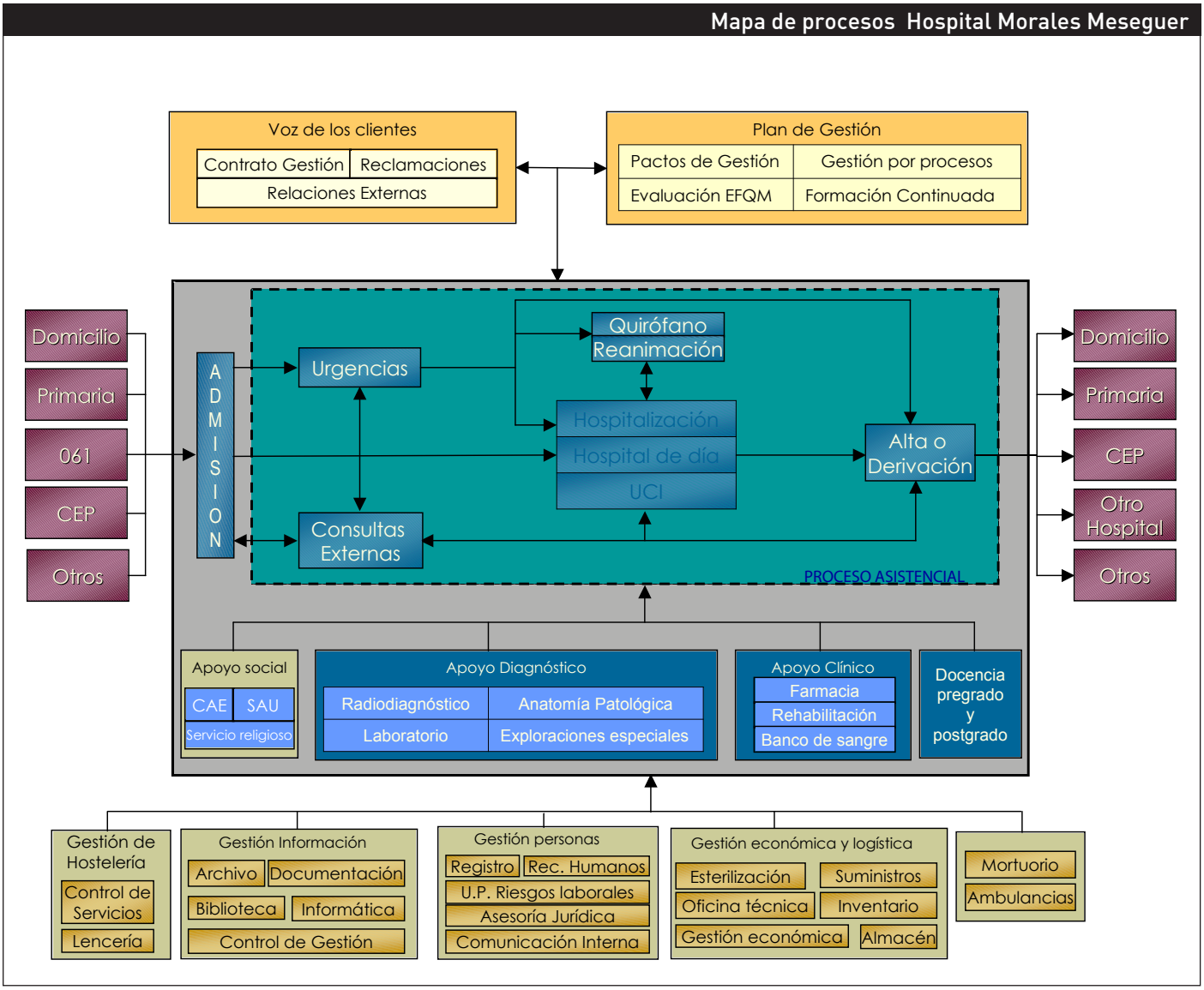
También puede ocurrir que, aún cuando un proceso esté alcanzando los resultados planificados, la organización identifique una oportunidad de mejora en dicho proceso por su importancia, relevancia o impacto en la mejora global de la organización.

Para ejercer un control sobre los procesos, la información recabada por los indicadores debe permitir el análisis del proceso y la toma de decisiones que repercutan en una mejora del comportamiento del proceso. Según la norma ISO 9001-2000 "la organización debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento, y cuando sea aplicable, la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad. Estos métodos deben demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados. Cuando no se alcancen los resultados planificados, deben llevarse a cabo correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente, para asegurarse de la conformidad del producto". En este sentido las actividades de gestión de la calidad, ampliamente divulgadas a través de la formación impartida por el Programa EMCA de Gestión de la Calidad de la Región de Murcia, son una herramienta clave para el seguimiento y mejora de los procesos.

EJEMPLOS PRÁCTICOS

5. EJEMPLOS PRÁCTICOS

5.1. EJEMPLO DE MAPA DE PROCESOS



Tomado con permiso de su autor: Hospital Morales Meseguer

5.2. EJEMPLO DE APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA IDEF: IDEFØ

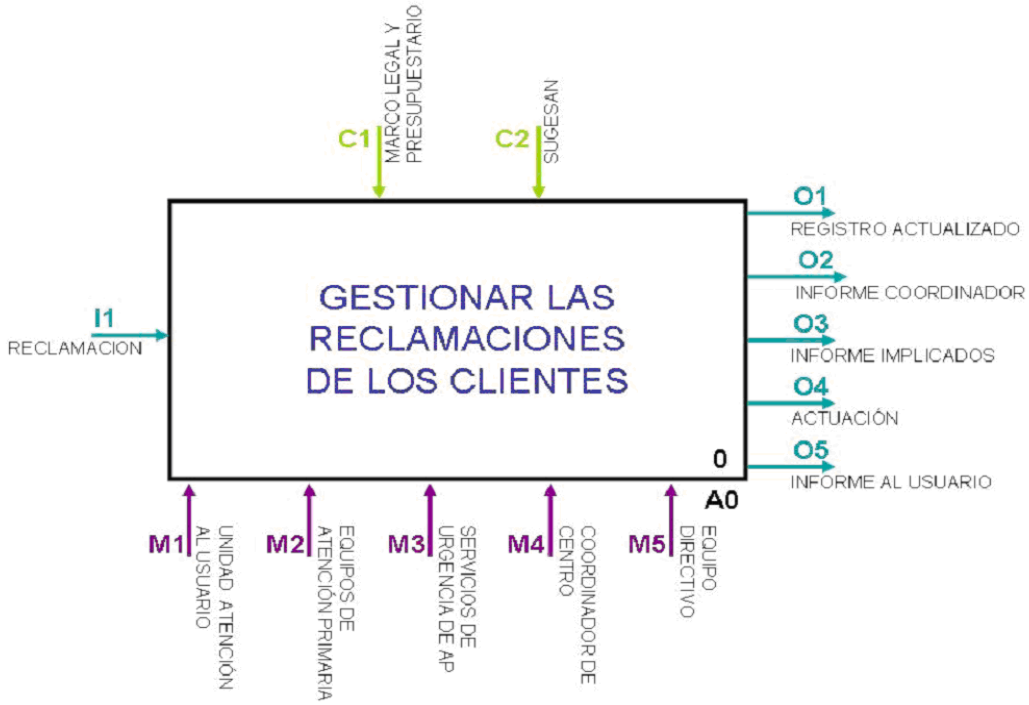
El siguiente ejemplo ha sido tomado con permiso de su autor, Julio López-Picazo Ferrer y representa el proceso "gestionar las reclamaciones de los clientes" desarrollado por la Gerencia de Atención Primaria de Murcia.

Árbol nodal

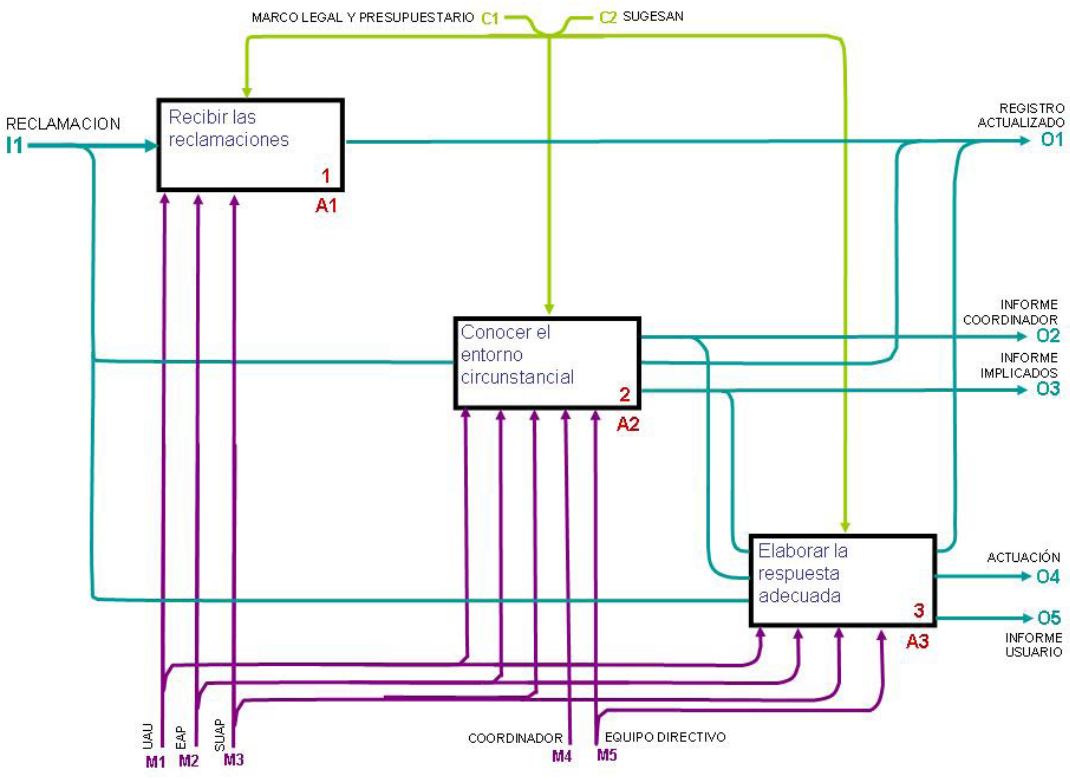
A0. GESTIONAR LAS RECLAMACIONES DE LOS CLIENTES

- **A1. Recibir las reclamaciones**
  - A11. Atender a los reclamantes en el centro
  - A12. Ofrecer el formulario vigente
  - A13. Informar de los mecanismos de respuesta
  - A14. Dar a conocer a la UAU
  - A15. Registrar los eventos
- **A2. Conocer el entorno circunstancial**
  - A21. Informar al coordinador del centro
  - A22. Recabar información de los implicados
  - A23. Presentar expediente al equipo directivo
- **A3. Elaborar la respuesta adecuada**
  - A31. Decidir la actuación más eficiente
  - A32. Comunicar a personas implicadas
  - A33. Realizar la actuación
  - A34. Informar al cliente
  - A35. Registrar la respuesta

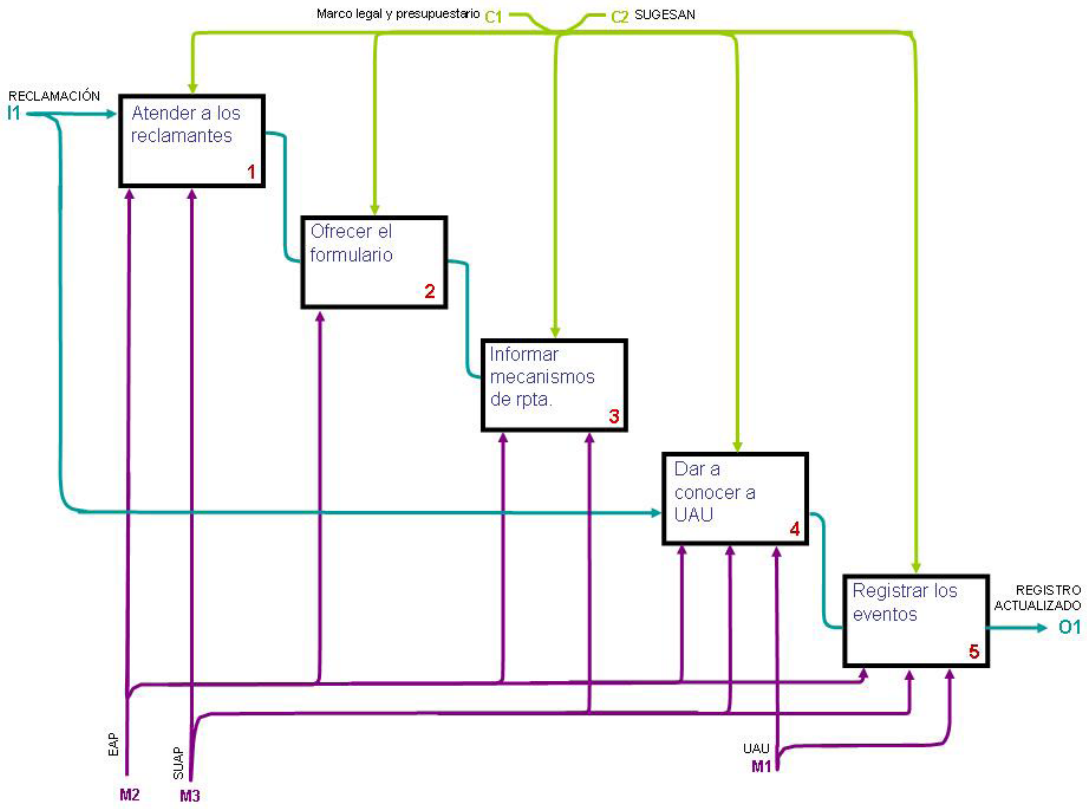
Reclamaciones GAPMU - A-0



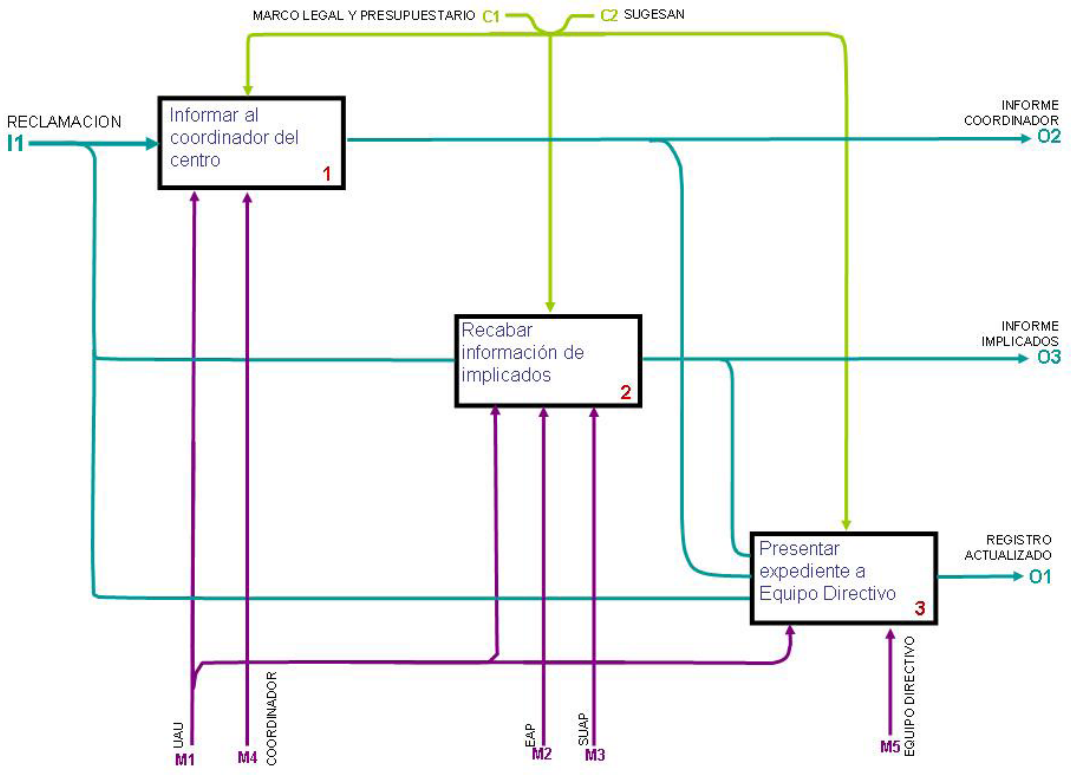
A0 - Gestionar las reclamaciones de los clientes



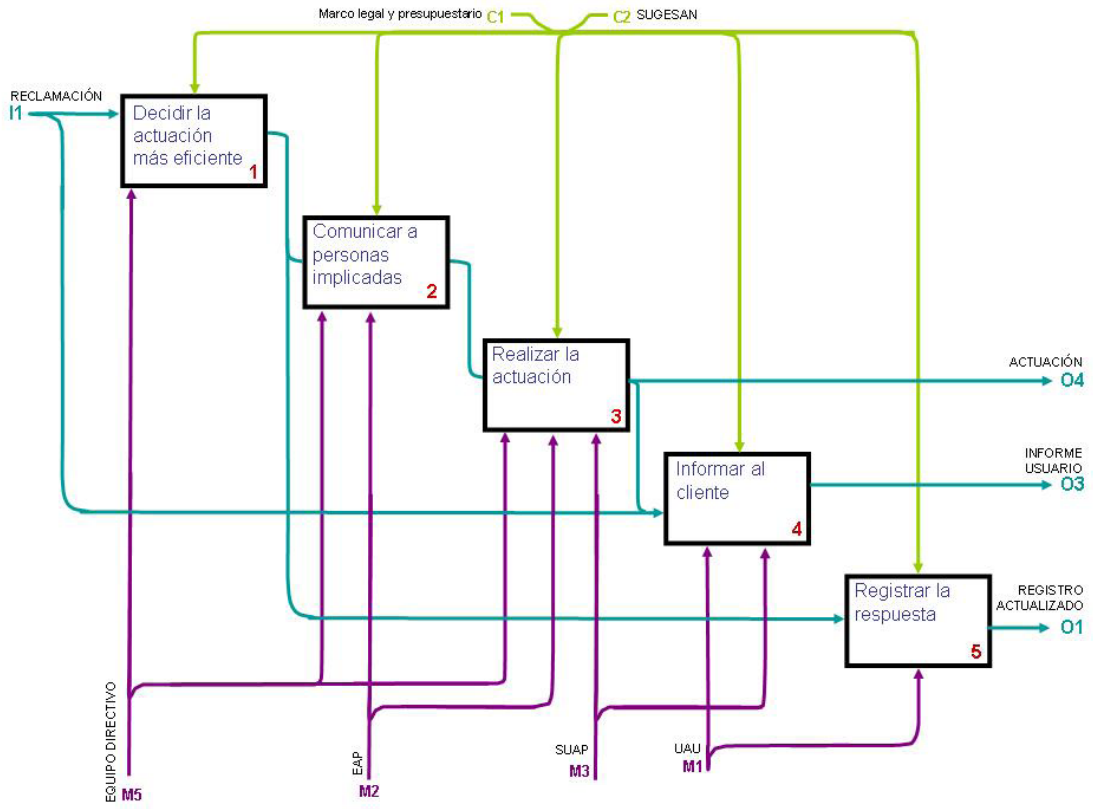
A1- Recibir las reclamaciones



A2 -Conocer el entrono circunstancial



A3 - Elaborar la respuesta adecuada



5.3. EJEMPLO DE FICHA DE PROCESOS

El siguiente ejemplo de ficha de procesos está tomado del proceso "plan de gestión" desarrollado conjuntamente por la Gerencia de Atención Primaria de Cartagena y el Hospital Los Arcos.

1.NOMBRE DEL PROCESO				
Plan de gestión				
2.PROPIETARIO		3. FECHA REVISIÓN		
Gerente de GAPCT y Gerente HLA		Junio 2006. Se revisará anualmente tras el cierre del año en curso		
4. MISIÓN				
Identificar, ordenar y coordinar los objetivos anuales de ambas gerencias, para gestionar (información, recursos) y alcanzar los objetivos estratégicos comunes y los propios de cada una de ellas. Va dirigido a los profesionales del HLA y de la GAP de Cartagena: los propios equipos directivos, responsables de los distintos procesos, responsables de áreas y servicios, supervisores, etc.				
5. LIMITE INICIAL	Definición de los objetivos estratégicos y decision de elaborar un plan de gestión conjunto, como mejor método para su consecución			
6. LIMITE FINAL	Elaboración y comunicación del plan			
7. ELEMENTOS DEL ENTORNO DIRECTAMENTE AFECTADOS				
CLIENTE	PERSONAS	PROVEEDORES	SOCIEDAD	SISTEMA SANITARIO
Equipo directivo, responsables de proceso, jefes de informac, personal, responsables sanitarios	Recursos humanos de las gerencias.	Planificación estratégica, contrato de gestión, gestión presupuestaria, gestión de la información.		

8. RELACIONES CLIENTE PRIORITARIAS		
CLIENTE	NECESIDADES	SALIDAS
EQUIPO DIRECTIVO	- Capacidad de cumplir los objetivos estratégicos - Buena comunicación dentro de la organización - Compromiso de los responsables, jefes de unidades, etc. con los objetivos - Posibilidad de utilizar incentivos	PLAN DE GESTION ANUAL - Herramienta para facilitar el cumplimiento de los objetivos estratégicos - Herramienta de comunicación - Marco de alineamiento con la dirección y entendimiento con el resto de la organización - Referencia en la organización del trabajo
RESPONSABLES DE PROCESO, JEFES DE UNIDADES, ETC.	- Planes alcanzables con los recursos de que disponen - Información suficiente y "a tiempo" - Que se tengan en cuenta sus opiniones - Autonomía de gestión - Compromiso del personal con los objetivos	
PERSONAL	- Objetivos alcanzables - Información suficiente y "a tiempo" - Que se tengan en cuenta sus opiniones - Compromiso del resto del personal con los objetivos	
RESPONSABLES SANITARIOS	- Capacidad de cumplimiento del contrato de gestión - Transmisión en línea de los objetivos estratégicos institucionales	

9. RELACIONES PROVEEDORES PRIORITARIAS		
PROVEEDOR	ENTRADA	REQUISITOS
PLANIFICACION ESTRATEGICA	- Plan de Salud de la Región de Murcia - Medidas Estratégicas para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad Regional - Contrato marco de gestión 2005-2007	- Claro, fiable, comprensible y con planes alcanzables - Acorde con las líneas generales de la planificación y objetivos sanitarios - Cooperación y coordinación en los objetivos comunes - Funciones y responsabilidades claramente establecidas
CONTRATO DE GESTION	Contrato de Gestión	
GESTION PRESUPUESTARIA	- Presupuesto (Contrato de Gestión) - Inversiones	
GESTION DE LA INFORMACION	Informe de situación: - Indicadores de actividad asistencial - Indicadores de recursos - Indicadores de cartera de servicios - Tecnologías de la información	
ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACION	- Organigrama - Directorio	

10. PRINCIPALES INDICADORES	
% objetivos del plan alcanzados (por áreas estratégicas o dirigido a los resultados clave que se identifiquen en el grupo de trabajo corporativo del SMS)	Nº objetivos conseguidos o que alcanzan el estándar establecido / Nº objetivos totales del plan
% objetivos del plan alcanzados (por áreas estratégicas o dirigido a los resultados clave que se identifiquen en el grupo de trabajo corporativo del SMS)	Nº objetivos comunes conseguidos o que alcanzan el estándar establecido / Nº de objetivos comunes definidos
Grado de cumplimiento de cada uno de los objetivos de los contratos de gestión	Todos los indicadores recogidos en el contrato de gestión
Índice de satisfacción de los trabajadores con la comunicación de los planes y objetivos, grado de concordancia e implicación de los profesionales en el cumplimiento de los objetivos	Encuesta corporativa a profesionales
. 11. PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA Y DIAGRAMA	
Elaboración del Plan de Gestión	
VALIDADO POR	FECHA VALIDACIÓN
Gerente	2004

5.4. EJEMPLO DE FICHA PARA DESCRIPCIÓN DE INDICADORES

El siguiente ejemplo de ficha técnica para la descripción de procesos ha sido desarrollado por el Grupo Regional de Enfermería de Evaluación de Cuidados.

FICHA TÉCNICA	
Nombre del indicador	**Paciente que desarrolla UPP durante su ingreso**
Fecha de elaboración	Abril 2006
Código del indicador	**PUPP-2**
Estado actual de uso	SACYL, SESCAM, SERGAS, SAS, Agencia Valenciana de Salud, S. Catalán de Salud, S. Cántabro de Salud, GNEAUPP
Dimensión	Científico-Técnica
Justificación	Indicador apropiado para ver los resultados en salud derivados de los cuidados preventivos de enfermería. Pretende medir la ransvers de UPP durante el ingreso hospitalario.
Nivel de gestión donde se recomienda su utilización	ransver de Enfermería y Gerencia
Formulación	**(Nº total pacientes que presentan UPP desarrollada durante su ingreso /Nº total pacientes evaluados ingresados más de dos días) x 100**
ransversa de términos	Se considera "caso (paciente ulcerado)" a todo paciente con estancia superior a 2 días, que desarrolla una UPP de cualquier grado durante su ingreso en ransver de Hospitalización médico-quirúrgica ransversale.
Población a la que se aplica	Todo paciente hospitalizado en unidades de Hospitalización médico-quirúrgica convencional, con estancia superior a 2 días.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Revisión de registros de enfermería en historias clínicas Método de evaluación: se realizarán 3 cortes transversales, los meses de febrero, mayo y octubre en el que se evaluarán al menos 60 casos (muestreo aleatorio ó sistemático) al final del periodo de estudio.
Estándar	↓ 8%
Evidencia científica para su utilización	El primer estudio nacional de prevalencia de UPP referido a la población hospitalaria (realizado por GNEAUPP-VIFC) especifica que el 80% de las lesiones son de origen hospitalario
Factores subyacentes (validez, factores de confusión)	• Diferencias en la casuística atendida (edad, sexo, comorbilidad, ransver...) que puede repercutir en las cargas de trabajo. • Cartera de Servicios del Centro
Periodicidad	Tres cortes transversales los meses de febrero, mayo y octubre de cada año.
Responsable	Dirección de Enfermería
Fecha de revisión	Diciembre 2007
Bibliografía	**- www.rrdc.com/op_iowa_iais.html :**Centro para la difusión de la investigación (RDC). Tratamiento de las Ulceras por Presión ciudad de IOWA. Centro de investigación de las intervenciones gerontológicas de enfermería de la Universidad de IOWA **- www.gneaupp.org/ :**grupo nacional para para el estudio de las úlceras por presión. **- www.ahrq.gov/ :**Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de la Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) de USA **- www.doc6.es/index/ :**Base de datos cuiden - Guías de prácticas clínicas locales (Marques de Valdecilla, HUGTIP de Badalona, Distrito Sanitario de Málaga, Distrito Sanitario Córdoba centro/sur)

5.5. RELACIÓN DE PROCESOS PRIORIZADOS EN EL SMS

• Procesos estratégicos

- Plan de gestion
- Mejora informacion continua. Efqm
- Sistemas de informacion (voz cliente, inf. Asistencial)

• Procesos clave

- Admisión
- Citación paciente en ap
- Gestion de pacientes entre niveles
- Continuidad asistencial pacientes
- Alta
- Hospitalizacion
- Urgencias
- Consultas externas
- Atención consulta en atencion primaria
- Listas espera
- Quirófano
- Hospital de dia medico
- Hospital de dia quirurgico. Cma
- Perinatal
- Unidad de media estancia.
- Apoyo diagnostico
- Atencion al paciente. Quejas y reclamaciones

• Procesos de apoyo o soporte

- Suministros. Compras
- Recursos humanos
- Documentación clinica. Archivo
- Contratación obras.
- Reclamaciones patrimoniales
- Facturacion a terceros
- Conciertos
- Mantenimiento
- Comunicación interna
- Gestion residuos. Gestion ambiental
- Gestion tecnología

BIBLIOGRAFÍA

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Saturno PJ: Diseño de procesos. Método IDEFØ. Mapa de procesos de una organización. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 5: Métodos y herramientas para el diseño de la calidad. Protocolización de actividades clínicas y diseño de procesos. Unidad temática 30. Universidad de Murcia, 2005

2. Moracho O, Landaluce JI y Valverde RM: Guía para la gestión por procesos en el Hospital de Zumárraga

3. Metodología Idef. en http://www.idef.com

4. Guía para una gestión basada en procesos. Fundación Instituto Andaluz de Tecnología. Bilbao, 2002. ISBN 84-923464-7-7

5. Berger C. y Guillard S.: Descripción gráfica de procesos. Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR), 2001. ISBN 84-8143-202-4

6. Gestión por procesos. Euskalit

7. Modelo de Excelencia de la EFQM. En http://www.efqm.org y http://www.clubexcelencia.org

8. Guía para la autoevaluación de organizaciones sanitarias utilizando como referencia el Modelo de Excelencia 2000 de la EFQM.

9. FIPS-93 Federal information Processing Standard Publication 183. Integration definition for Function Modeling (IDEF0). FIPS PUB 183. National Institute of Standards and Technology. USA. December 1993.

RESULTADOS: MAPAS NIVEL 0 Y PROCESOS

INTRODUCCIÓN

1. - INTRODUCCIÓN

La Consejería de Sanidad de la Región de Murcia y el Servicio Murciano de Salud han optado por un enfoque en procesos como sistema de gestión y en el marco de la apuesta decidida por llevar a toda la organización hacia la excelencia a través del modelo EFQM (European Foundation for Quality Management).

Esta memoria es una recopilación del intenso trabajo desarrollado por los equipos directivos del SMS durante los años 2005 y 2006 para reorientar su sistema de gestión hacia una gestión basada en procesos. El documento recoge en primer lugar los mapas nivel 0 de todas las instituciones sanitarias públicas de la Región, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada, y de los servicios centrales del SMS. También recopila los procesos priorizados por el SMS y que han sido descritos y desplegados en una primera fase por los equipos directivos.

Es necesario resaltar el esfuerzo realizado hasta ahora por todos los centros que aparecen en esta memoria y sin cuyo trabajo no habría sido posible este proyecto, el cual no termina con esta publicación sino que justamente comienza ahora. A todos ellos nuestra más sincera felicitación:

- Área III
- Área V
- Gerencia de Atención Primaria de Murcia
- Gerencia de Atención Primaria de Cartagena
- Hospital Reina Sofía
- Hospital Virgen de la Arrixaca
- Hospital Santa María del Rosell
- Hospital Los Arcos
- Hospital Comarcal del Noroeste
- Fundación Hospital de Cieza
- Hospital Morales Meseguer
- Hospital Psiquiátrico Román Alberca
- Secretaría General Técnica del Servicio Murciano de Salud
- Dirección General de Régimen Económico y Prestaciones del Servicio Murciano de Salud
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud

ESTADO ACTUAL DE LOS MAPAS Y PROCESOS EN EL S.M.S.

2.- ESTADO ACTUAL DE LOS MAPAS NIVEL 0 Y PROCESOS EN EL S.M.S.

		MAPAS	PROCESOS
1.ÁREA III	HRM		1.1.Admisión
			1.2.Hospitalización
	GAPLO		1.3.Gestión pacientes interniveles
			1.4.Aprovisionamiento de AP
2. ÁREA V			2.1.Gestión de residuos
			2.2.Mantenimiento
3. GAPMU			3.1.Suministros-compras
			3.2.Quejas y reclamaciones
4. GAPCT			4.1.Plan de gestión
			4.2.Citación pacientes AP
5. HRS			5.1.Comunicación interna
			5.2.Alta
6. HVA			6.1.Perinatal
			6.2.Sistemas de información
7. HVR			7.1.Reclamaciones
			7.2.Urgencias
8. HLA			8.1.Plan de gestión
			8.2.Facturación a terceros
9. HCN			9.1.Documentación clínica y archivo
			9.3.Listas de espera
10. HCI			10.1.Hospital de Día Quirúrgico
			10.2.Quirófano
11. HMM			11.1.Consultas externas
			11.2.Hospital de Día Médico
12. HSQ			12.1.Unidad de Media Estancia
13. SGT-SMS			13.1.Contratación de obras
			13.2.Responsabilidad patrimonial
14. SGSM			14.1.Continuidad asistencial
15. DGREyP-SMS			15.1.Conciertos con centros privados
16. DGAS-SMS			15.2.Contratos de gestión

	Versión definitiva
	En fase de revisión
	En fase de elaboración

MAPAS NIVEL 0

MAPAS NIVEL 0
3.1.- ÁREA III

MAPA NIVEL 0

3.1.1.- Área III: Gerencia de Atención Primaria de Lorca

Mapa nivel 0 Área III: GAP Lorca

Mapa procesos de la AP del Área III: Lorca

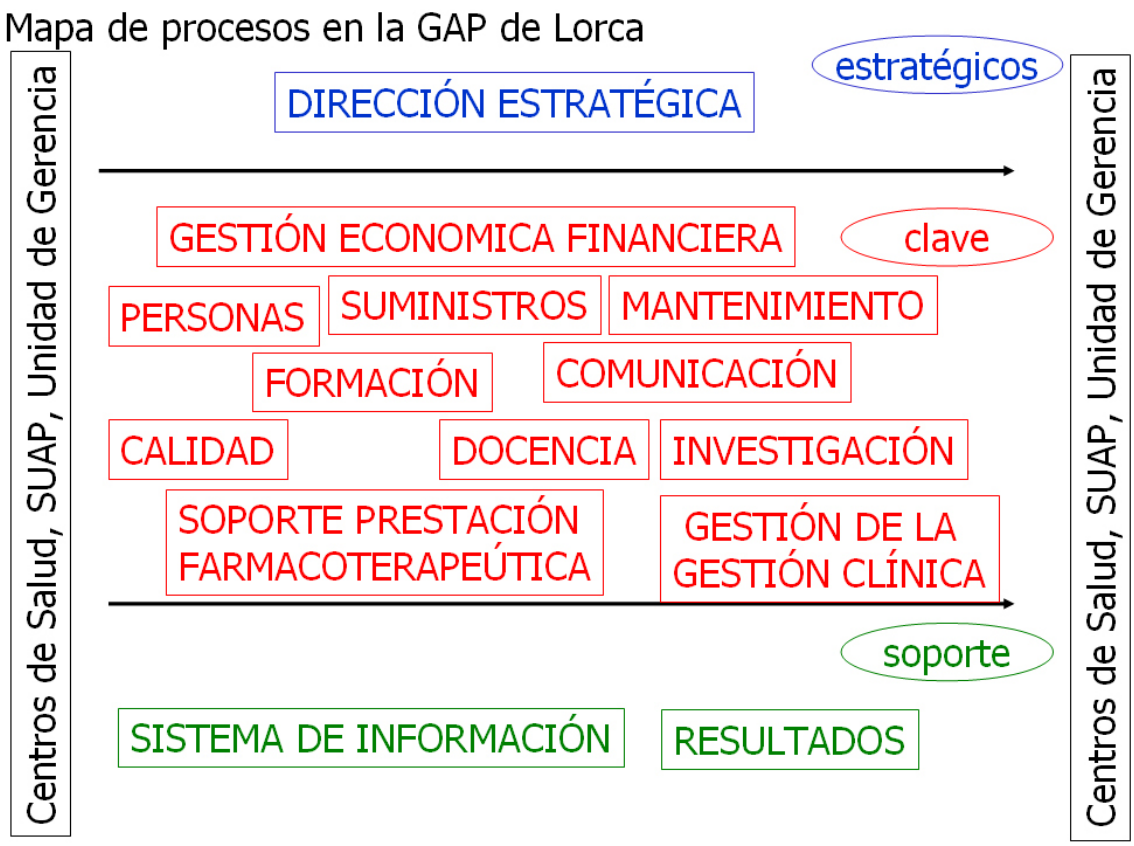
Mapa nivel 0 Área III: GAP Lorca

MISIÓN DE LA UNIDAD "GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LORCA"

Mejorar la prestación de cuidados de salud a la población del área, mediante:

- La dirección y organización de los servicios y dispositivos de Atención Primaria, proveyéndoles del soporte que precisan para el desarrollo de sus actividades y el cumplimiento de su misión.
- Cooperando con las instituciones y organizaciones de la comunidad.
- Facilitando el desarrollo de la organización y de los profesionales de los equipos, proporcionándoles el mejor conocimiento y tecnología disponibles.
- Logrando la satisfacción de los profesionales, de los usuarios del sistema y de la comunidad a la que atienden

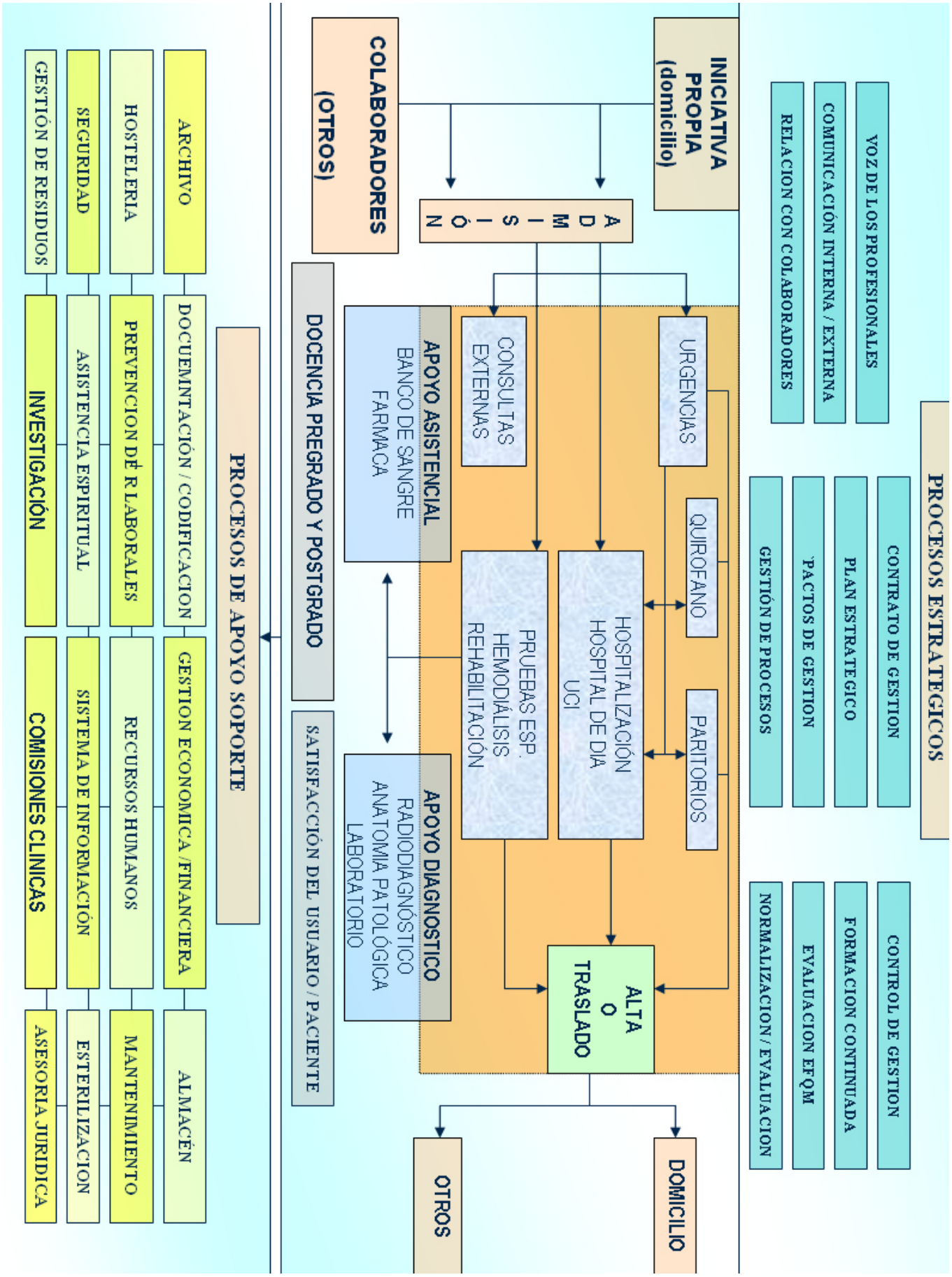
Mapa nivel 0 Área III: GAP Lorca



MAPA NIVEL 0

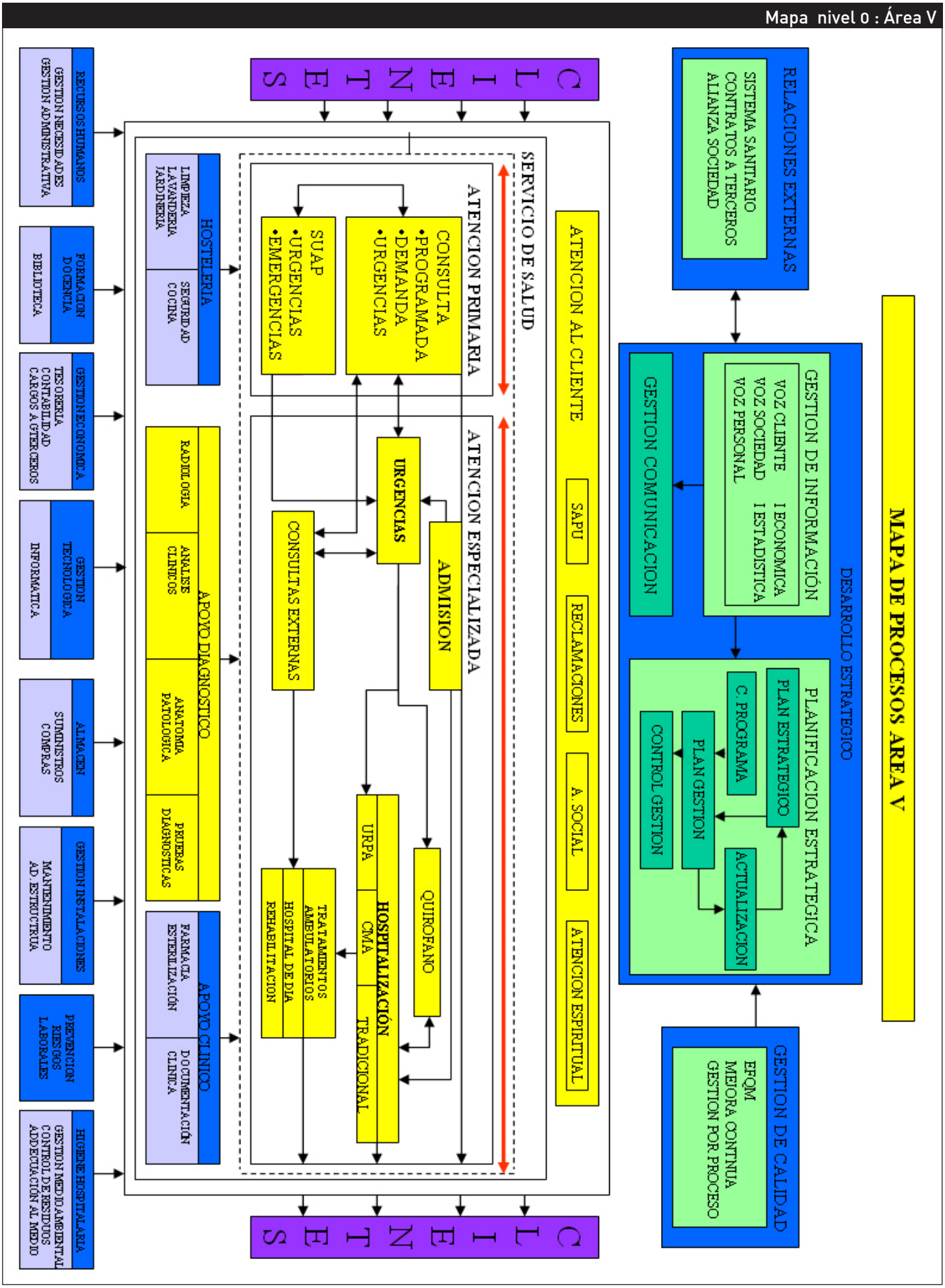
3.1.2.- Área III: Hospital Rafael Méndez

Mapa nivel 0 Área III: Hospital Rafael Méndez



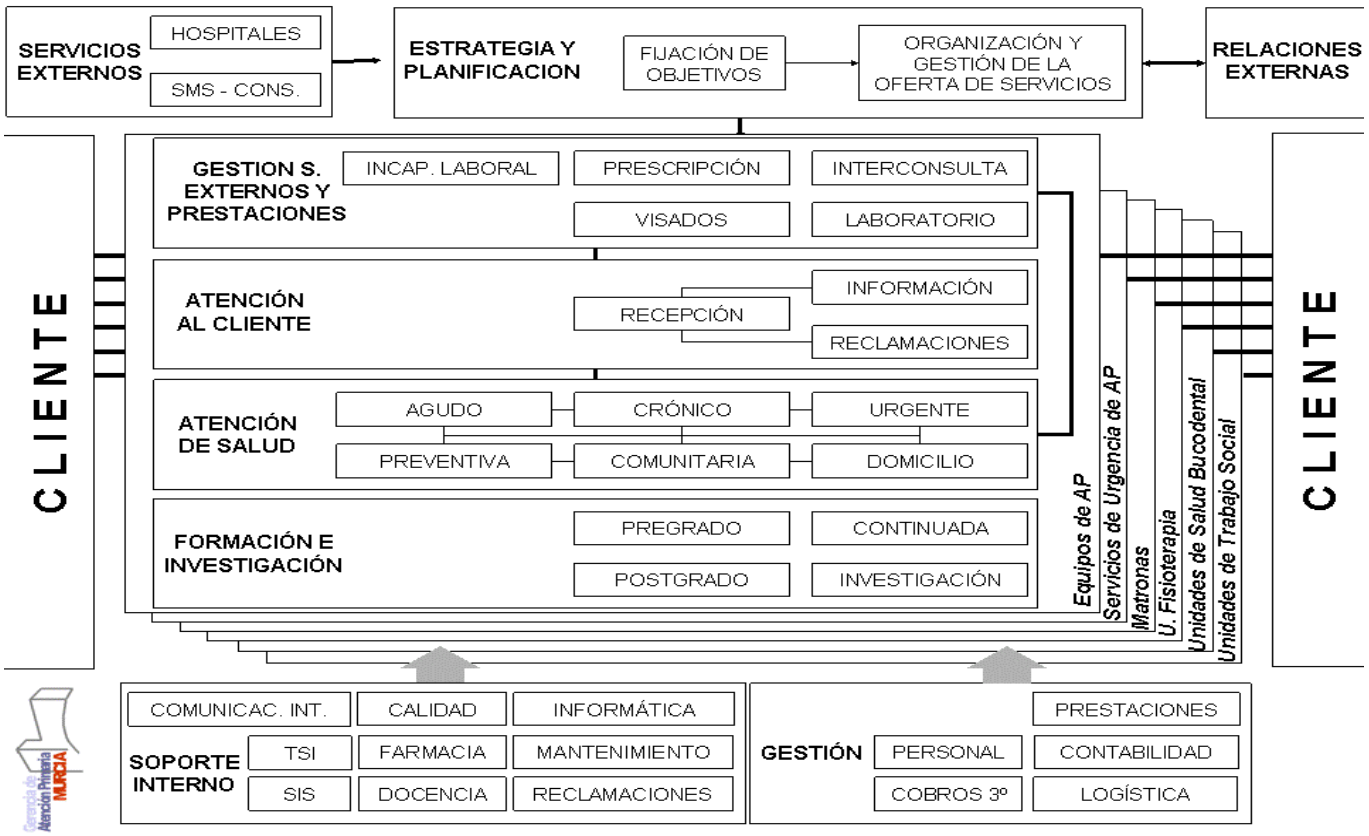
MAPA NIVEL 0
3.2.- ÁREA V

Mapa nivel 0 : Área V

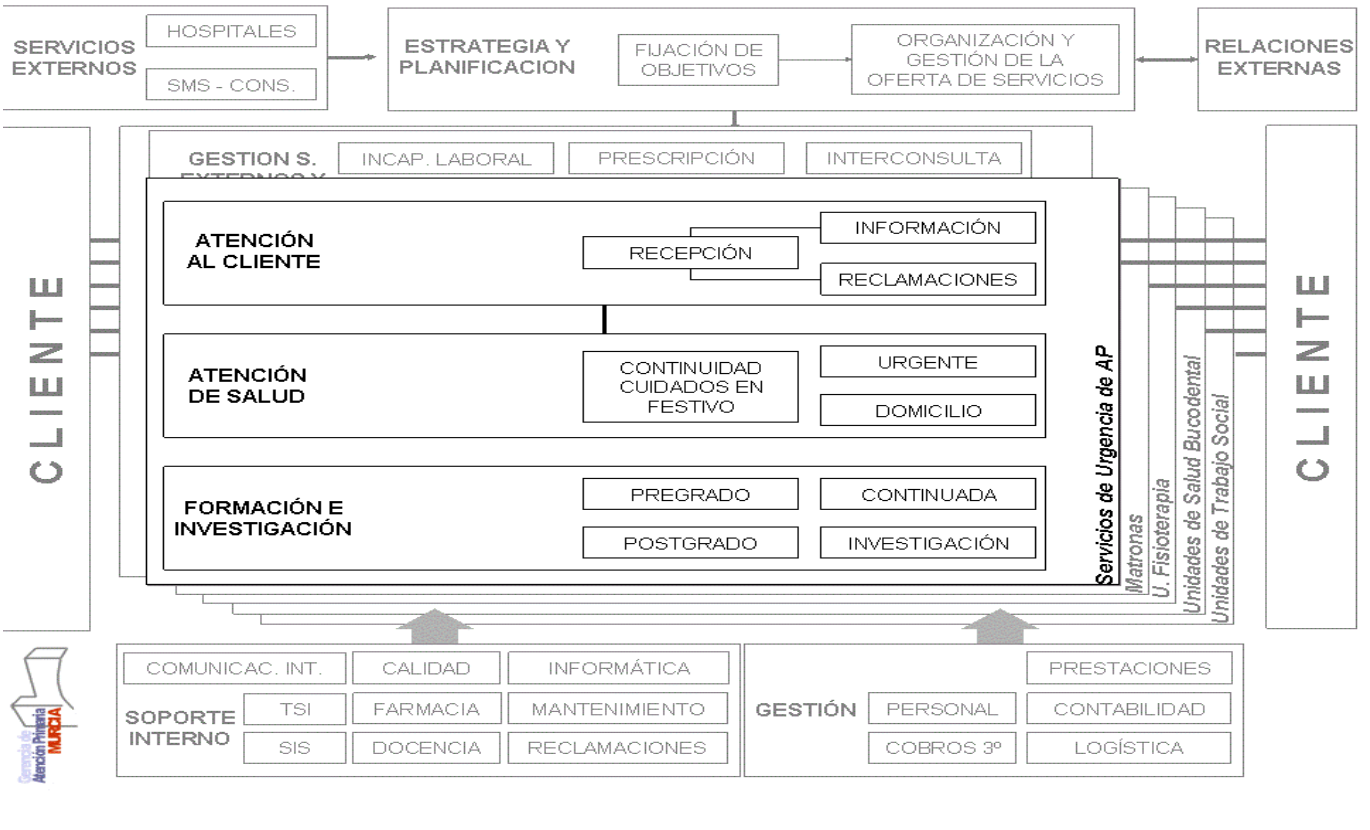


MAPA NIVEL 0
3.3.- GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA MURCIA

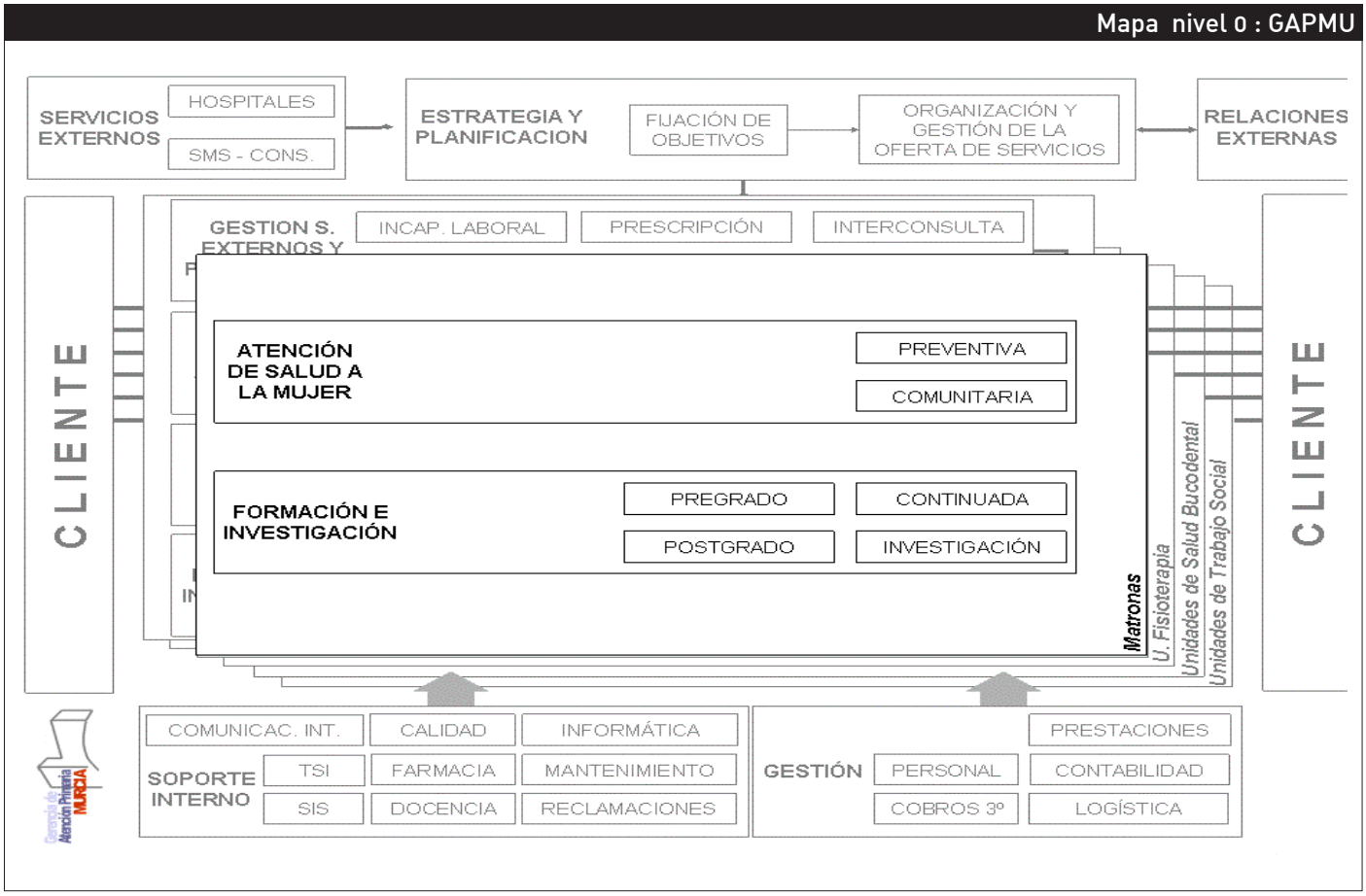
Mapa nivel 0 : GAPMU



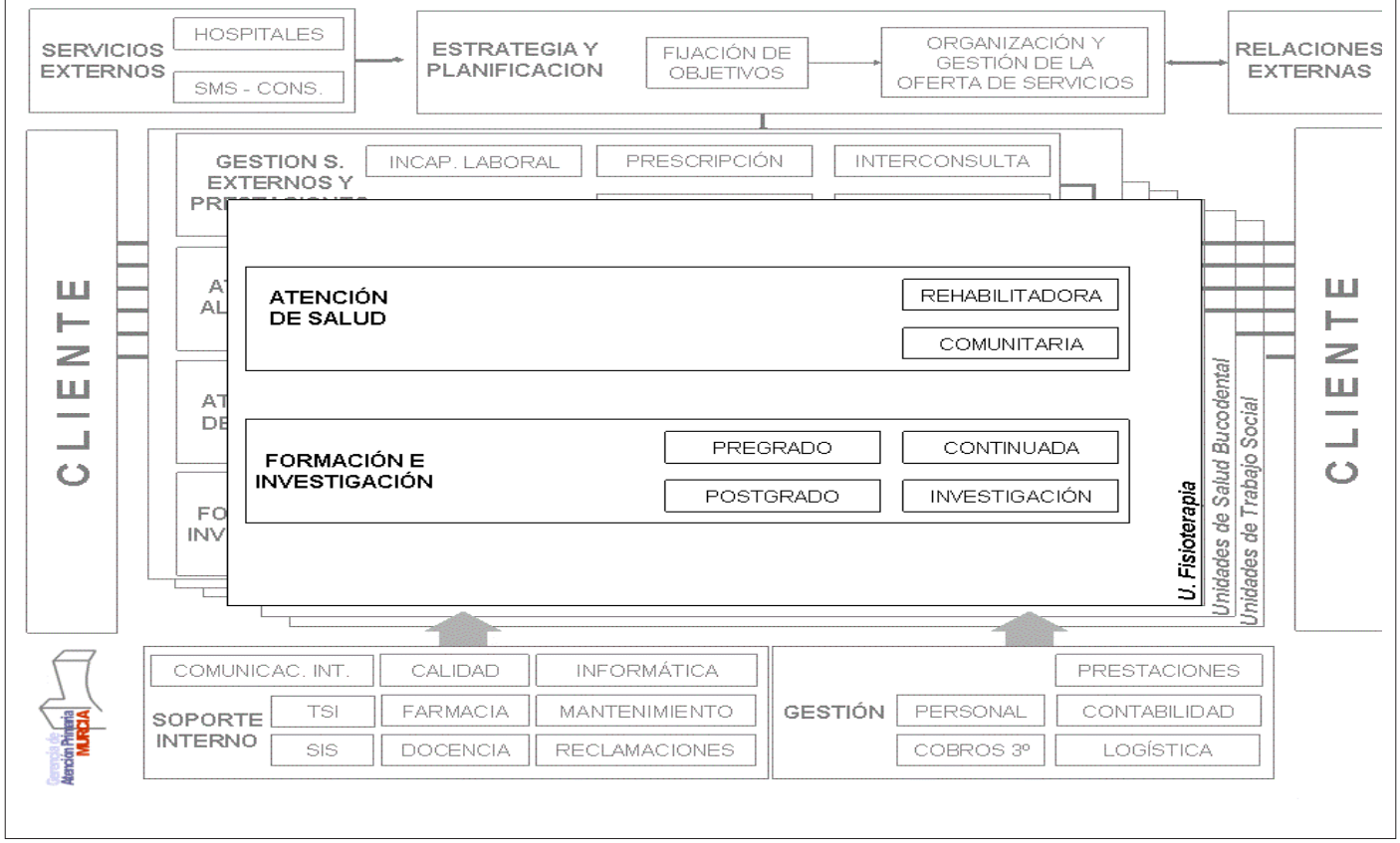
Mapa nivel 0 : GAPMU

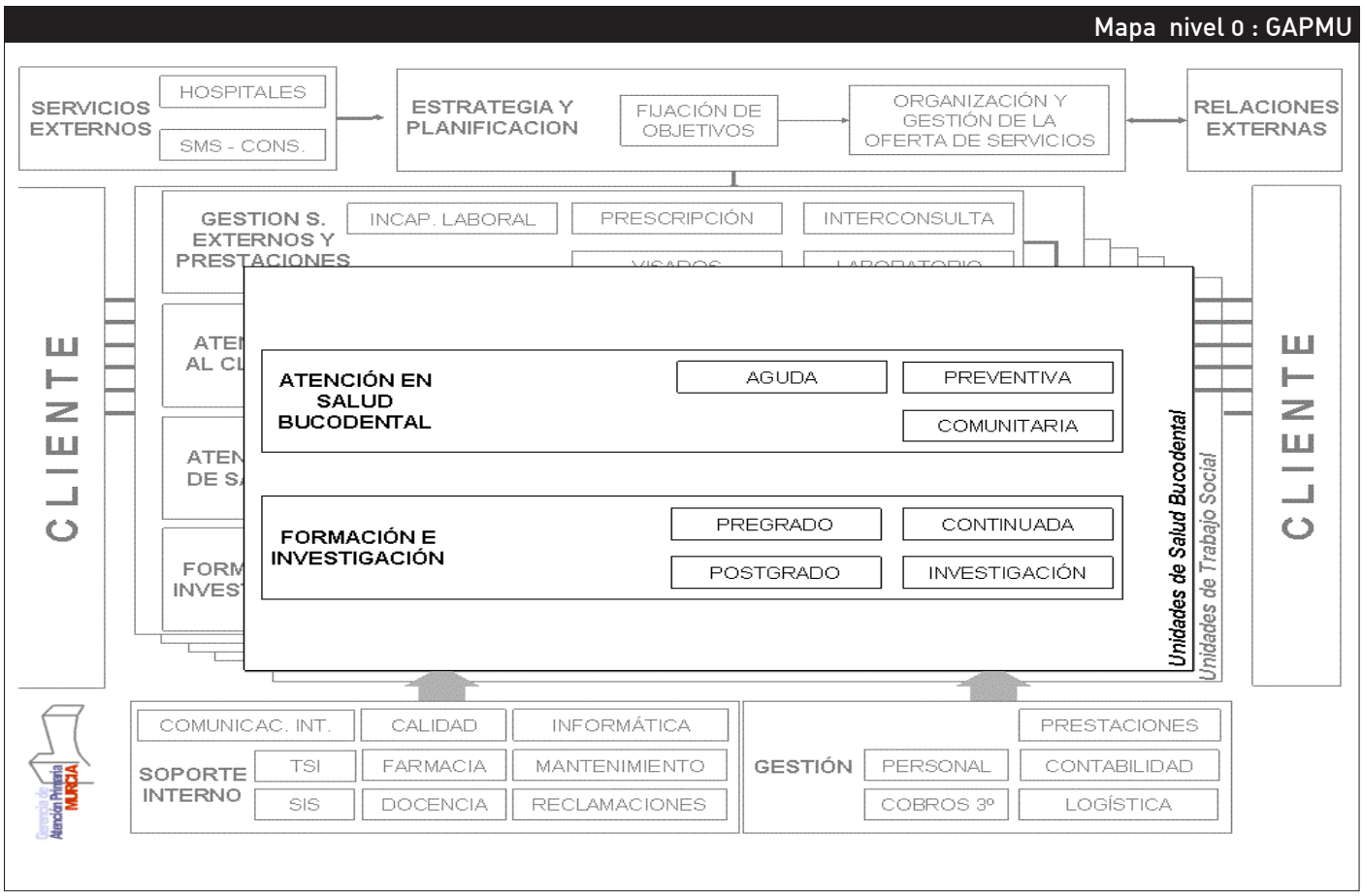


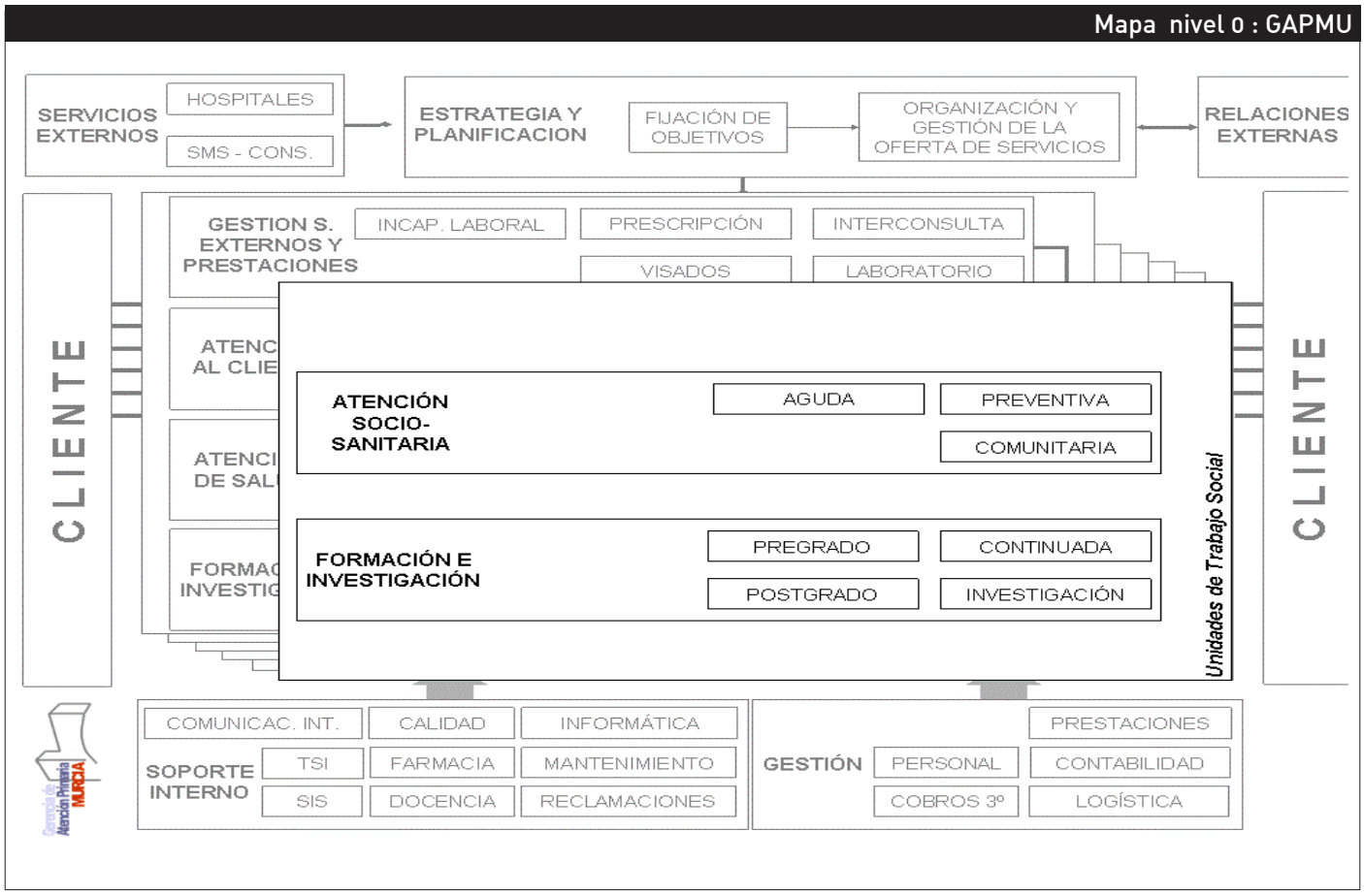
Mapa nivel 0 : GAPMU



Mapa nivel 0 : GAPMU

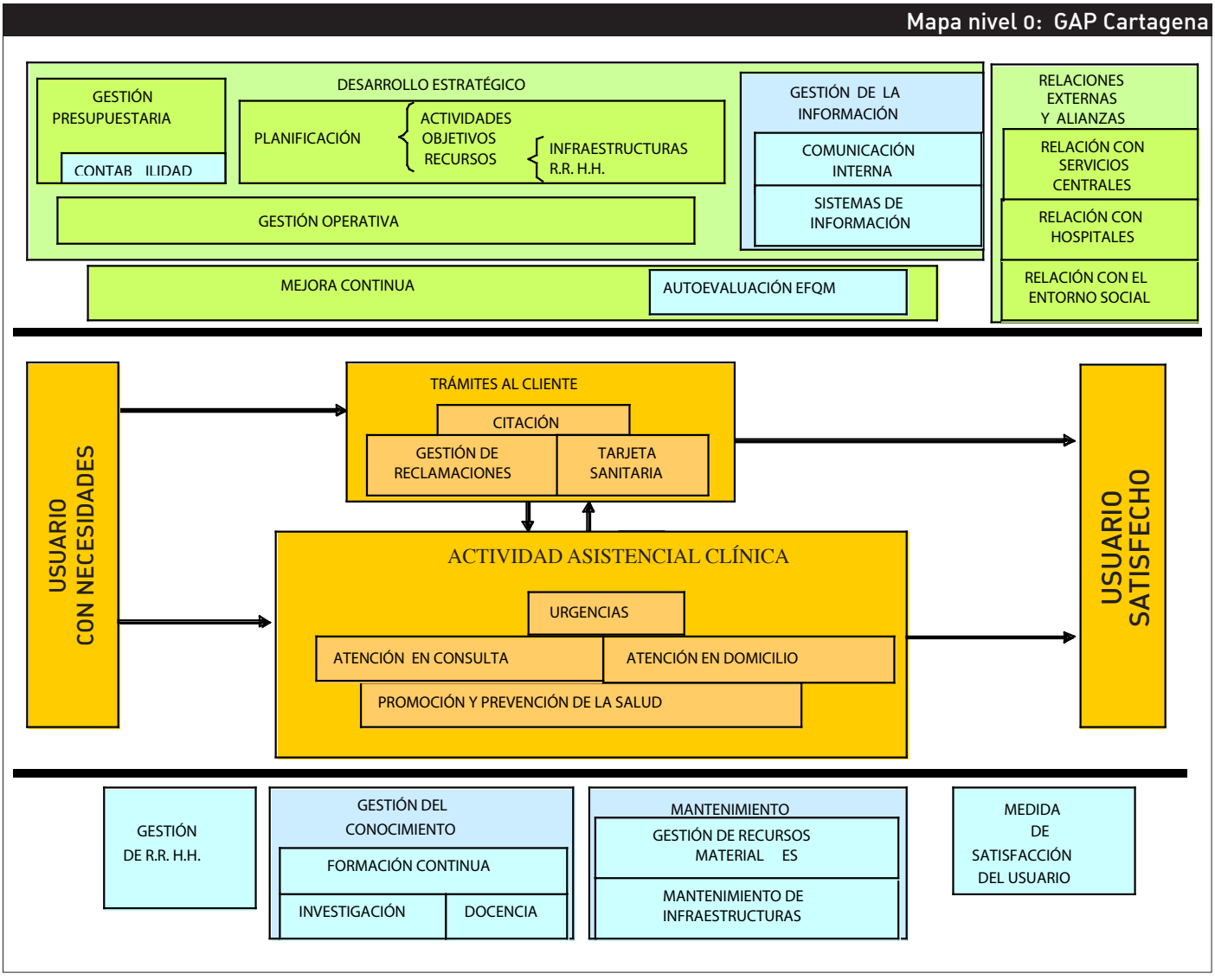



Mapa nivel 0 : GAPMU
SERVICIOS EXTERNOS
HOSPITALES
SMS - CONS.
ESTRATEGIA Y PLANIFICACION
FIJACIÓN DE OBJETIVOS
ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS
RELACIONES EXTERNAS
CLIENTE
GESTION S. EXTERNOS Y PRESTACIONES
INCAP. LABORAL
PRESCRIPCIÓN
INTERCONSULTA
ATENCIÓN EN SALUD BUCODENTAL
AGUDA
PREVENTIVA
COMUNITARIA
FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN
PREGRADO
CONTINUADA
POSTGRADO
INVESTIGACIÓN
Unidades de Salud Bucodental
Unidades de Trabajo Social
CLIENTE
COMUNICAC. INT.
CALIDAD
INFORMÁTICA
SOPORTE INTERNO
TSI
FARMACIA
MANTENIMIENTO
SIS
DOCENCIA
RECLAMACIONES
GESTIÓN
PRESTACIONES
PERSONAL
CONTABILIDAD
COBROS 3º
LOGÍSTICA


Mapa nivel 0 : GAPMU
SERVICIOS EXTERNOS
HOSPITALES
SMS - CONS.
ESTRATEGIA Y PLANIFICACION
FIJACIÓN DE OBJETIVOS
ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS
RELACIONES EXTERNAS
CLIENTE
GESTION S. EXTERNOS Y PRESTACIONES
INCAP. LABORAL
PRESCRIPCIÓN
INTERCONSULTA
VISADOS
LABORATORIO
ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA
AGUDA
PREVENTIVA
COMUNITARIA
FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN
PREGRADO
CONTINUADA
POSTGRADO
INVESTIGACIÓN
Unidades de Trabajo Social
CLIENTE
COMUNICAC. INT.
CALIDAD
INFORMÁTICA
SOPORTE INTERNO
TSI
FARMACIA
MANTENIMIENTO
SIS
DOCENCIA
RECLAMACIONES
GESTIÓN
PRESTACIONES
PERSONAL
CONTABILIDAD
COBROS 3º
LOGÍSTICA

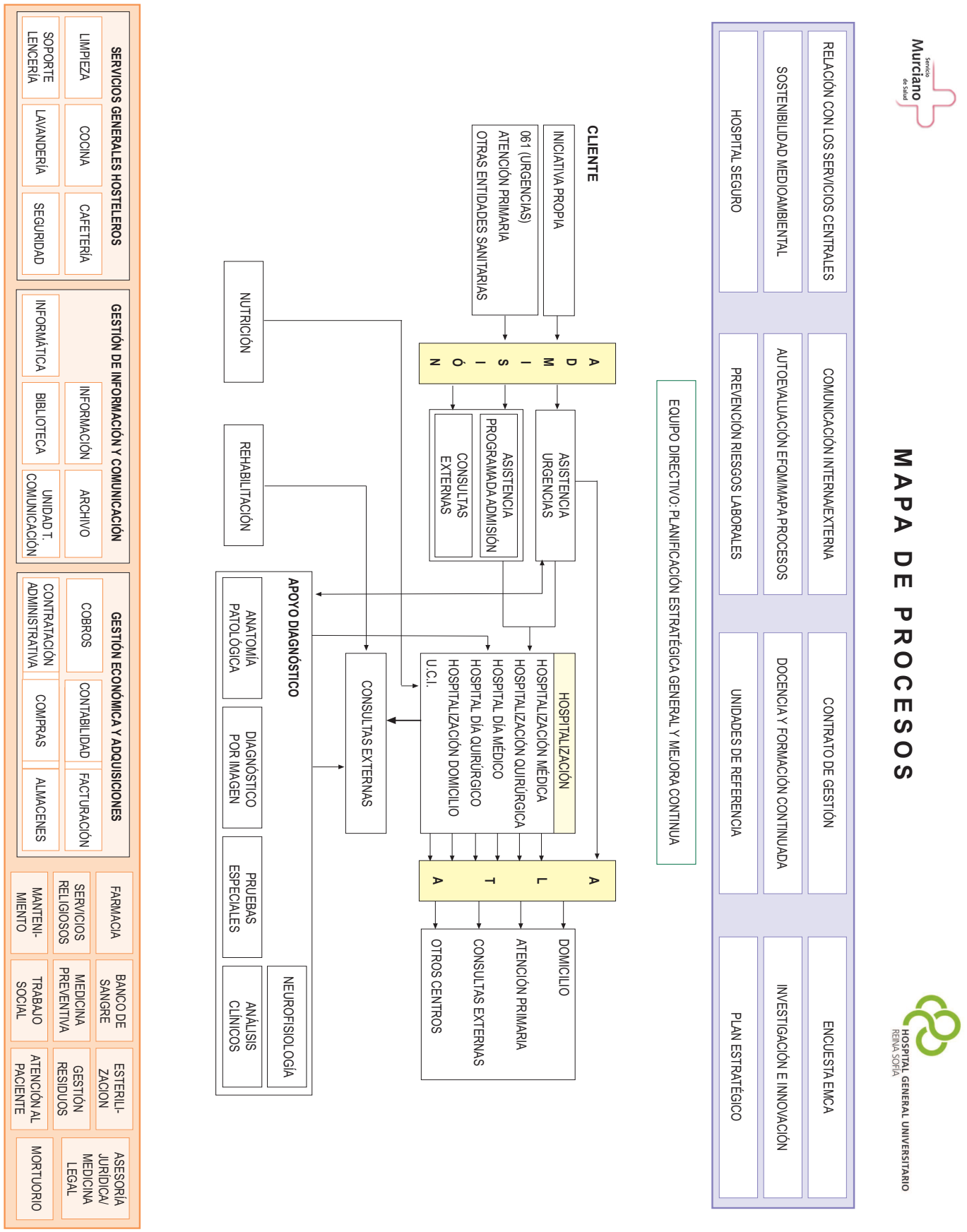
MAPA NIVEL 0
3.4.- GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA CARTAGENA

Mapa nivel 0: GAP Cartagena



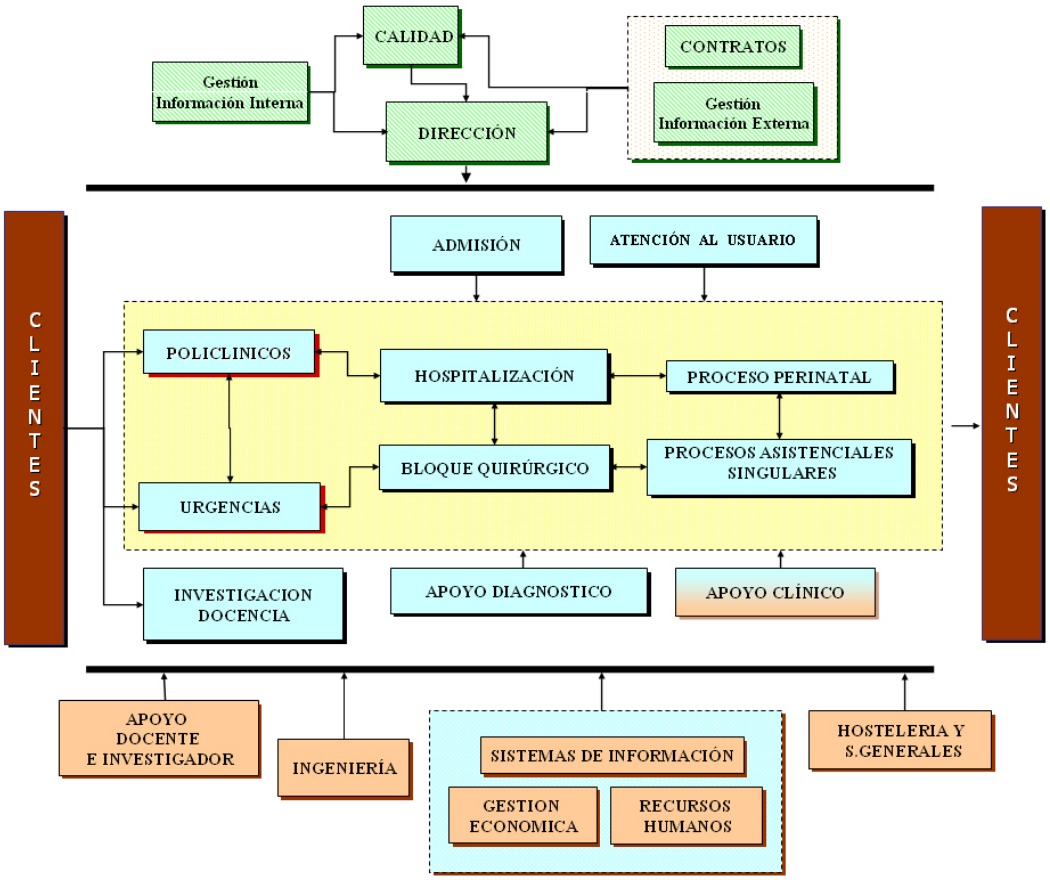
MAPA NIVEL 0
3.5.- HOSPITAL REINA SOFÍA

Mapa nivel 0: Hospital Reina Sofía

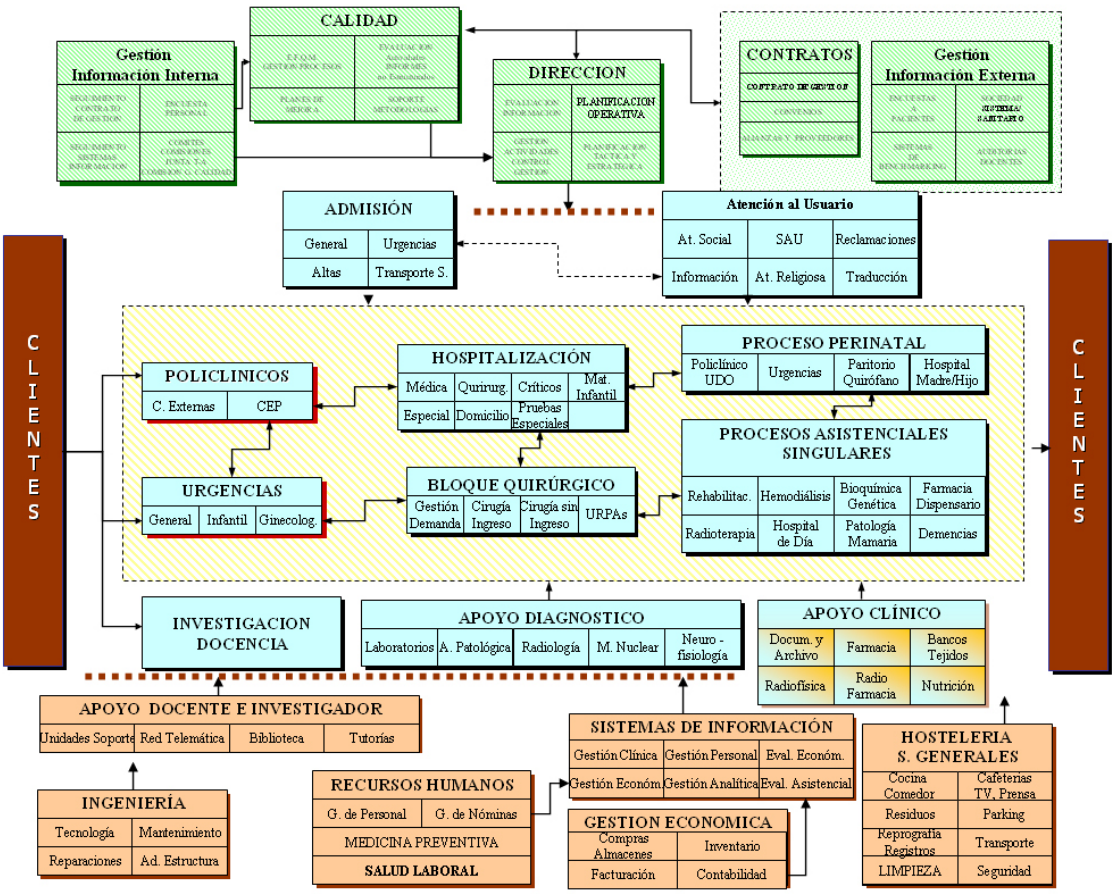


MAPA NIVEL 0
3.6.- HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA

Mapa nivel 0: Hospital Virgen de la Arrixaca

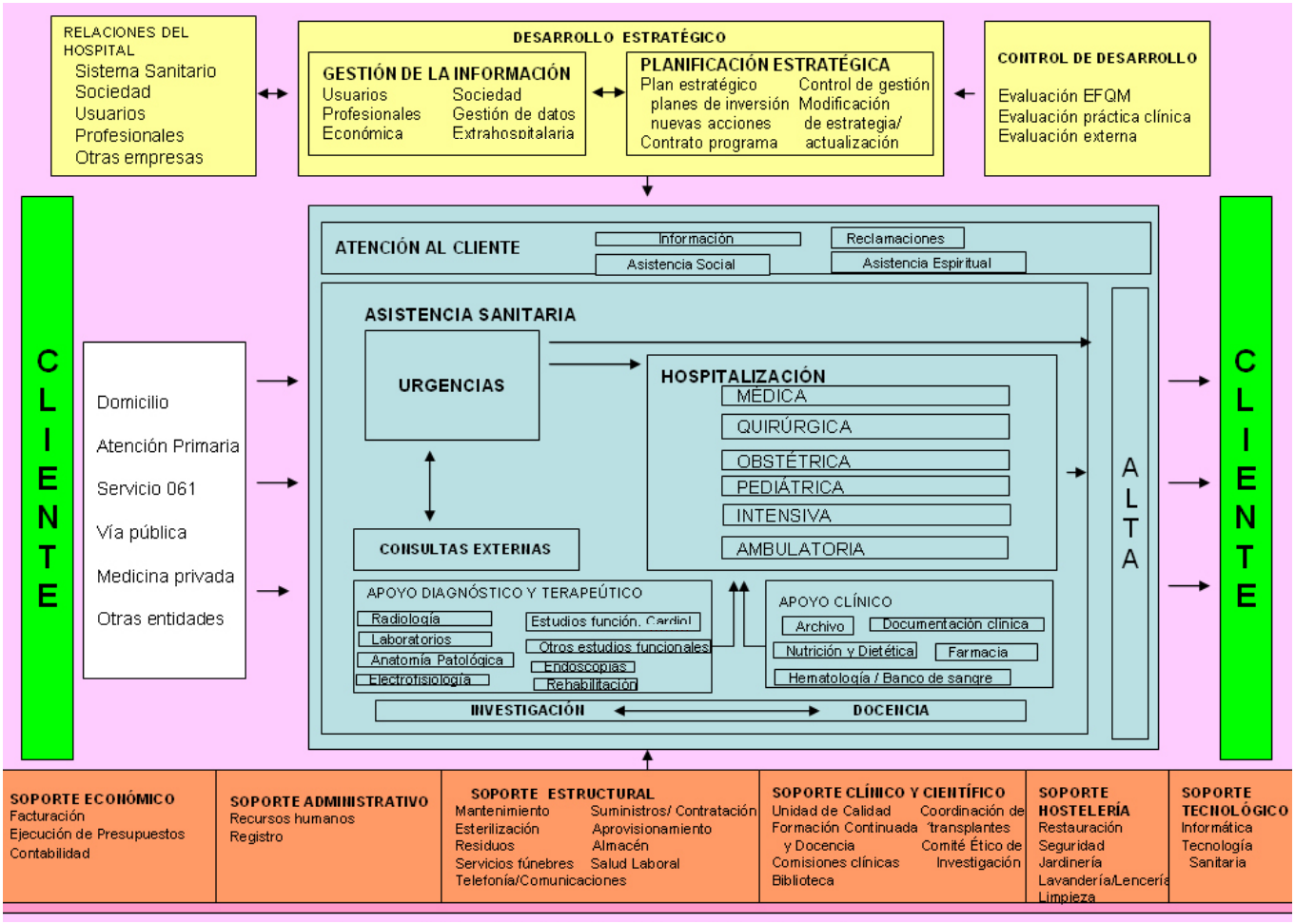


Mapa nivel 0: Hospital Virgen de la Arrixaca



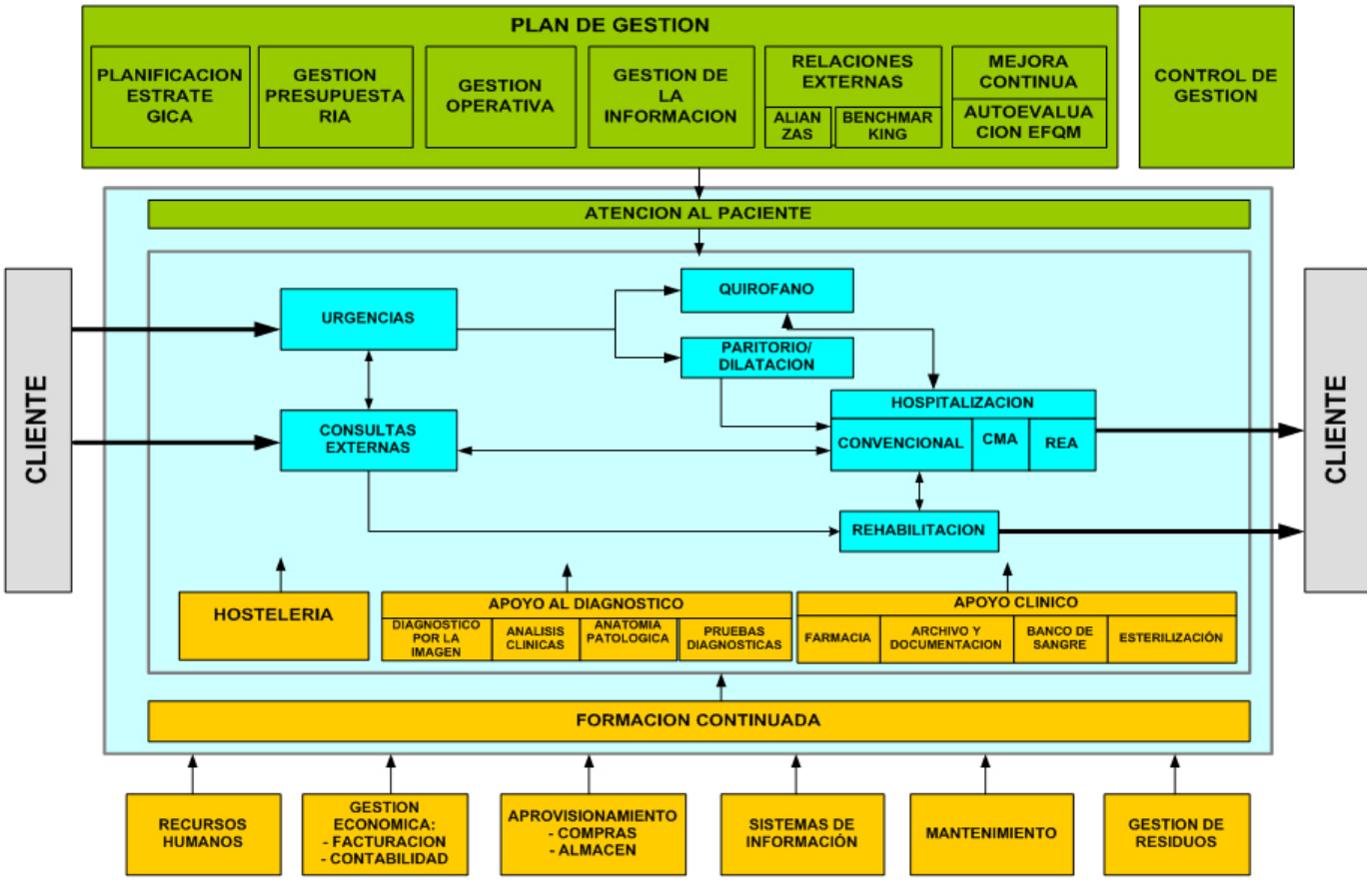
MAPA NIVEL 0
3.7.- HOSPITAL SANTA Mª DEL ROSELL

Mapa nivel 0: Hospital Santa Mª Del Rosell



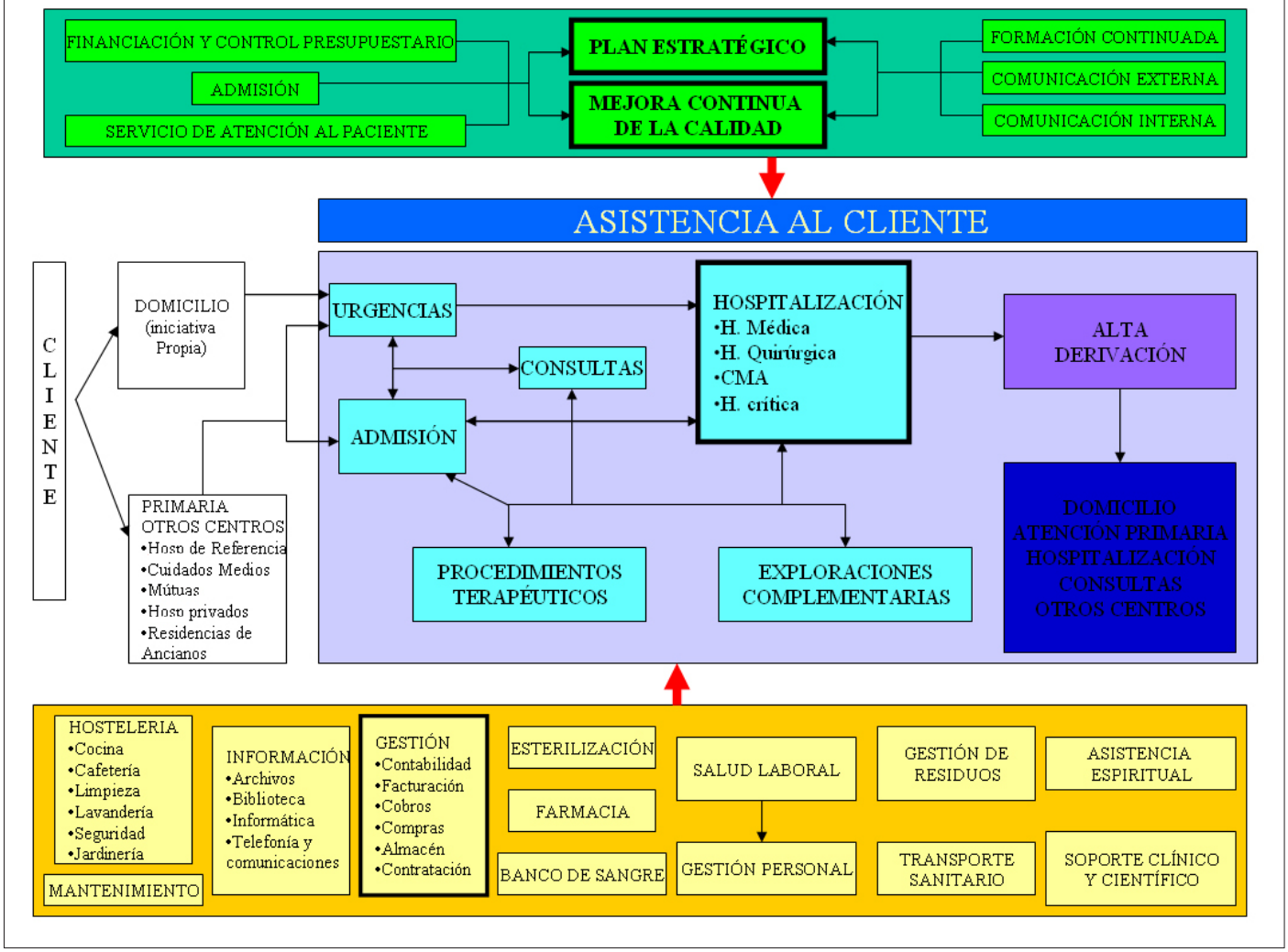
MAPA NIVEL 0
3.8.- HOSPITAL LOS ARCOS

Mapa nivel 0: Hospital Los Arcos



MAPA NIVEL 0
3.9.- HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE

Mapa nivel 0: Hospital Comarcal Del Noroeste



MAPA NIVEL 0
3.10.- FUNDACIÓN HOSPITAL DE CIEZA

Mapa nivel 0: Fundación Hospital De Cieza

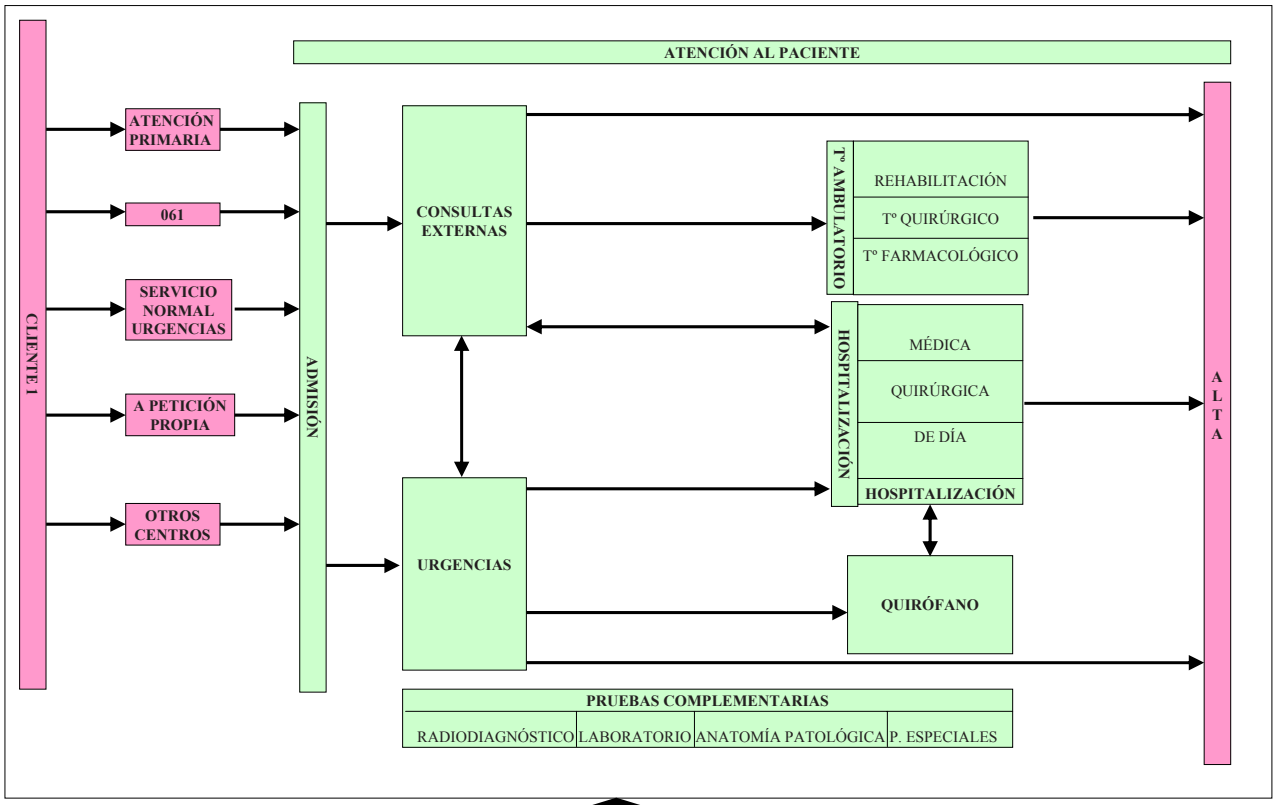
PROCESOS ESTRATÉGICOS

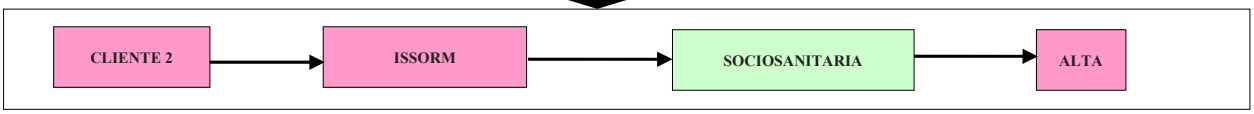
PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN	
ASISTENCIAL	*PERSONAS*
CONTRATO PROGRAMA	SELECCIÓN FORMACIÓN CONTINUADA
FINANCIERA	*INFORMÁCIÓN*
CONTROL PRESUPUESTARIO	AUDITORIAS EXT/INT CONTABILIDAD ANALÍTICA

MEJORA CONTINUA DE CALIDAD
- SATISFACCIÓN CLIENTE
- SATISFACCIÓN PROFESIONALES
- E.F.Q.M.
- SISTEMA ISO
- REVISIÓN DEL SISTEMA

ALIANZAS
- PROVEEDORES
- SMS
- CAMPAÑAS SANITARIAS
- ATENCIÓN PRIMARIA COMARCA
- AYUNTAMIENTOS
- ONG,S
- UNIVERSIDAD
- SINDICATOS

PROCESOS CLAVE





PROCESOS DE APOYO

HOSTELERÍA
- CAFETERÍA
- KIOSCO
- LIMPIEZA
- COCINA
- LAVANDERÍA
- JARDINERÍA
- SEGURIDAD

SERVICIO ESPIRITUAL

MANTENIMIENTO

ASESORÍA JURÍDICA

SISTEMAS INFORMACIÓN
- INFORMÁTICA
- BIBLIOTECA
- ARCHIVO
- COMISIONES

CONTABILIDAD
- FACTURACIÓN
- TESORERÍA

FARMACIA

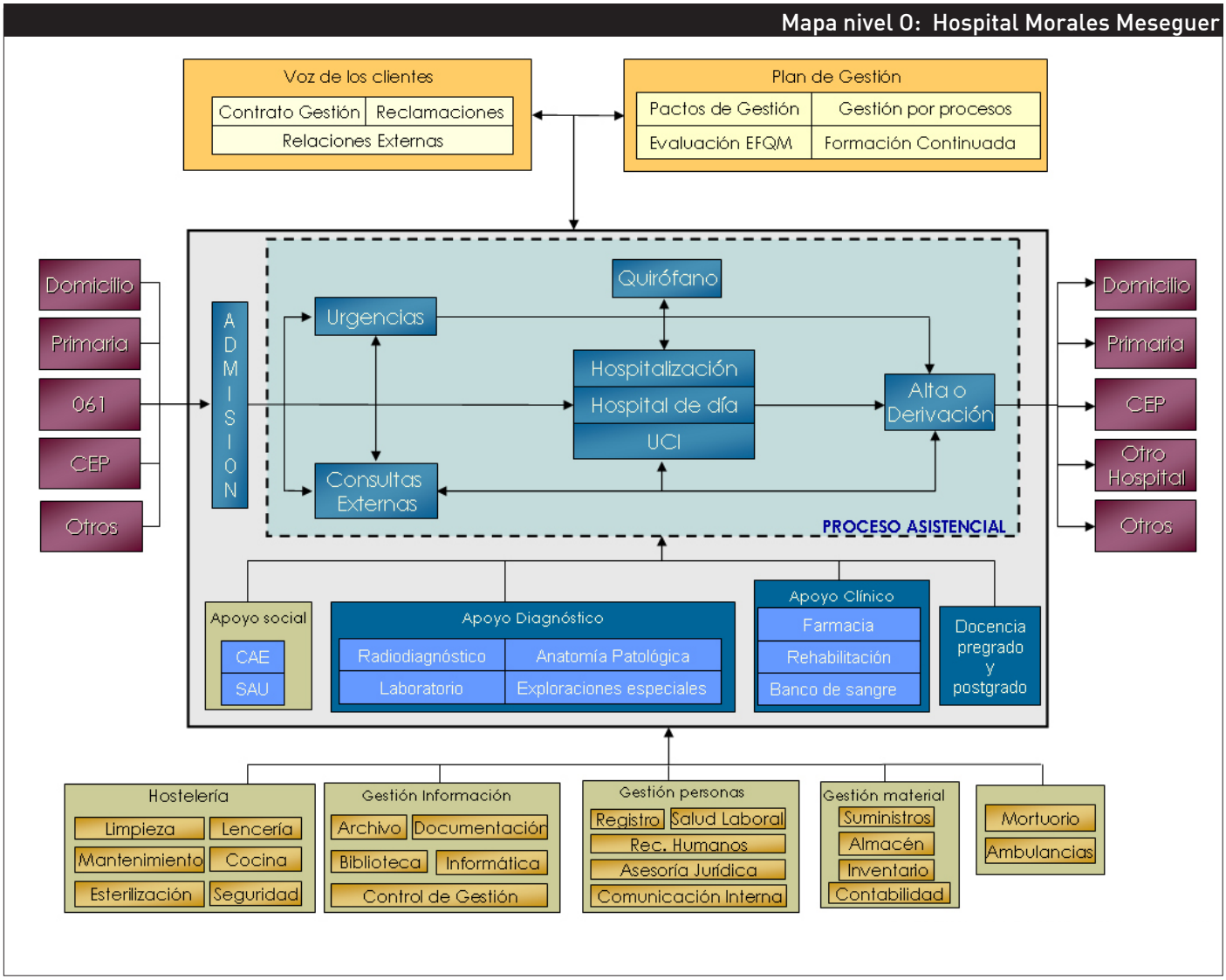
BANCO DE SANGRE

ADMINISTRACIÓN DE PERSONAS
- NÓMINAS
- CONTRATACIÓN

SALUD LABORAL
- SERVICIO PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES
- COMITÉ DE SEGURIDAD-SALUD

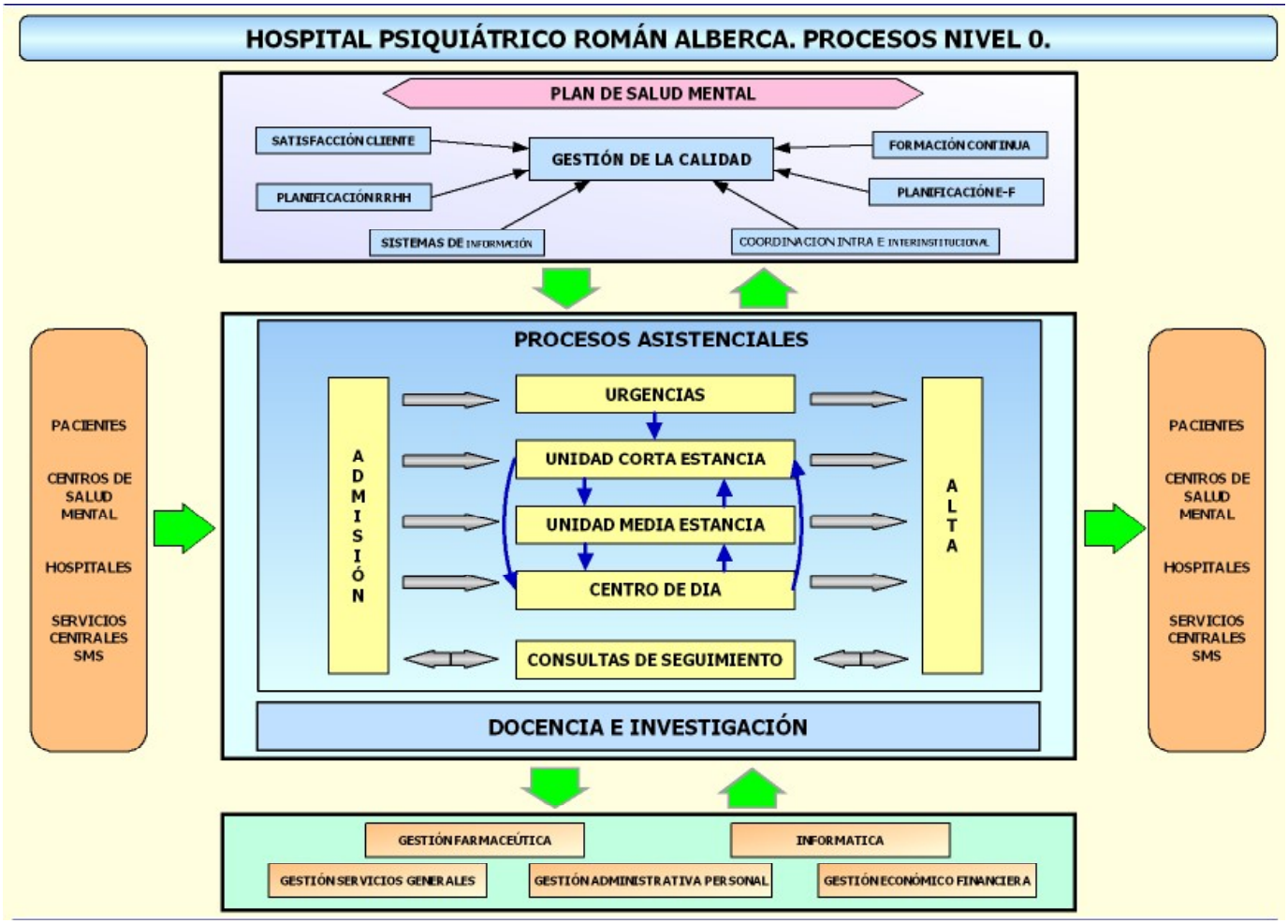
MAPA NIVEL 0
3.11.- HOSPITAL MORALES MESEGUER

Mapa nivel 0: Hospital Morales Meseguer



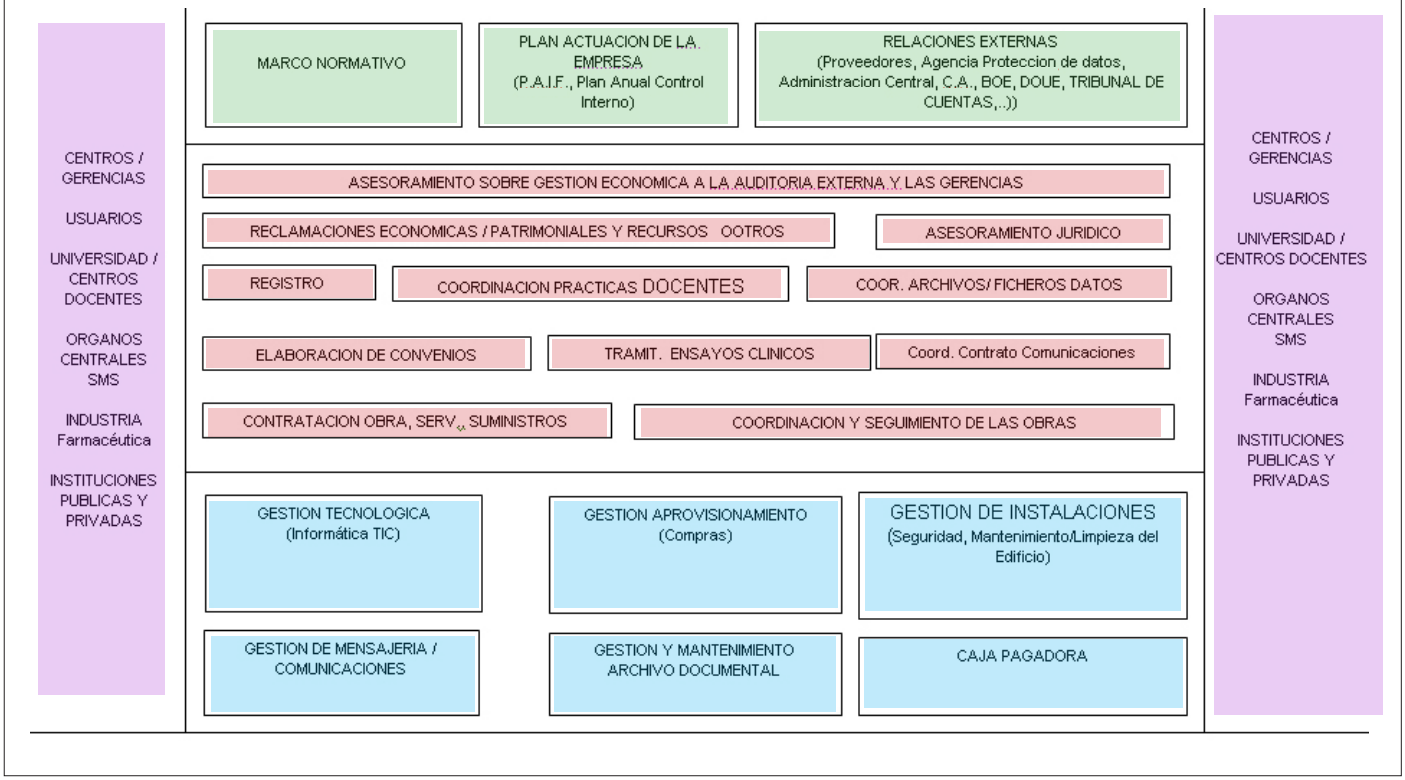
MAPA NIVEL 0
3.12.- HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ROMÁN ALBERCA

Mapa nivel 0: Hospital Psiquiátrico Román Alberca



MAPA NIVEL 0
3.13.- SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

Mapa nivel 0: Secretaría general técnica del servicio Murciano de Salud



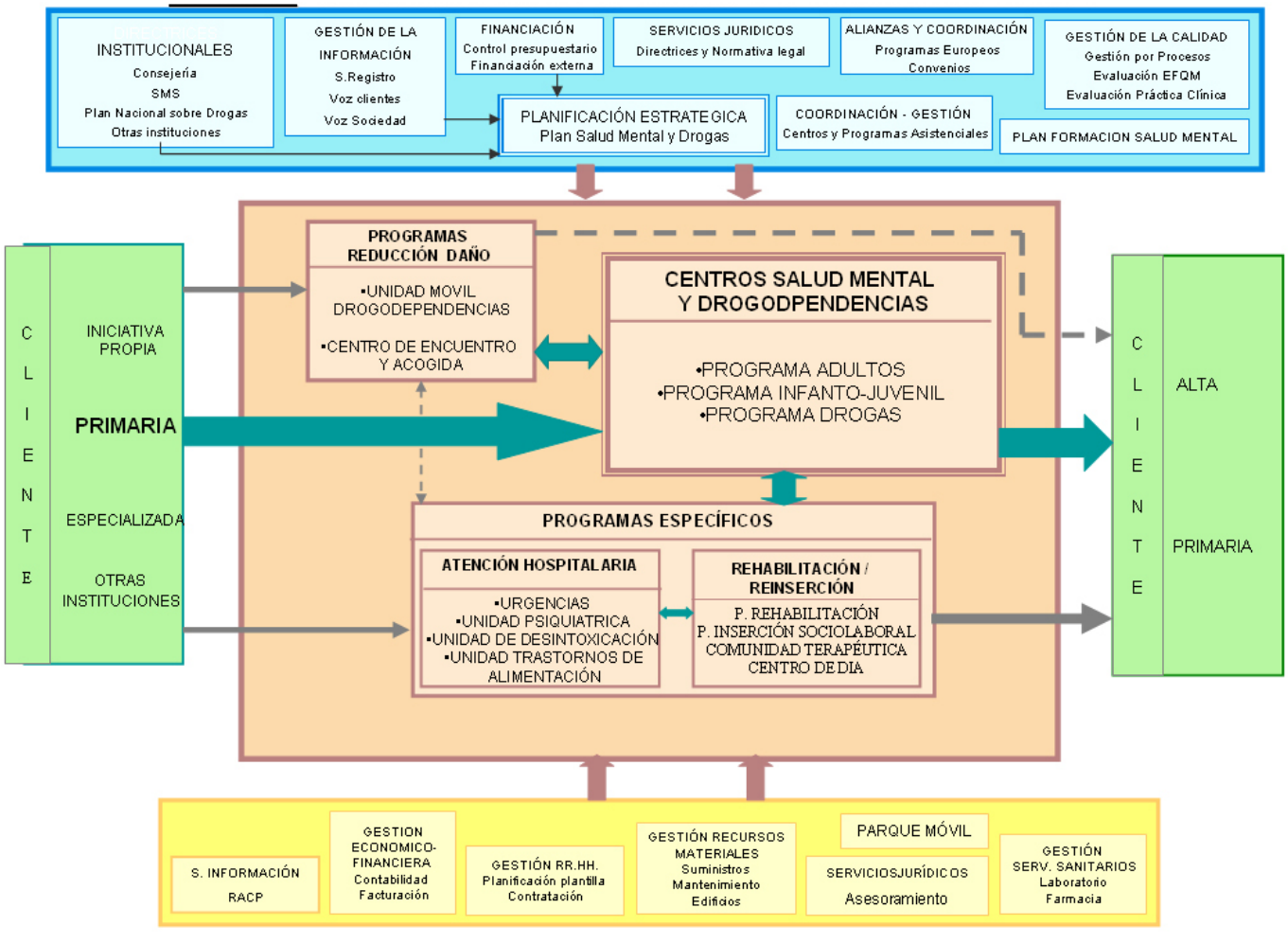
MAPA NIVEL 0
3.14.- SUBDIRECCIÓN GENERAL DE SALUD MENTAL

MISIÓN: Subdirección general de salud mental

• La Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica (SGSMAP) de la Dirección General Asistencial del Servicio Murciano de Salud tiene como misión proporcionar una atención sanitaria especializada destinada a satisfacer las necesidades de prevención, tratamiento y rehabilitación en el ámbito de la salud mental de la población de la Región de Murcia desde un abordaje integral congruente con el modelo de la Salud Mental Comunitaria.

• Los Servicios Centrales de la SGSMAP tienen la responsabilidad de la gestión de sus recursos estructurales y humanos específicos de Salud Mental integrados en la red pública del Servicio Murciano de Salud. También son responsables de la coordinación con otros ámbitos sanitarios y sociales (Atención Primaria y otras especialidades, Servicios Sociales, ONGs, ...) imprescindibles para garantizar una adecuada continuidad de cuidados con criterios de máxima calidad, eficacia, eficiencia y efectividad. Para ello, busca promover el máximo compromiso de los profesionales integrados en equipos multidisciplinares, con una cultura asistencial de servicio e innovación continuada de la cartera de servicios, el desarrollo personal y profesional del equipo humano y su implicación en la docencia, formación continuada y la investigación en Salud Mental.

Mapa nivel 0: Subdirección general de salud mental



PROCESOS

PROCESOS
4.1.- ÁREA III

Procesos

4.1.1. Admisión

Ficha del proceso: Admisión

NOMBRE DEL PROCESO	CÓDIGO
ADMISIÓN	

GESTOR	FECHA DE REVISIÓN
JEFE DEL SERVICIO DE ADMISIÓN	ANUAL

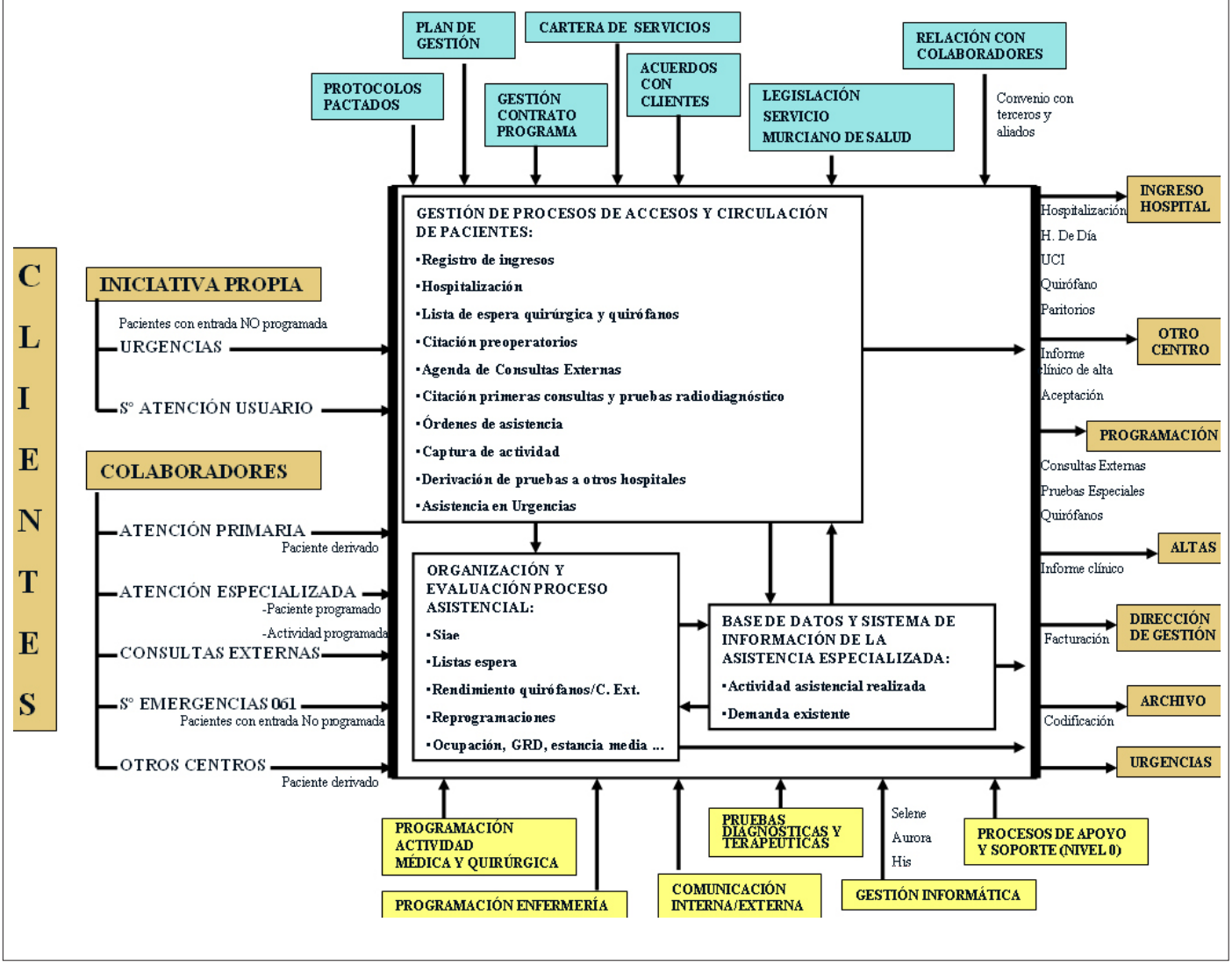
ALCANCE
Empieza: Con la entrada de los pacientes en el Hospital. Incluye: La gestión de los procesos de acceso y circulación de pacientes, la organización y evaluación del proceso asistencial, y la elaboración de una base de datos para los sistemas de información de la asistencia especializada. Termina: Con el ingreso hospitalario del paciente, la programación de las consultas, quirófanos y pruebas especiales, las altas hospitalarias, y la facturación y codificación de los archivos.

RELACIONES CLIENTES/PROVEEDOR PRIORITARIAS			
PROVEEDOR	ENTRADAS	SALIDAS	CLIENTE
URGENCIAS Sº ATENCIÓN USUARIO	PACIENTE con iniciativa propia	INGRESO	H. CONVENCIONAL URGENCIAS UCI
A. PRIMARIA A. ESPECIALIZADA C. EXTERNAS Sº DE EMERGENCIAS OTROS CENTROS	PACIENTE programado, derivado, y con entrada no programada	ALTAS	ATENCIÓN PRIMARIA OTROS CENTROS
		PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDAD	CONSULTAS EXTERNAS QUIRÓFANO PRUEBAS E.
		FACTURACIÓN CODIFICACIÓN	D. DE GESTIÓN ARCHIVOS

PRINCIPALES INDICADORES
Descitaciones o reprogramaciones Cumplimiento de agenda pactada Tiempo medio de espera para la primera consulta Índice de satisfacción sobre el trato al usuario Porcentaje de ingresos realizados con respecto a los programados Tiempo de tramitación para solicitud de pruebas a otros hospitales Porcentaje de certificaciones realizadas respecto a las solicitadas Cumplimentación del registro de ingresos Número de reclamaciones al Servicio de admisión

VALIDADO POR	FECHA DE VALIDACIÓN
DIRECCIÓN MÉDICA	22-06-06

Proceso: Admisión



PROCESOS

4.1.2.- Hospitalización

EMCA

Ficha del proceso: Hospitalización

NOMBRE DEL PROCESO	CÓDIGO
HOSPITALIZACIÓN	

GESTOR	FECHA DE REVISIÓN
DIRECTORA MÉDICA	ANUAL

MISIÓN

Qué: Prestación de servicios integrados de atención sanitaria especializada, docencia e investigación a los usuarios/pacientes tanto en aspectos científicos-técnicos de calidad como en las dimensiones de atención personal que acompaña la asistencia, y donde los profesionales que trabajan en él se convierten en su mayor activo y su mayor capital.
Para qué: Diagnosticar, curar, aliviar, informar
Para quién: El usuario/paciente es el eje de todas las actividades. La satisfacción de sus necesidades y expectativas se extienden a la calidad en la atención asistencial y el trato personal durante su estancia hospitalaria.

ELEMENTOS DEL ENTORNO DIRECTAMENTE AFECTADOS

CLIENTE	EQUIPO HUMANO	PROVEEDORES	SOCIEDAD	SISTEMA SANITARIO
X	X			

RELACIONES CLIENTES/PROVEEDOR PRIORITARIAS

PROVEEDOR	ENTRADAS	SALIDAS	CLIENTE
ADMISIÓN DE URGENCIAS	PACIENTE A DIAGNOSTICAR Y TRATAR	PACIENTE DIAGNOSTICADO Y TRATADO	PACIENTE
ADMISIÓN DE HOSPITALIZACIÓN		ALTAS	ATENCIÓN PRIMARIA
		INFORME CLÍNICO	CONSULTAS EXTERNAS
		RECETAS	OTROS HOSPITALES

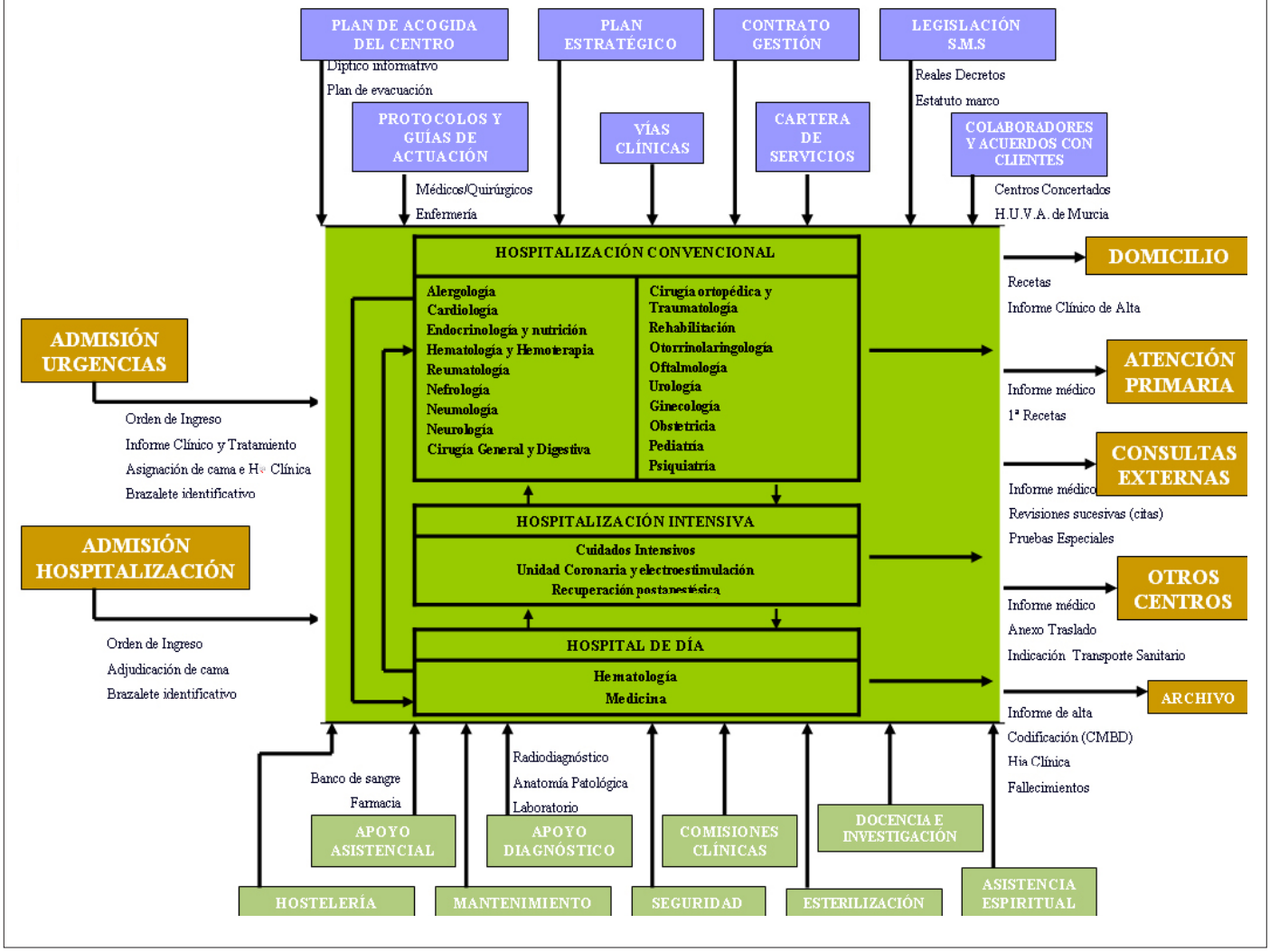
PRINCIPALES INDICADORES

Altas totales
  Altas hospitalización
<u>Casuística</u>
Peso Relativo Hospitalización
Peso Medio Hospitalización
<u>Gestión de estancias</u>
Razón de Funcionamiento Estándar
EM Observada
IEMA
<u>Gestión del potencial ambulatorio</u>
Tasa de sustitución
Índice de ambulatorización quirúrgica
<u>Gestión de las estancias preoperatorias</u>
Razón de Funcionamiento Estándar activ. Urgente
Razón de Funcionamiento Estándar activ. Programada

<u>Mortalidad</u>
Tasa bruta
Índice de mortalidad ajustado por riesgo (IMAR)
<u>Complicaciones</u>
Promedio de diagnósticos por alta
Tasa bruta
Índice de complicaciones ajustado por riesgo (ICAR)
<u>Readmisiones</u>
Promedio de ingresos por paciente
Tasa bruta de readmisiones
Índice de readmisiones ajustado por riesgo (IRAR)

VALIDADO POR	FECHA DE VALIDACIÓN
DIRECCIÓN MÉDICA	22-06-06

Proceso: hospitalización



PROCESOS

4.1.3.- Gestión de pacientes interniveles

Ficha del proceso: Gestión de pacientes entre niveles

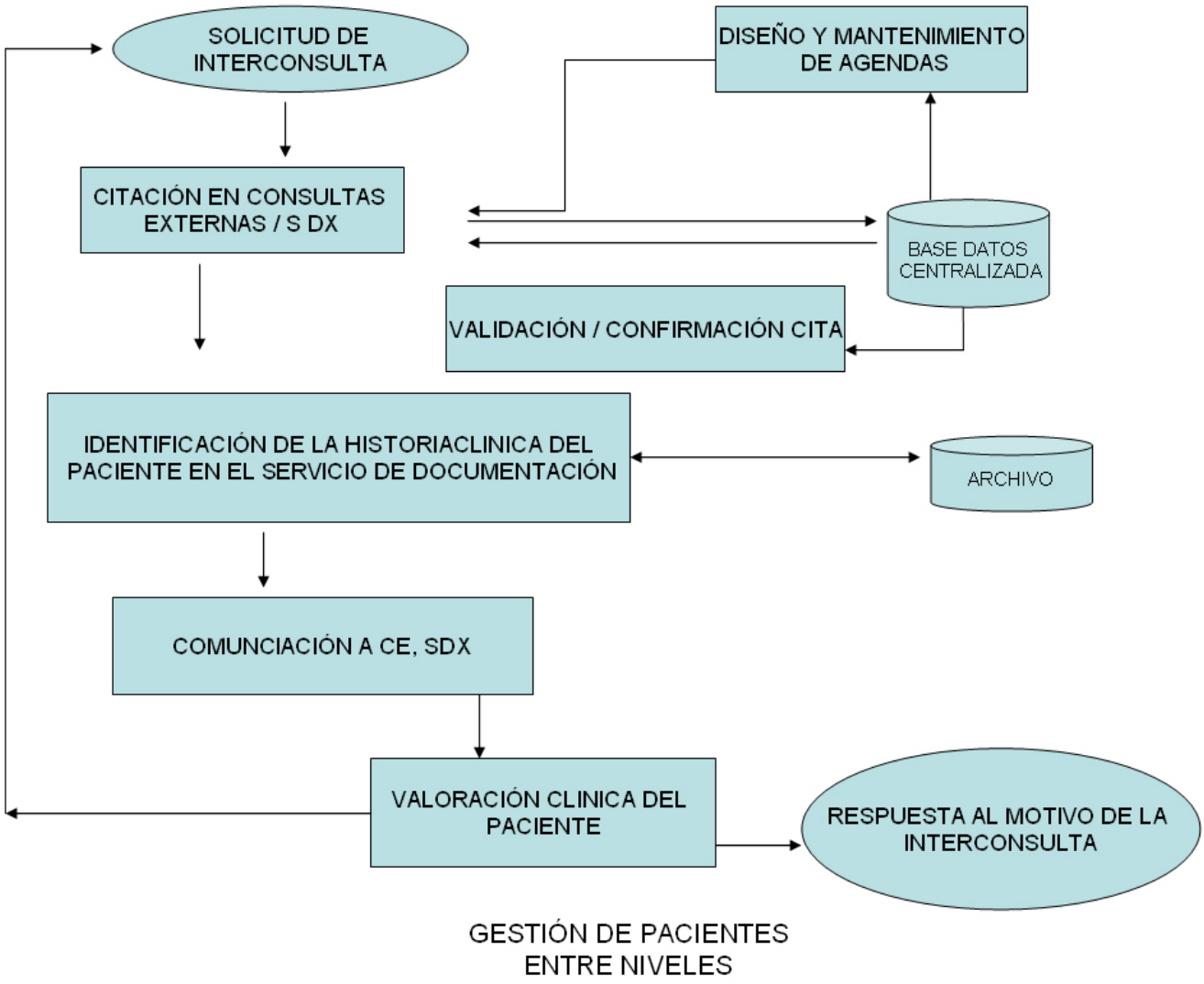
MISIÓN:

QUÉ: Organizar el flujo de pacientes en el entramado asistencial poniendo a disposición de los profesionales sanitarios la información y herramientas adecuadas para optimizar los planes diagnósticos de los pacientes asegurando una asistencia eficaz y eficiente

PARA QUÉ: Optimizar los tiempos de acceso de los pacientes a la resolución diagnóstica, disminuyendo los tiempos de espera y evitando la repetición innecesaria de pruebas diagnósticas.

PARA QUIÉN: Pacientes y profesionales.

Gestión de pacientes entre niveles



GESTIÓN DE PACIENTES ENTRE NIVELES

SUBPROCESOS:

- Diseño de agendas de consultas externas
- Diseño agendas de servicios diagnosticos: laboratorio, radiologia, anatomia patológica,..
- Citación
- Validación de la citación
- Identificación de historia en archivo central
- Evaluación del paciente en la ce ó sd. Respuesta al motivo de la interconsulta.

LIMITE INICIAL: Realización de la interconsulta

LIMITE FINAL: Informe respuesta al motivo de la interconsulta

Relación proveedores prioritaria

PROVEEDOR	ENTRADA	REQUISITOS
PACIENTE DESDE AP	INTERCONSULTA	Comprensible, completo, con indicación de la necesidad. Diagnostico, tratamiento, segunda opinión,..
PACIENTE DESDE AE	INTERCONSULTA /INFORME	Comprensible, completo, con indicación de la necesidad. Diagnostico, tratamiento, segunda opinión,..
PACIENTE DESDE HOSPITAL	INTERCONSULTA /INFORME	Comprensible, completo, con indicación de la necesidad. Diagnostico, tratamiento, segunda opinión,..

RELACIÓN CLIENTE PRIORITARIAS		
CLIENTE	NECESIDADES	SALIDAS
PACIENTE	•Buen trato •Diagnostico correcto •Atención rápida •Tratamiento adecuado •Informe de la atención •Información de su proceso	INFORME
PROFESIONAL	•Información en tiempo y forma •Garantía de los datos •Buen trato	INFORME

Guías y recursos

- Protocolos clínicos
- Servicio de admisión en 2º nivel
- Servicio en el 1º nivel de gestión de servicios de 2ºnivel
- Gestor integrado de agendas de las consultas y de los servicios diagnósticos
- Compromiso de los responsables
- Líneas estratégicas de continuidad de cuidados
- Implicación de los gestores

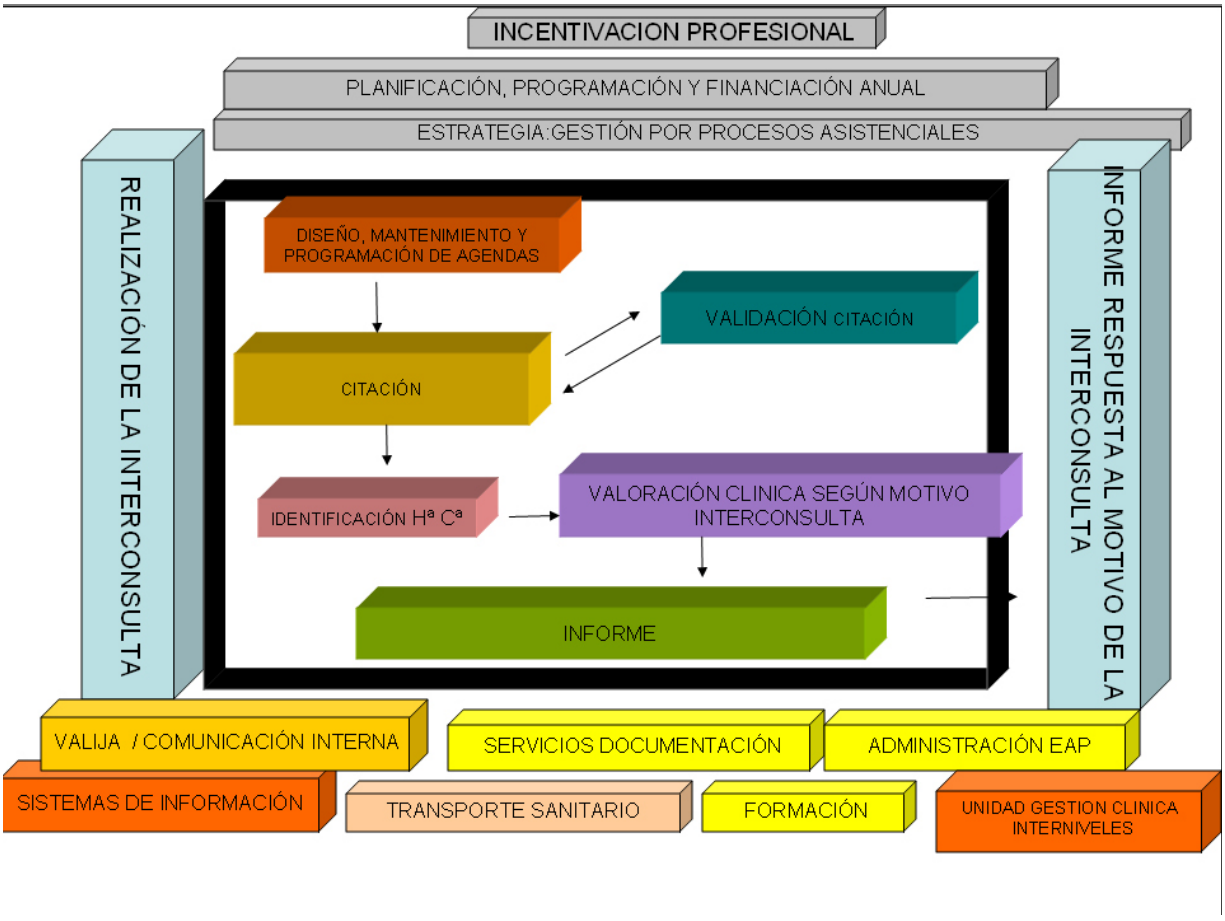
Actividades

- Solicitud de la interconsulta previa valoración de la necesidad
- Cita desde atención primaria
- Cita en servicio de admisión.
- Identificación de la historia clínica del paciente.
- Mantenimiento de las agendas
- Diseño de las agendas
- Comunicación de los listados las CE o SDX.
- Validación de la cita
- Coordinación de las citas entre los servicios
- Recitaciones
- Citas desde AE: urgencias hospitalarias, hospitalización, continuidad de la atención e interconsultas entre AE.
- Respuesta a la interconsulta.

Indicadores

- Interconsultas realizadas según protocolo por patologia/ total interconsulta realizada por esa patologia
- Respuestas en informe /total informes
- Demora para la primera visita por especialidad y en la realización de pruebas diagnósticas (rx, eco,..)
- Nº de dias hasta completar estudio y/o llegar al diagnostico
- Nº de reprogramaciones por consulta /3meses
- Nº de revisiones ajustadas a protocolo/total revisiones
- Nº repeticiones de pruebas diagnosticas por proceso protocolizado
- •Demora en las revisiones
- Tiempo medio para la remisión de informes de las pruebas diagnosticas
- Nº de patologias protocolizadas/total de priorizadas

Gestión de pacientes entre niveles



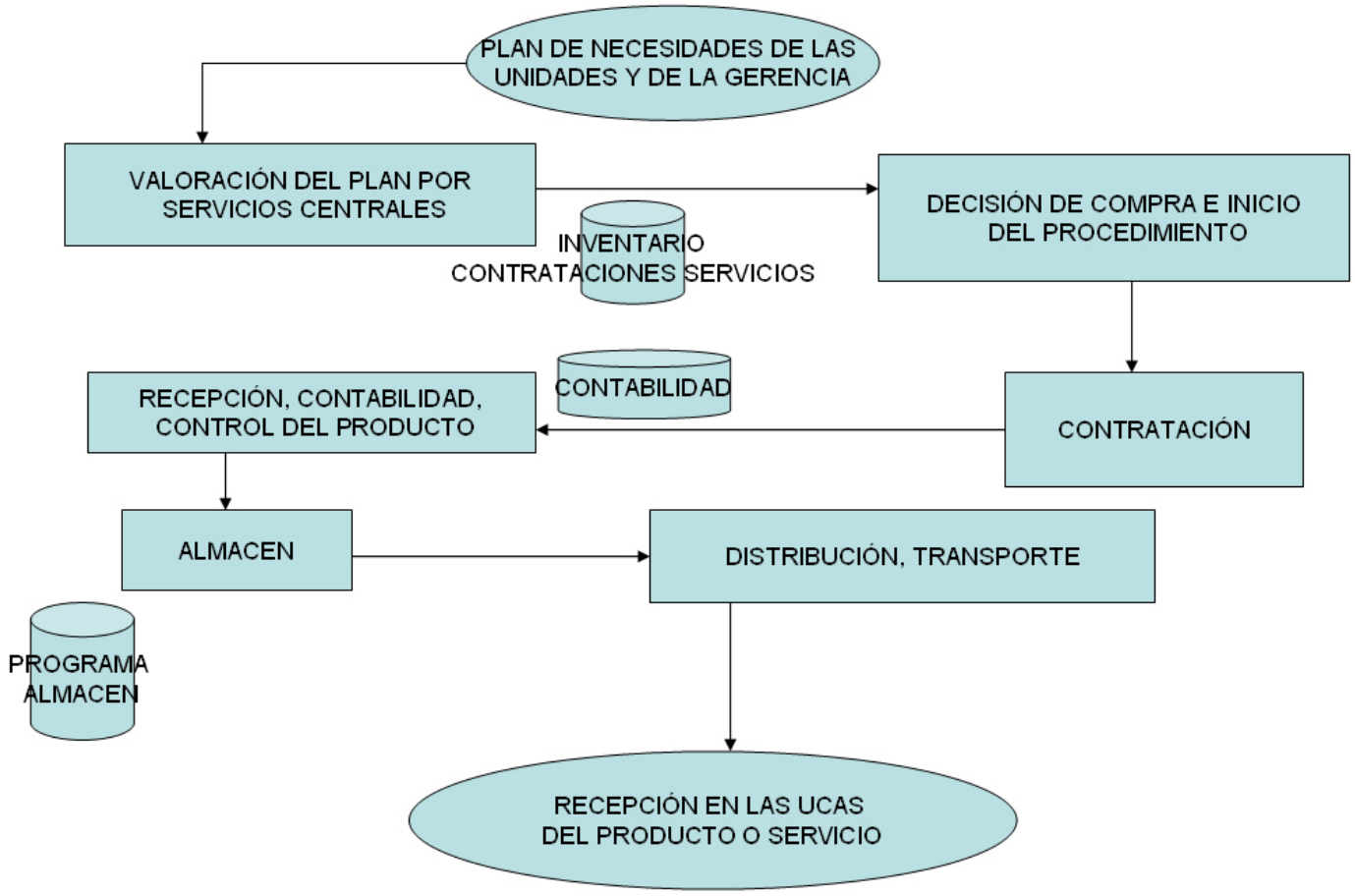
PROCESOS

4.1.4.- Aprovisionamiento de A.P.

MISIÓN

- QUÉ: Dotar a las unidades de los bienes y servicios necesarios para su funcionamiento ajustándonos a criterios de gestión financiera y de idoneidad de los productos y servicios
- PARA QUÉ: Para que puedan desarrollar sus funciones específicas.
- PARA QUIEN: Unidades clínico asistenciales y servicios centrales de la gerencia.

Proceso: Aprovisionamiento



Subprocesos

- PLAN NECESIDADES, DETECCIÓN
- VALORACIÓN NECESIDAD
- VALORACIÓN DE NUEVOS PRODUCTOS O SERVICIOS
- PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO: informe sobre el procedimiento y forma de adjudicación , resolución de inicio, resolución de aprobación, resolución de adjudicación y contrato.
- ALMACEN CENTRAL
- DISTRIBUCIÓN Y TRANSPORTE
- CONTROL DE IDONEIDAD DEL PRODUCTO
- ALMACENAJE EN LAS UCAS
- CONTROL DEL USO

Limites

- Limite inicial: plan de necesidades
- Limite final: llegada del producto o servicio a la unidad solicitante

Relación proveedores prioritaria

PROVEEDOR	ENTRADA	REQUISITOS
Responsables de las UCAS	PLAN DE NECESIDADES	•Que responda a las necesidades actuales de la UCA •Que prevea las necesidades futuras •Que contemple la reposición por desgaste del material inventariable •Que prevea las necesidades de los nuevos servicios
	IMPREVISTOS	•Que sean pocos •Que se justifique la necesidad
Responsables de gerencia	PLAN DE NECESIDADES	•Que contemple los servicios ya implantados •Que responda a las necesidades actuales de la UCA •Que prevea las necesidades futuras •Que contemple la reposición por desgaste del material inventariable •Que prevea las necesidades de los nuevos servicios
	IMPREVISTOS	•Que sean pocos •Que se justifique la necesidad

Relación clientes prioritaria

CLIENTE	NECESIDADES	SALIDAS
PROFESIONALES	•Compromiso de los gestores •Compras adecuadas y a tiempo •Expresar sus necesidades y ser atendidos •Los servicios que se contraten sean adecuados y tengan un control del contrato •Facilidad en la cumplimentación del plan de necesidades •Plan de gestión interna de sus propios recursos	PLAN DE GESTIÓN
		PROCESO DE APROVISIONAMIENTO

Guías y recursos

- Formulación del plan de necesidades
- Guia del procedimiento administrativo
- Recursos informaticos de contabilidad y almacen
- Medios de transporte
- Personal especifico de almacen, transporte, administrativo, responsables de UCAS
- Plan financiero y contable

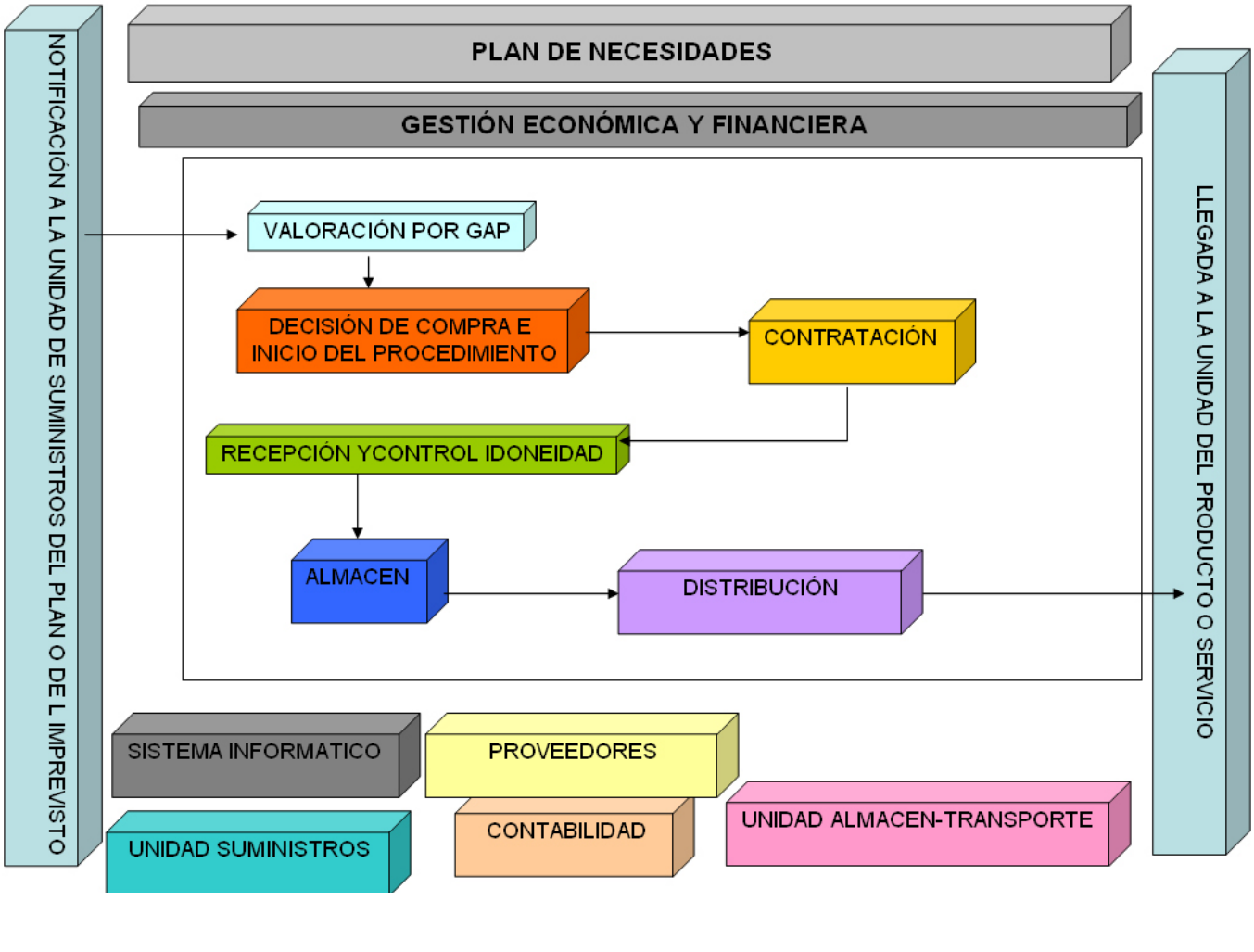
Actividades

- Valoración de la necesidad por las ucas
- Realización del plan anual y valoración de los imprevistos
- Valoración en la gerencia de la oportunidad
- Valoración de productos nuevos
- Procedimiento administrativo-contratación
- Recepción de los productos
- Contabilidad
- Valoración de la idoneidad de los productos
- Almacenaje
- Distribución
- Recepción en las ucas
- Evaluación del servicio- producto

Indicadores

- Nº planes de necesidades recibidos en gerencia/total de ucasdos
- Nº de productos servidos/total de productos solicitados
- Nº de imprevistos
- Compras realizadas sin procedimiento reglado/total compras
- Nº productos bajo nivel de stokaje en los almacenes centrales
- Indicadores centinela:
- Desabastecimiento
- Devoluciones de material desde las ucas por inadecuación
- Pérdida de material por caducidad.

Proceso: Aprovisionamiento



PROCESOS
4.2.- ÁREA V

PROCESOS

4.2.1 - Gestión de residuos-gestión Ambiental

Misión

• **Nombre:**

- Gestión de residuos grupos :I,II, III, IV, V y VI

• **Misión:**

- Que:
  Definir, identificar, organizar y coordinar todas las directrices por las que se rigen los residuos hospitalarios desde su recogida en origen, manipulación, segregación, almacenamiento temporal y expedición (incluyendo carga, transporte y documentación) con el fin de minimizar la producción de los mismos y por lo tanto reducir su efecto negativo y optimizar su gestión.

- Para qué:
  - Reducir cualquier daño de forma interna (profesionales) o externa (medioambiental)
  - Evitar molestias derivadas de su presencia (malos olores, motivos estéticos ...)

- Para quién:
  - Pacientes
  - Profesionales
  - Medio ambiente

Límites

• **Límite inicial:**

- Generación de residuos por la actividad asistencial

• **Límite final:**

- Retirada de los residuos por la empresa en contenedores homologados del almacén intermedio

Subprocesos

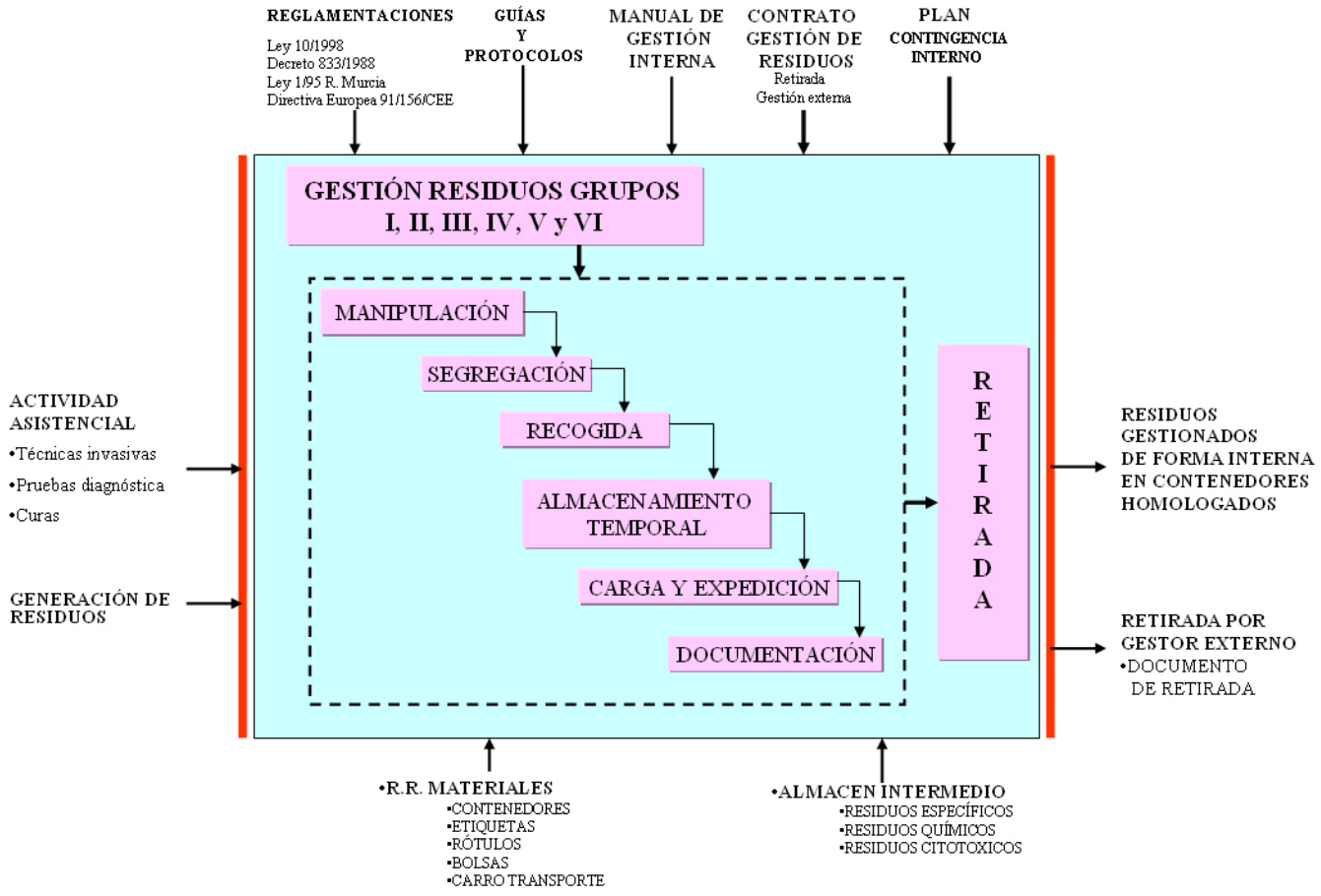
• **Partes en las que se descompone el proceso**

- Clasificación
- Manipulación
- Segregación
- Recogida
- Almacenamiento temporal
- Carga y expedición
- Documentación

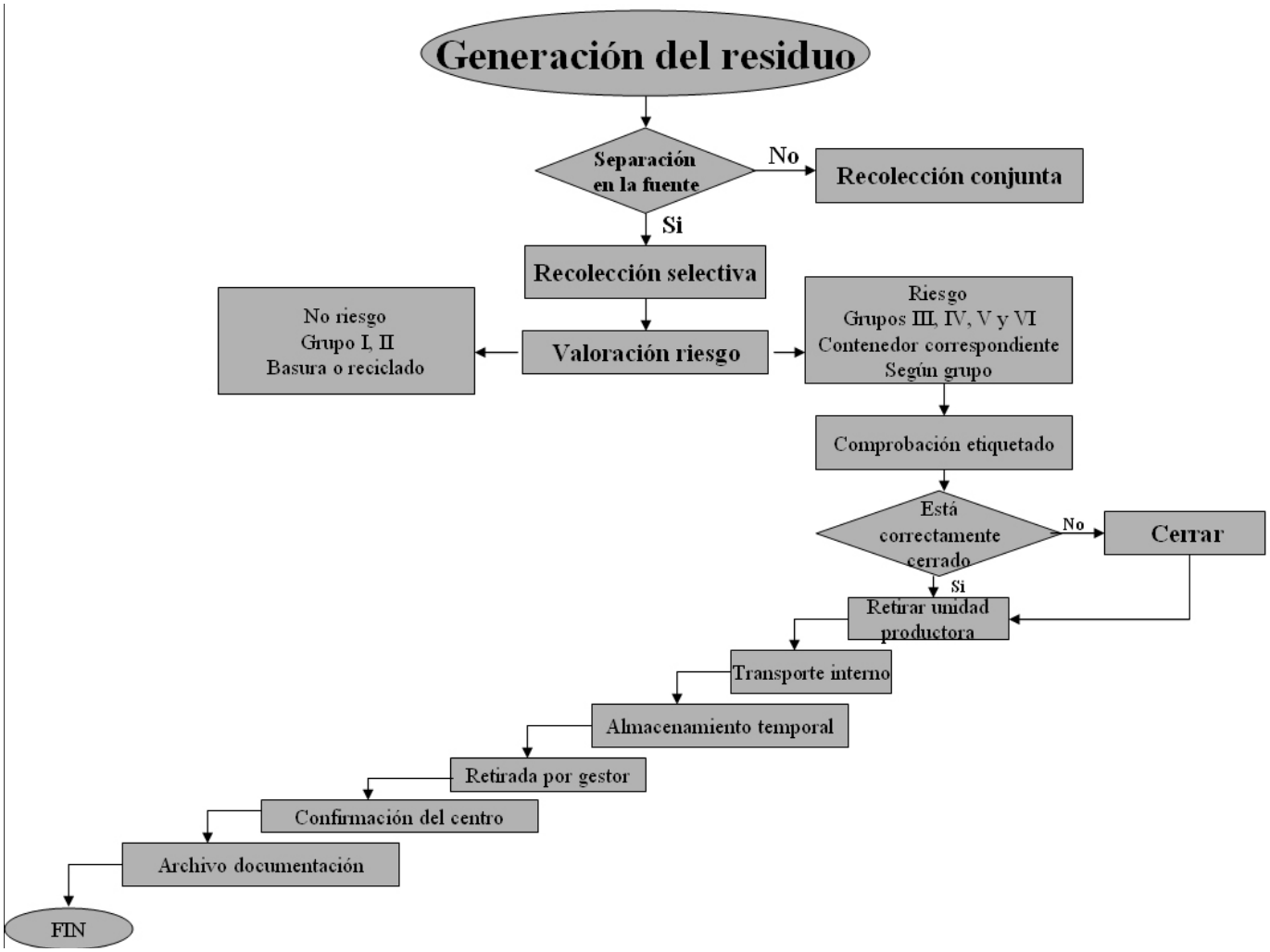
Indicadores

Cantidad total de residuos por centro
Cantidad total de residuos producidos por Unidad
Nº total accidentes relacionados con manipulación de residuos / Nº total de accidentes x 100
Cantidad de residuo producido /cama ocupada / día
Nº total contenedores correctamente almacenados s/ protocolo / Nº total de contenedores x 100

Proceso: Gestión de residuos área V



Proceso: gestión de residuos Área V



PROCESOS

4.2.2.- Gestión de mantenimiento

Misión

- **Nombre**
  - Gestión de MANTENIMIENTO

- **Misión:**
  - Que:
    Función empresarial que se encarga del control constante de las instalaciones y equipos además del conjunto de trabajos de reparación y revisión necesarios para garantizar el funcionamiento regular y el buen estado de conservación de las instalaciones productivas de servicios e instrumentación de los establecimientos. Creando un ambiente de confortabilidad y seguridad para el paciente y los profesionales sanitarios, formando parte de la calidad asistencial.

  - Para qué:
    - Obtención de la mayor vida económica de los equipos
    - Evitar molestias derivadas de roturas en equipamiento.
    - Asegurar la continuidad de la función de la Organización en las mejores condiciones
    - Correcta conservación de patrimonio, bienes y equipos.

  - Para quién:
    - Pacientes
    - Profesionales
    - Medio ambiente

Límites, requisitos y expectativas

- **Límite inicial**

  - Generación de averías o roturas en instalaciones-bienes-equipos, revisiones periódicas o reglamentarias y Mantenimiento mejorativo (Reformas)

- **Límite final:**

  - Fin de las reparaciones, entrega de equipos reparados ,informes de revisiones periódicas o reglamentarias y terminación reformas.

- **Requisitos de Entrada:**

  - Origen desde parte de avería, normativas o reglamentos, desde revisiones periódicas o desde una orden procedente de la jefatura de mantenimiento.

- **Espectativas de los clientes:**

  - Buen funcionamiento de equipos e instalaciones, cubrir las necesidades de los distintos profesionales, atención de calidad a los pacientes y ausencia de riesgos en el desarrollo de las distintas actividades hospitalarias

Subprocesos

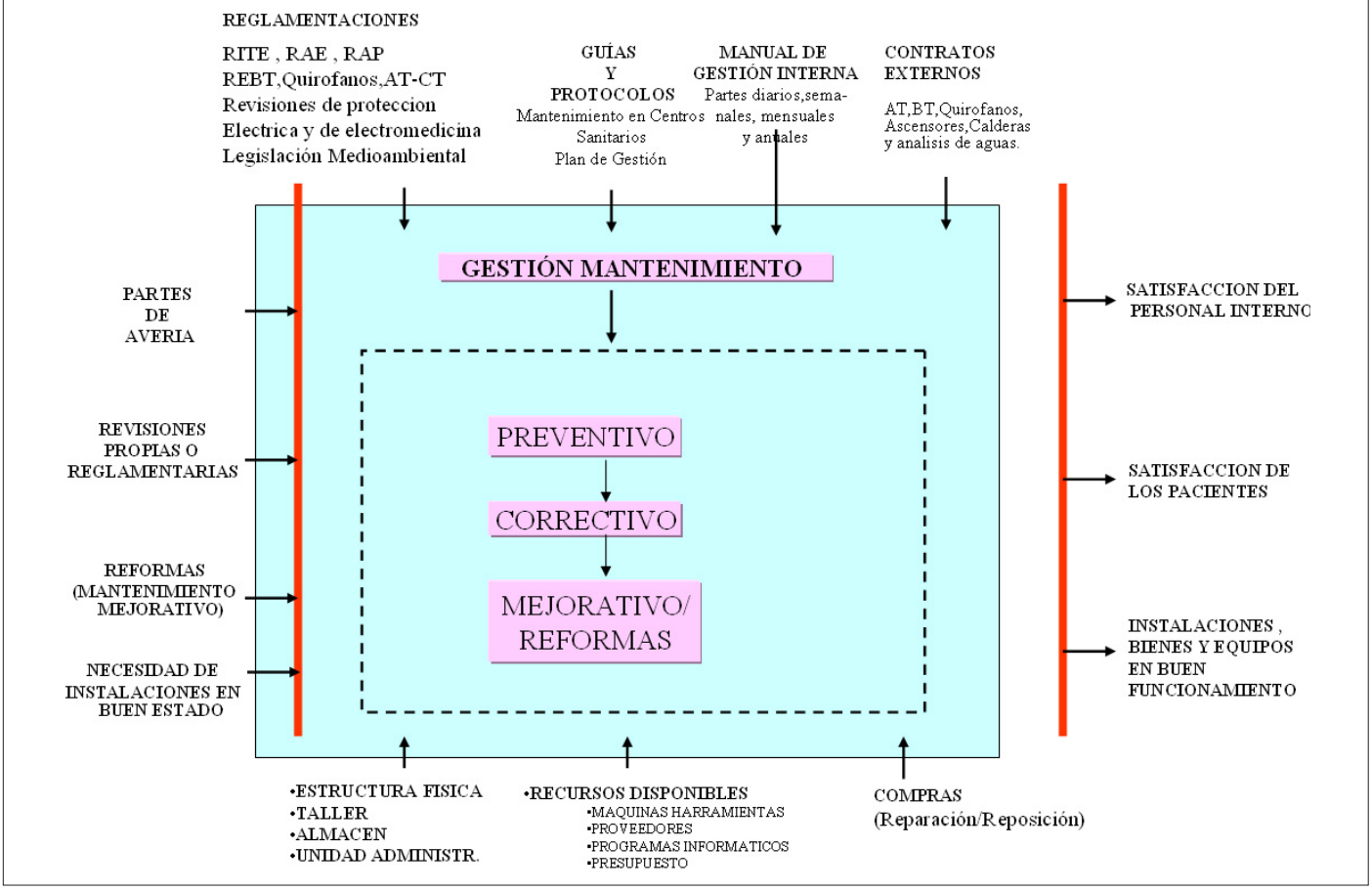
- **Partes en las que se descompone el proceso**

Avería	Revisiones	Reformas
Mantenimiento correctivo	Mantenimiento preventivo	Mantenimiento mejorativo
- Detección de la avería - Reparación o petición de material - Asistencia Técnica Exterior - Seguimiento reparación - Comprobación del funcionamiento - Entrega del equipo o puesta en marcha	-Establecimiento de revisiones period o reglamentarias. Formatos - Aviso asistencia tec. Exter. - Realización revisión - Elaboración informe - Si aparece avería a averías	- Estudio previo de mejora. - Realización de estudio o proyecto - Presupuestos. - Orden de trabajo (petición mat./m.obra) o adjudicación - Seguimiento reforma. - Entrega de la reforma y puesta en marcha.

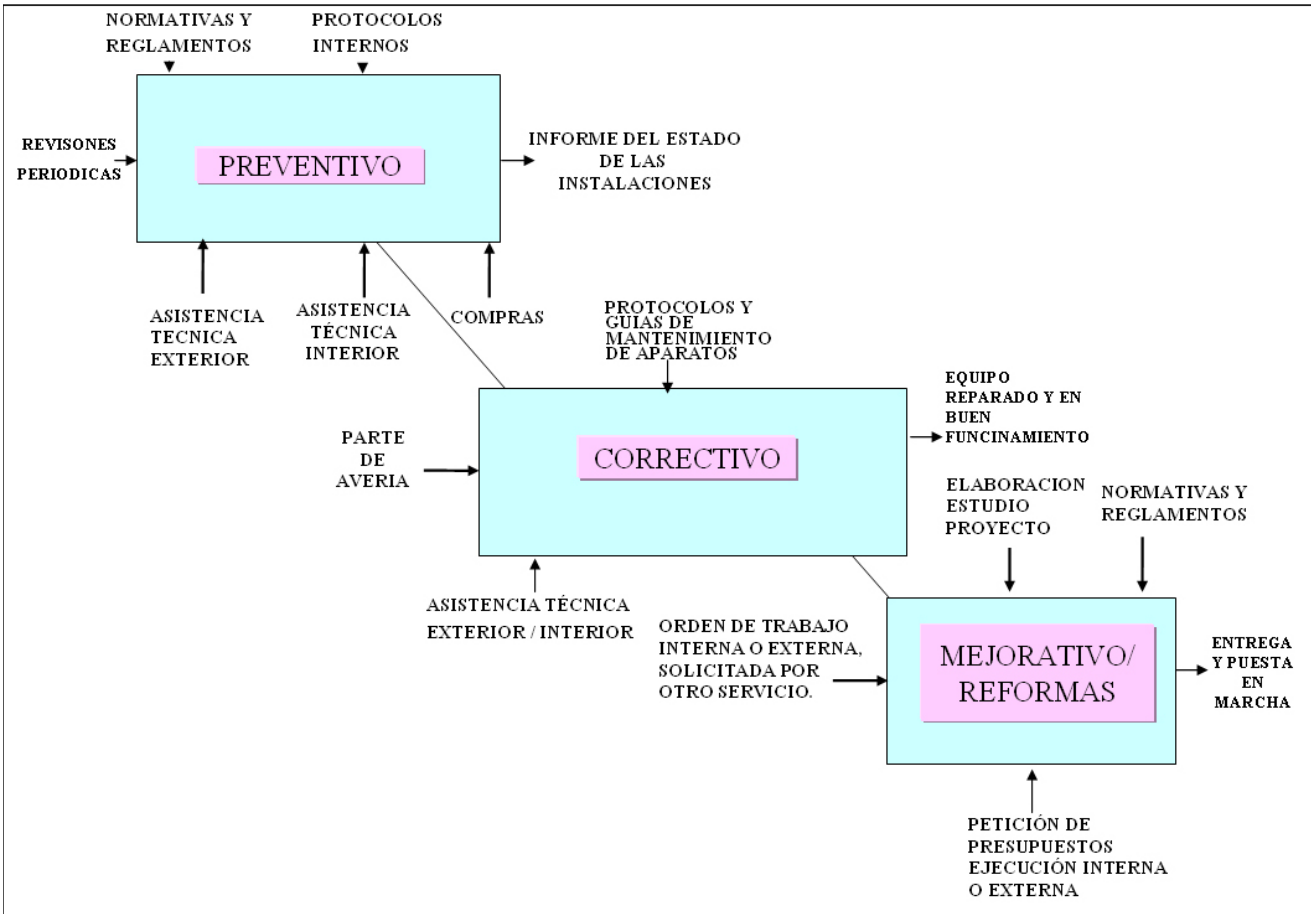
Indicadores

- Tiempo de respuesta de reparaciones de asist. técnica exterior
- Tiempo de respuesta de reparaciones realizadas por pers.propio
- Número total de partes de mantenimiento.
- Número total de partes por persona.
- Coste total / Coste Medio por Parte.

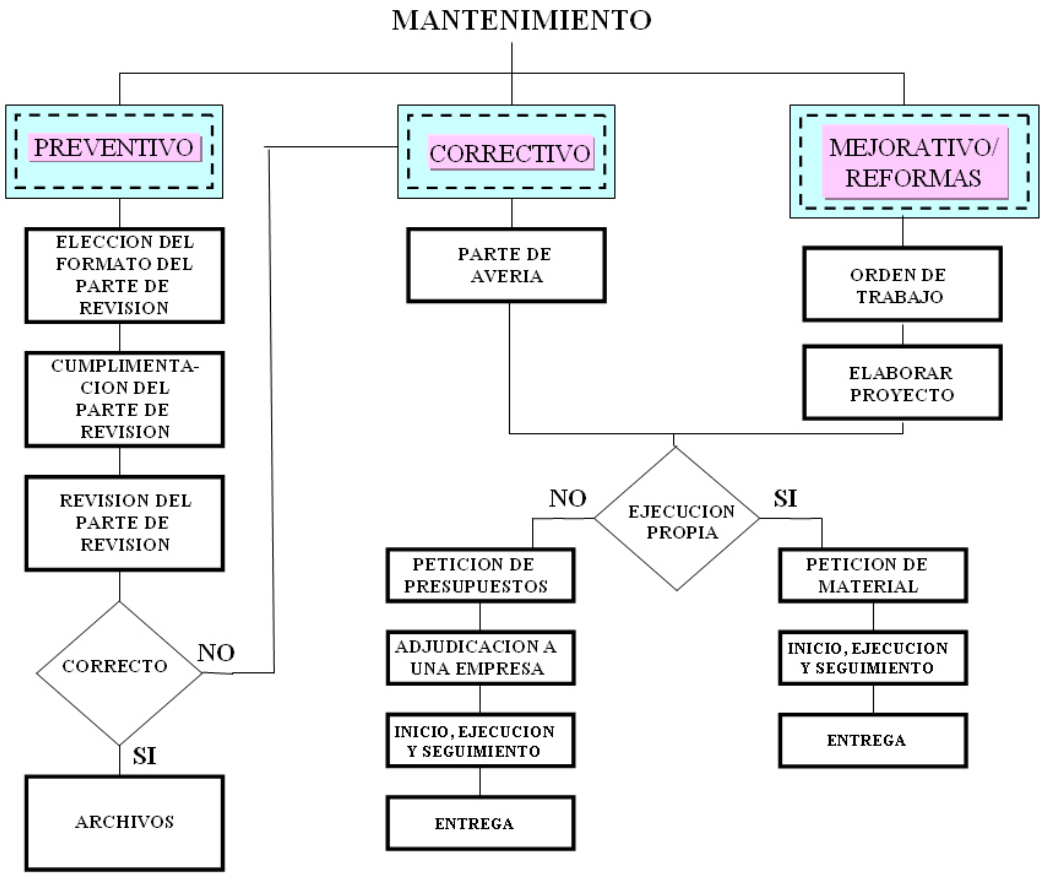
Proceso: Gestión de mantenimiento



Proceso: Gestión de mantenimiento



Flujograma: Gestión de mantenimiento



Procedimientos

ACTIVIDADES :

Ingeniero Jefe	Jefe de Taller	Oficios	Auxiliar Admin.
Elección Parte de Revisión		Cumplimentación Parte de Revisión	
Revisión Parte de Revisión		Ejecucion de trabajos	Registro Parte de Revisión
		Trabajo Seguro	Recepción del Parte de Aver
Supervisión del Parte	Entrega Parte a oficios		Petición de Presupuestos
(Externo o interno)	con el material necesario		Archivo de actuaciones o
	Petición del material		trabajos
Adjudicaciones, informes	bajo supervisión		Registros de datos del
Y gestión del servicio	Seguimiento y ejecución		personal y proveedores
de mantenimiento y personal	de partes		
Seguimiento de partes	Recepción de trabajos		
Supervisión de entregas	Cumplimiento de las		
Y trabajos.	Órdenes del Ingeniero y su		
Cumplimiento de normativas	traslado a los oficios		
Técnicas y de Seguridad (PRL)	Control de los trabajos		
Asesoría Técnica de Dirección.			

PROCESOS
4.3.- GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA MURCIA

PROCESOS

4.3.1.- Suministros compras

El proceso que a continuación se presenta está en proceso de revisión por lo que no puede considerarse como definitivo.

Árbol nodal: suministros GAPMU

A1. Conocer las necesidades
- **A11. Recibir y clasificar las solicitudes**
- **A12. Analizar la pertinencia de las solicitudes**
  - A121. Revisar las peticiones ordinarias
  - A122. Analizar las peticiones urgentes
  - A123. Debatir las solicitudes novedosas
- **A13. Formular la lista definitiva de necesidades**

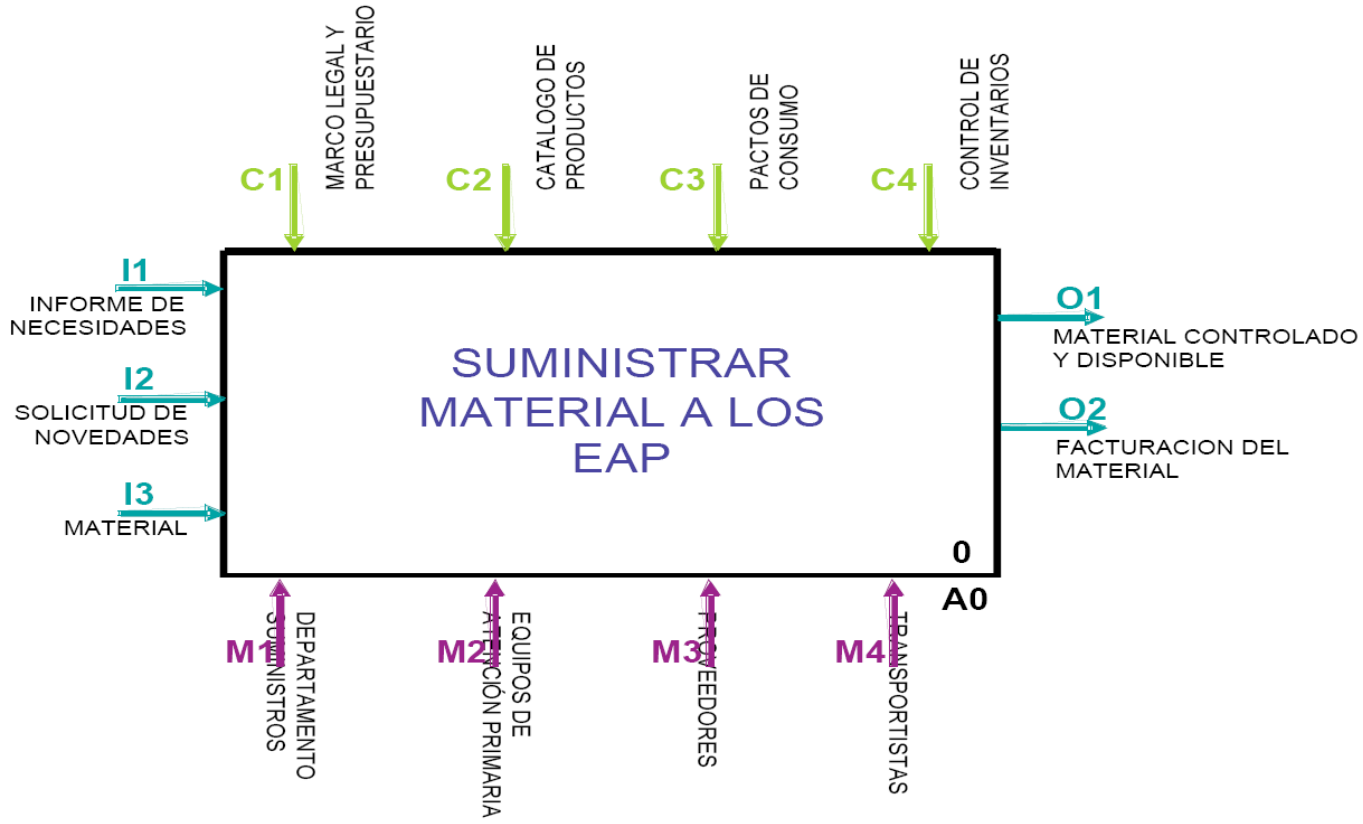
A2. Adquirir el material
- **A21. Comprobar el estocaje disponible**
- **A22. Aprobar las compras**
- **A23. Licitar los concursos necesarios**
- **A24. Formular peticiones a los proveedores**

A3. Recibir y catalogar el material
- **A31. Controlar los albaranes recibidos**
- **A32. Catalogar las existencias**
- **A33. Depositar las existencias en el almacén**
- **A34. Mantener el estocaje mínimo**

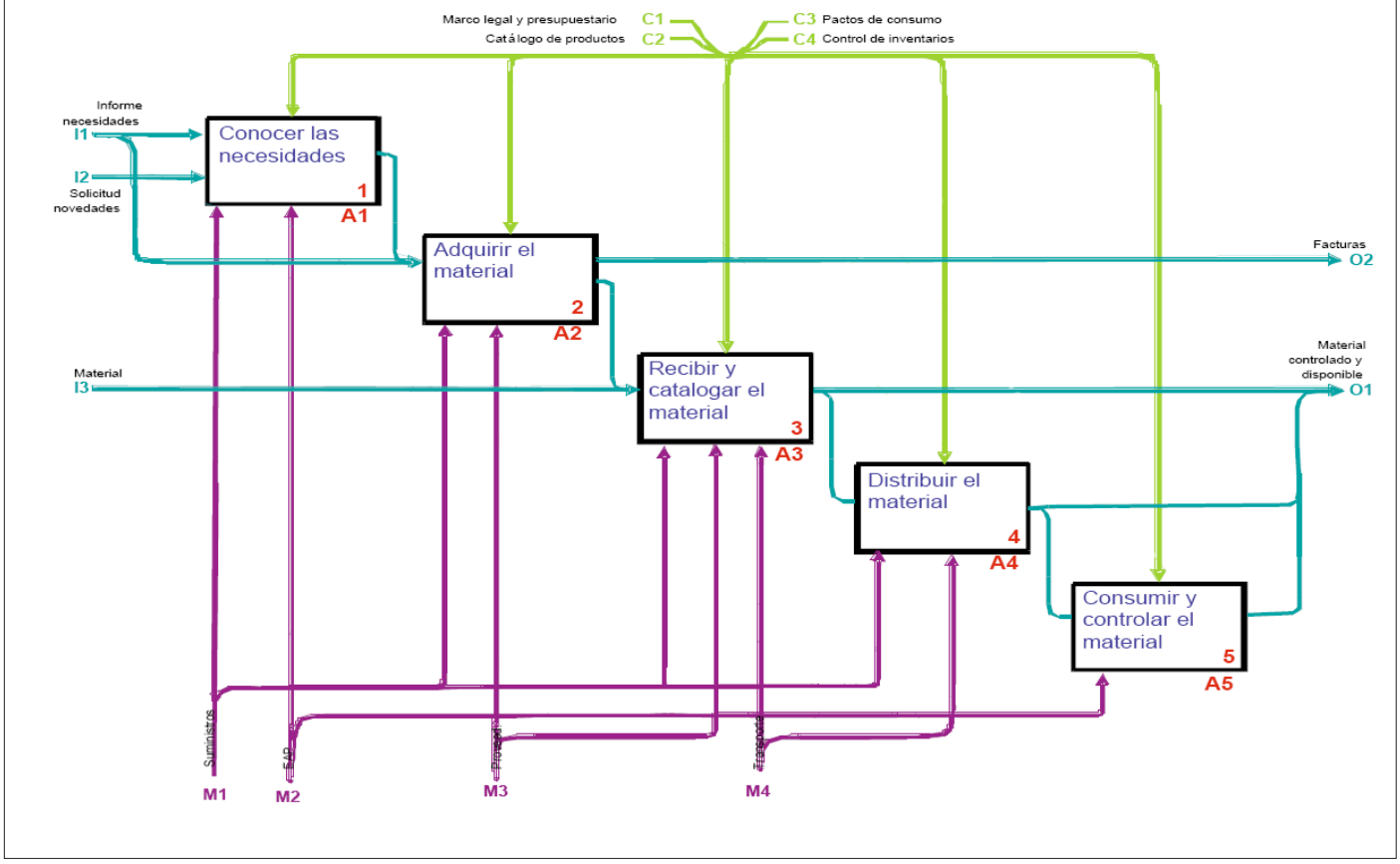
A4. Distribuir el material
- **A41. Organizar los pedidos de material solicitados**
- **A42. Disponer los medios de transporte necesarios**
- **A43. Desplazar el pedido a los centros solicitantes**
- **A44. Recibir y almacenar el material en los centros**

A5. Consumir y controlar el material
- **A51. Registrar el material utilizado**
- **A52. Controlar el inventario**
- **A53. Informar de necesidades**

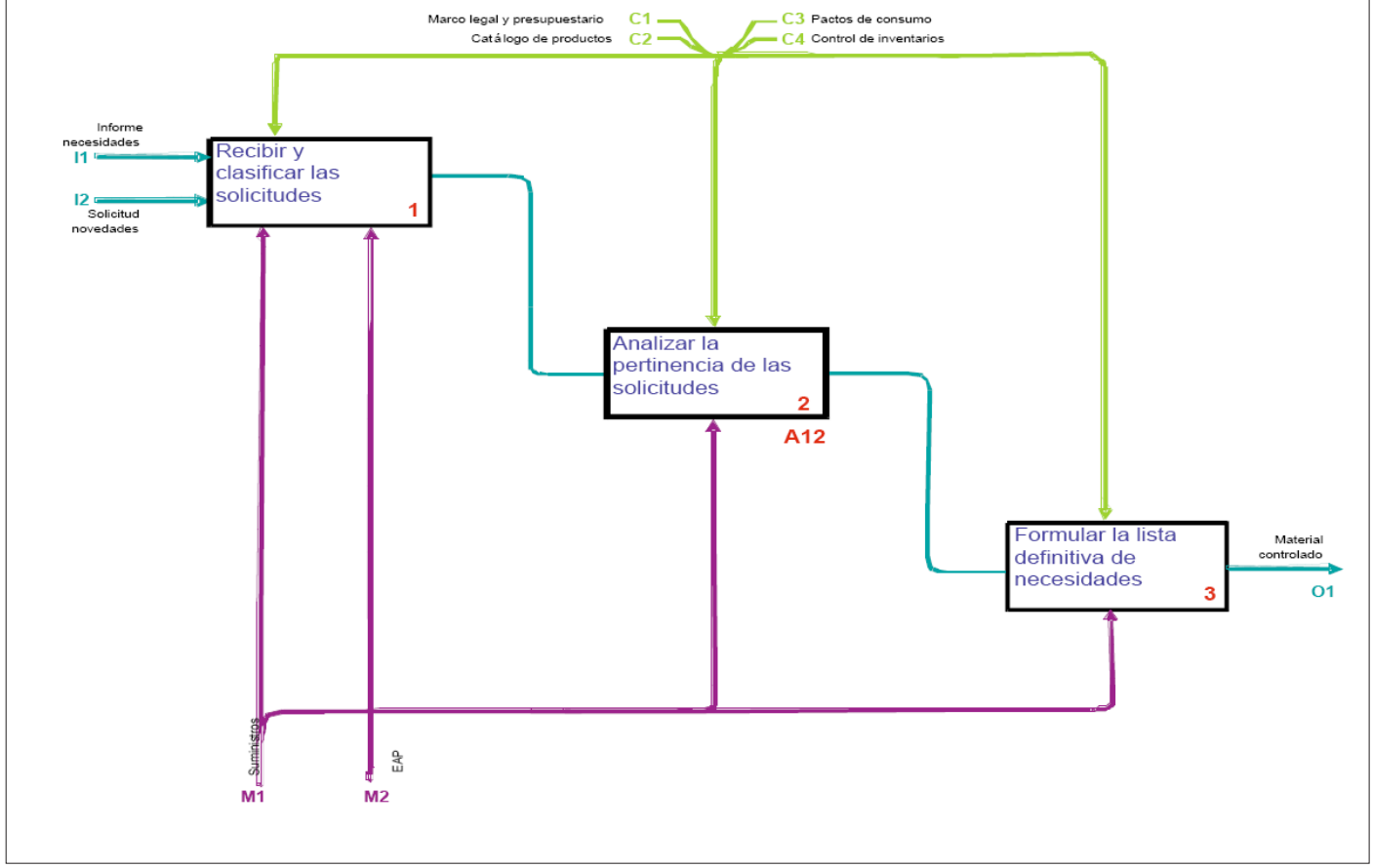
A-o: Suministros GAPMU



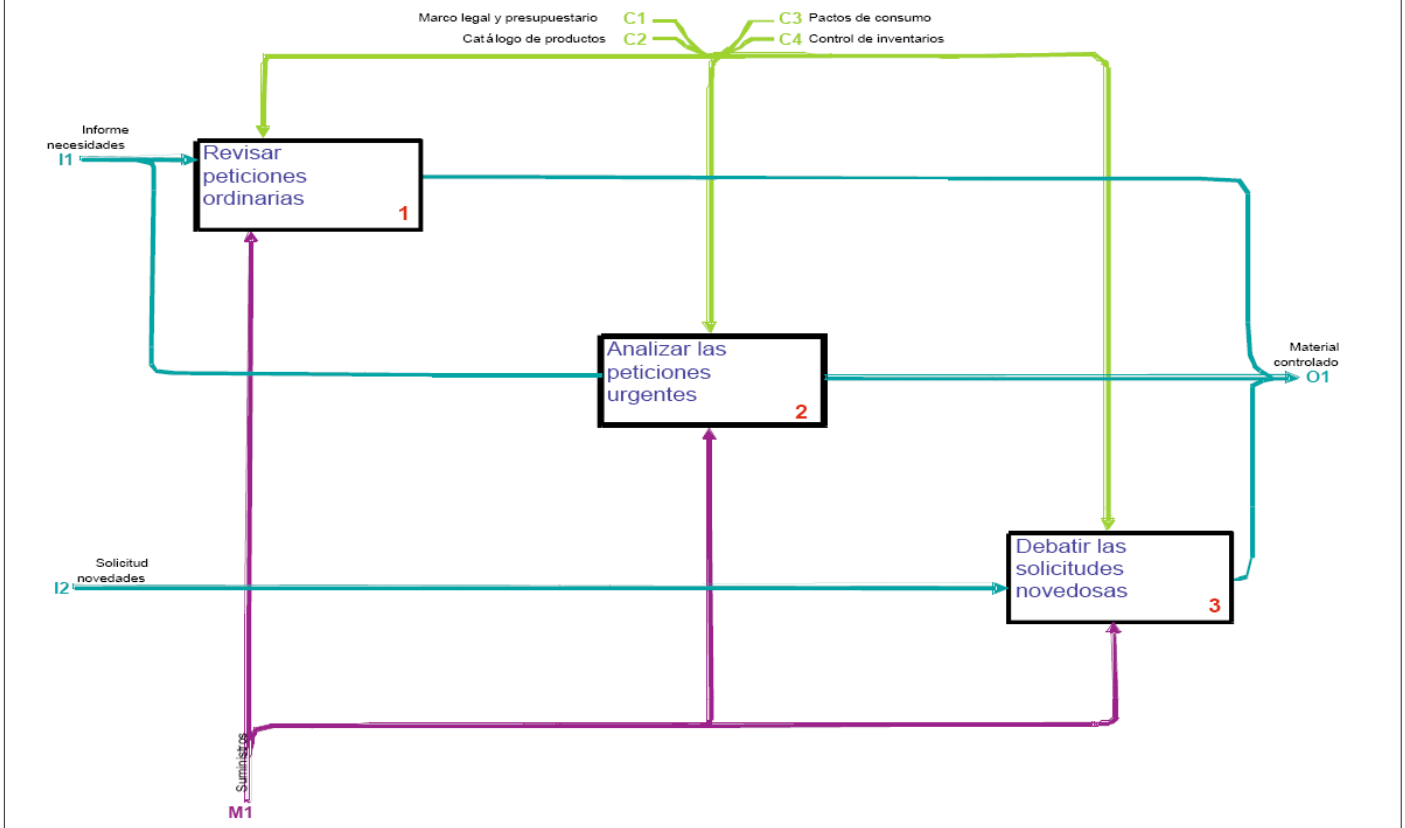
A0 - Suministrar material a los EAP



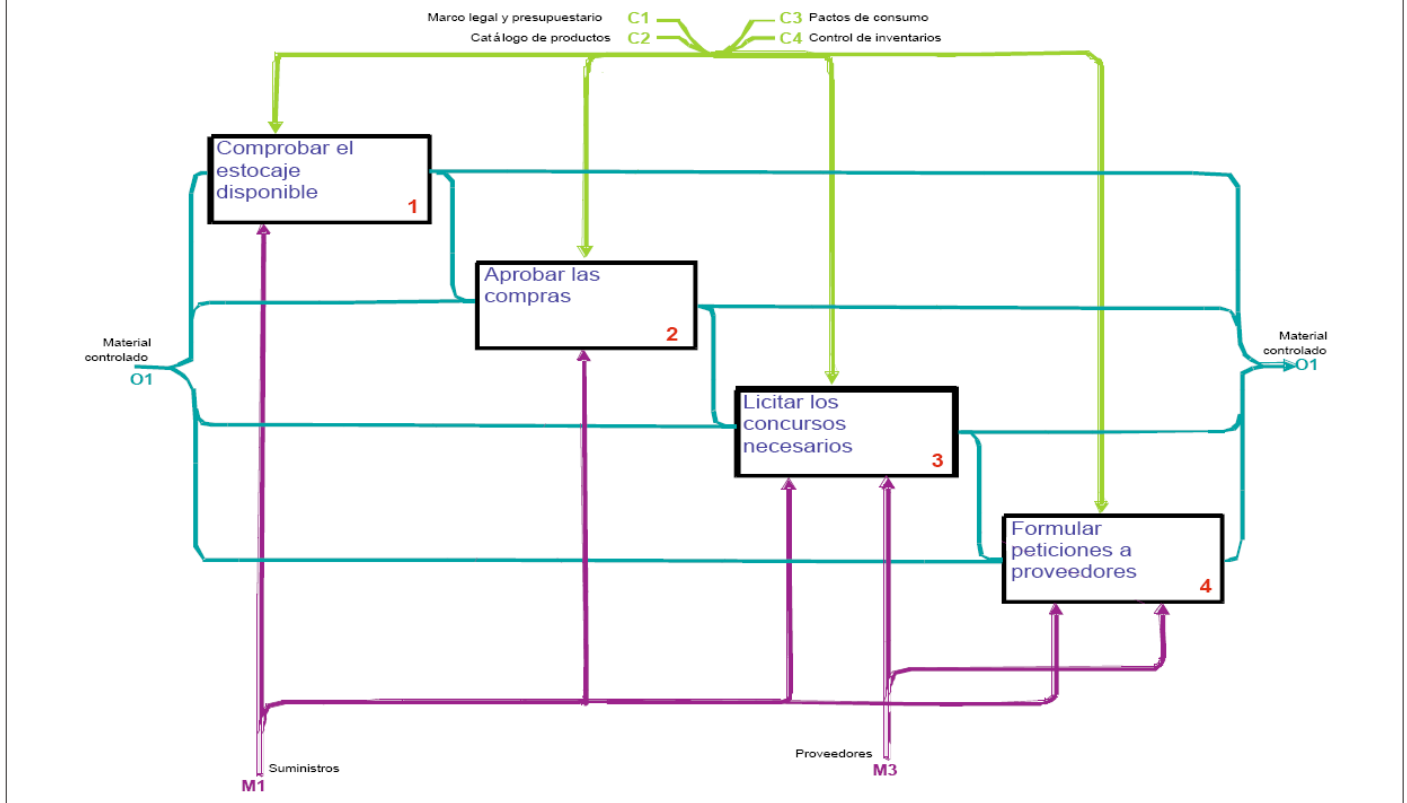
A1 - Conocer las necesidades



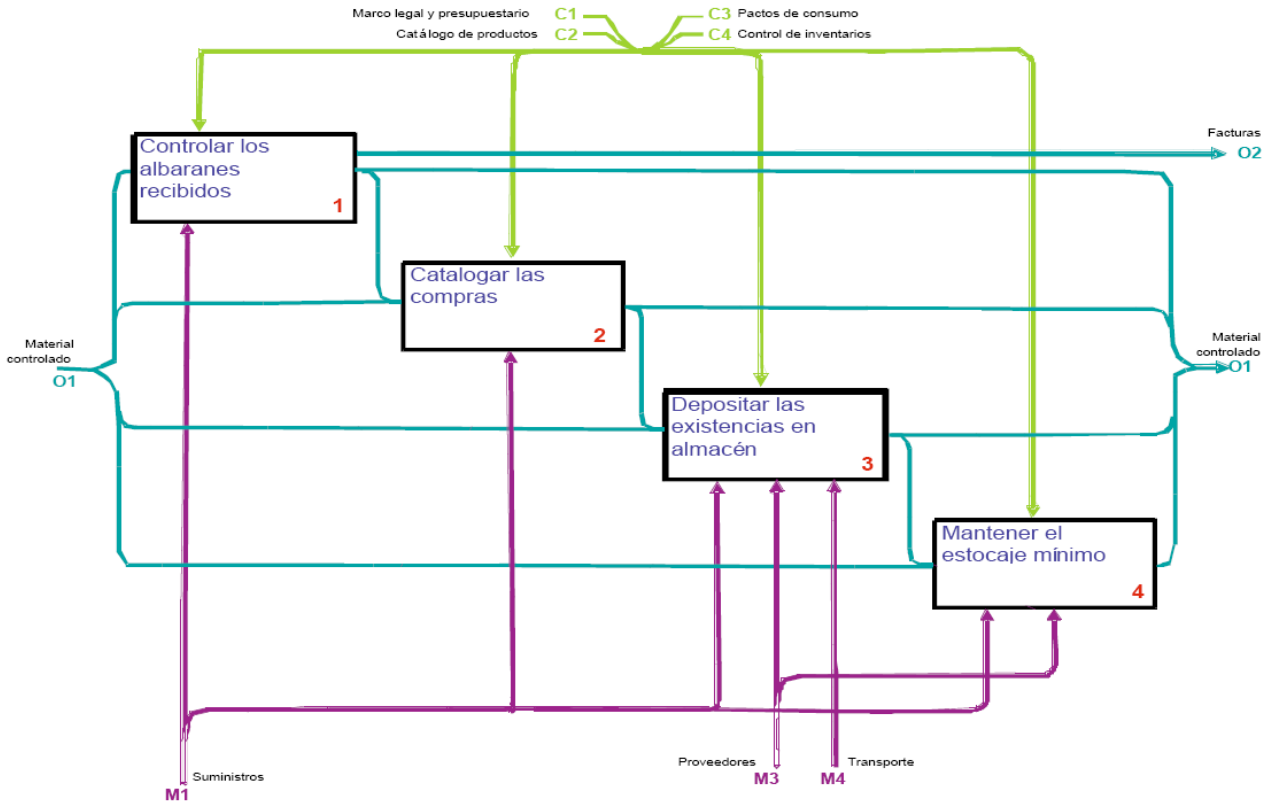
A12 - Analiza la pertinencia de solicitudes



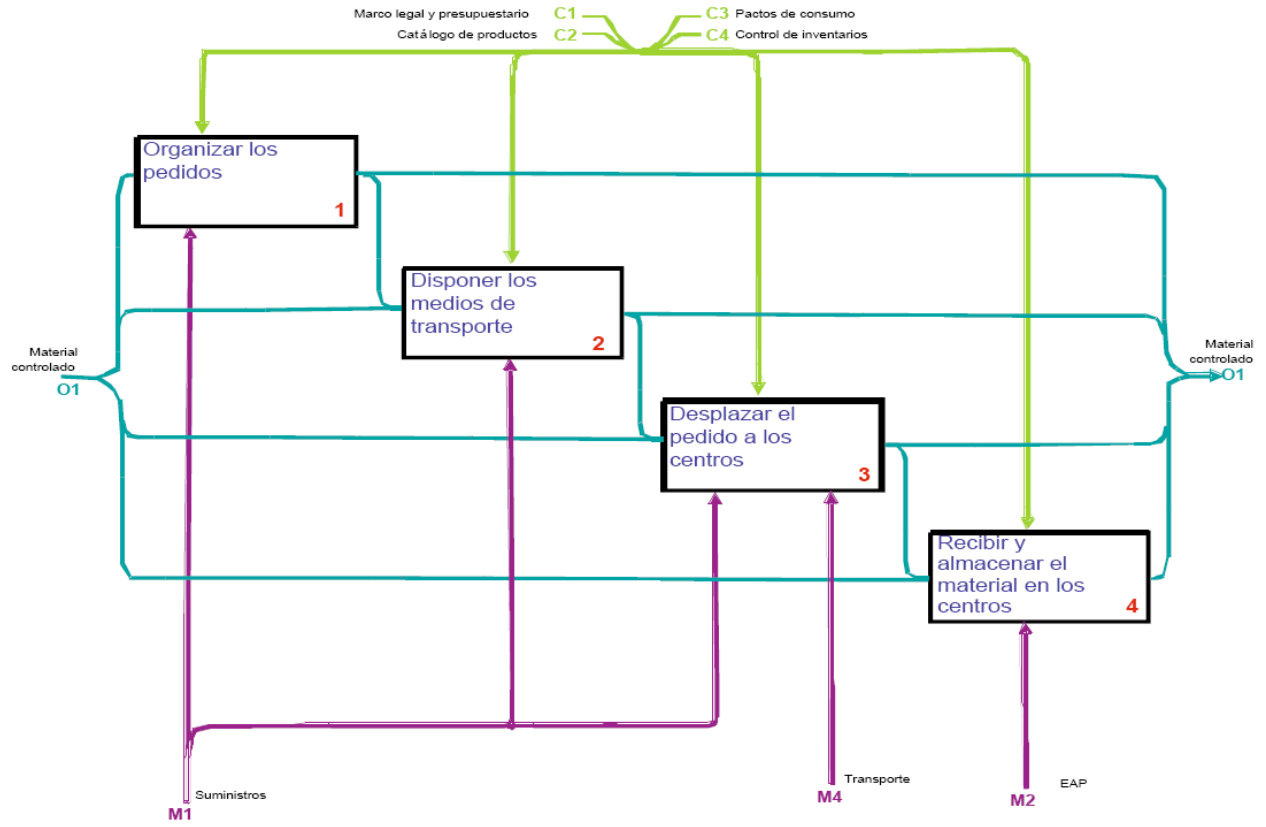
A2 - Adquirir el material



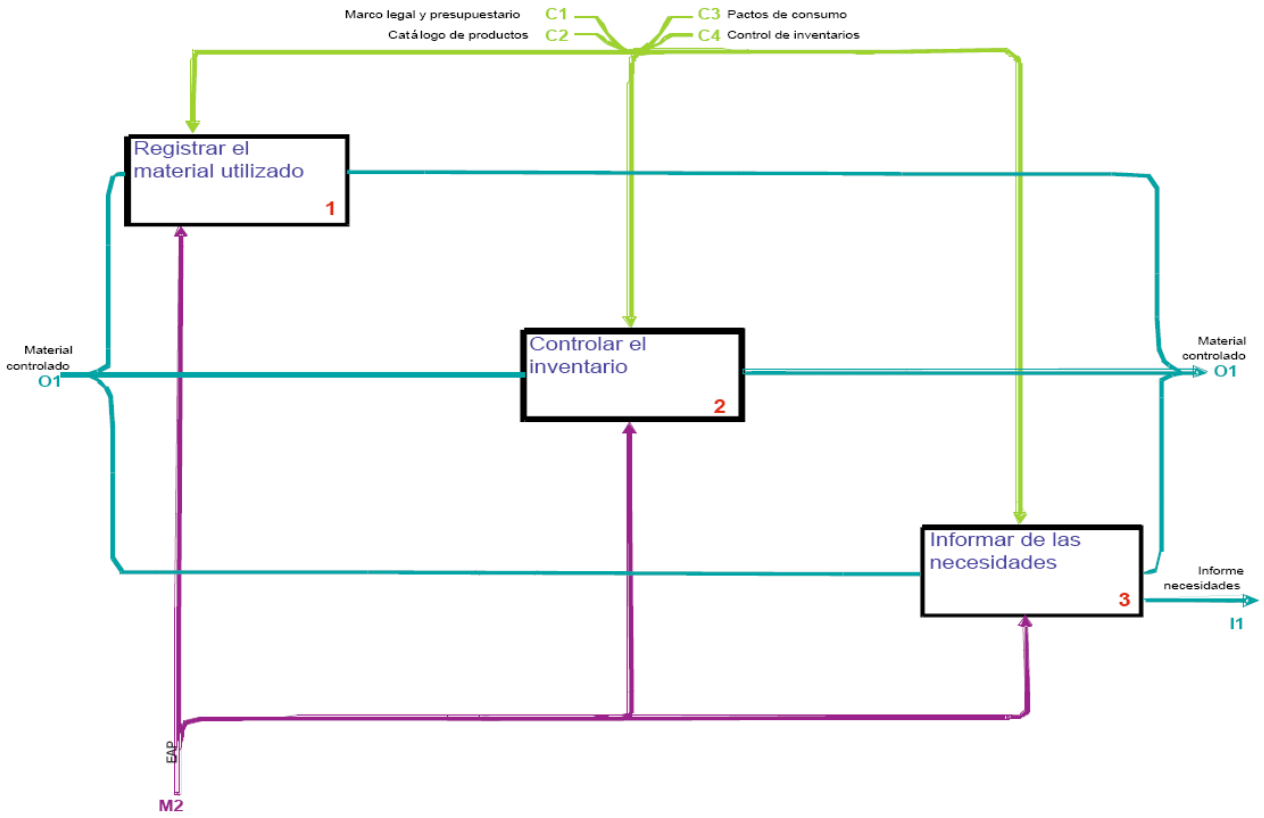
A3 - Recibir y catalogar el material



A4 - Distribuir el material



A5 - Consumir y controlar material



Indicadores

Porcentaje de informes de necesidades recibidos en tiempo y forma sobre el total de informes esperados.

FUENTE: suministros
TIPO: proporción
MEDICIÓN: mensual

Número de peticiones urgentes de material urgentes

FUENTE: suministros
TIPO: numérico
MEDICIÓN: trimestral

Porcentaje de peticiones no programadas a proveedores sobre el total de peticiones.

FUENTE: suministros
TIPO: proporción
MEDICIÓN: trimestral

Porcentaje de productos caducados retirados del almac én central sobre total de envases almacenados

FUENTE: suministros
TIPO: proporción
MEDICIÓN: trimestral

Tiempo medio de distribuci ón (recepci ón informe – llegada del material al centro)

FUENTE: EAP
TIPO: Media
MEDICIÓN: mensual

Número de env íos discordantes con la solicitud aprobada

FUENTE: EAP
TIPO: Numérico
MEDICIÓN: mensual

Número de centros con deficiente control de inventario

FUENTE: Auditoría anual
TIPO: Numérico
MEDICIÓN: anual

PROCESOS

4.3.2.- Atención al paciente: Quejas y reclamaciones

Iniciado el proceso de autoevaluación EFQM en la Gerencia de Atención Primaria de Murcia (GAPMU) con su primera autoevaluación 2005, una de las principales áreas de mejora priorizada fue el desarrollo de la gestión por procesos. Por ello, y en el marco de la orientación SMS hacia la mejora continua y contando con su ayuda, GAPMU aprobó su primera versión de mapa de procesos nivel 0 en Junio de 2006.

Consecuentemente, era necesario comenzar el despliegue de esta nueva orientación en los procesos principales allí explicitados. Uno de los procesos seleccionados para su concepción en el segundo semestre de 2006 y despliegue durante 2007 fue precisamente éste, la gestión de reclamaciones.

MISIÓN:

GESTIONAR LAS RECLAMACIONES DE LOS CLIENTES

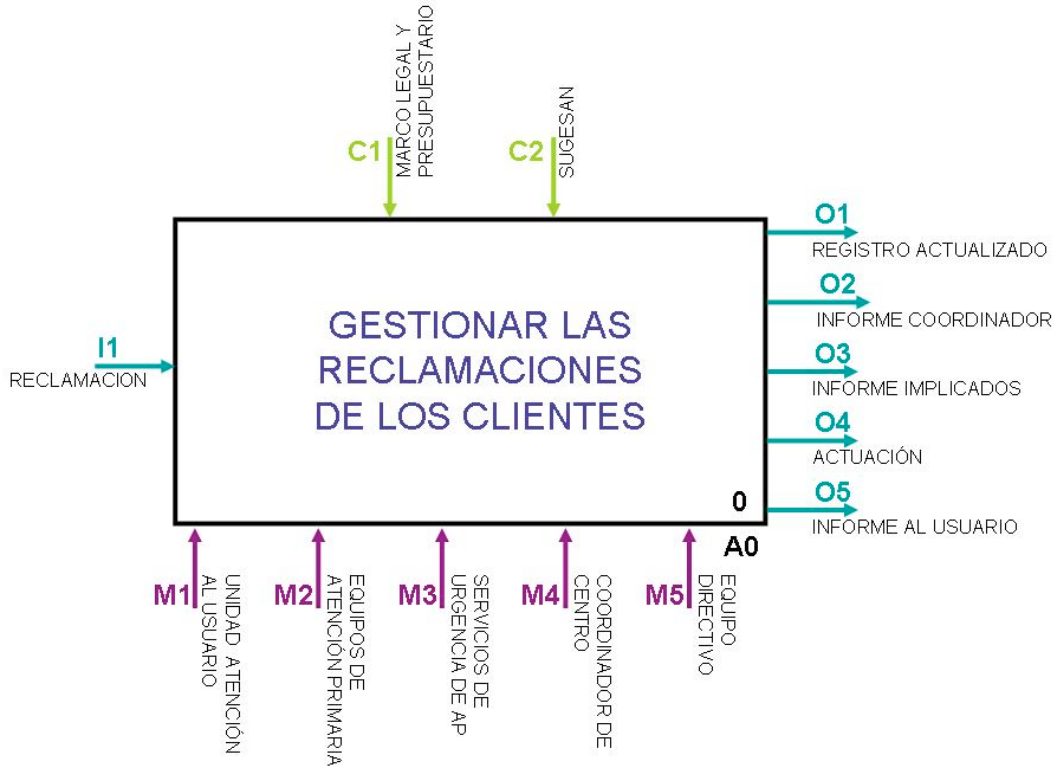
DIAGRAMA:

Siguiendo la metodología de diseño IDEF0, se ha construido el árbol nodal del proceso como sigue:

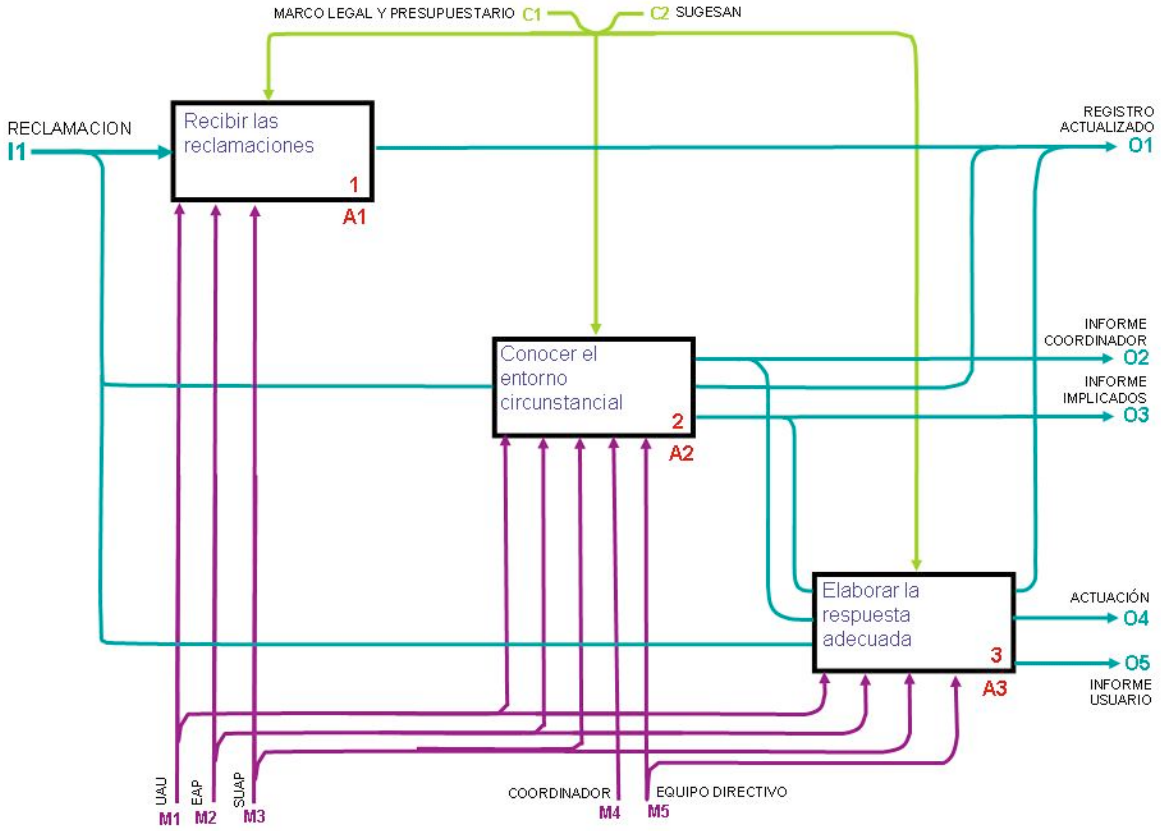
A0. GESTIONAR LAS RECLAMACIONES DE LOS CLIENTES
- A1. Recibir las reclamaciones
- A11. Atender a los reclamantes en el centro
  - A12. Ofrecer el formulario vigente
  - A13. Informar de los mecanismos de respuesta
  - A14. Dar a conocer a la UAU
  - A15. Registrar los eventos
- A2. Conocer el entorno circunstancial
  - A21. Informar al coordinador del centro
  - A22. Recabar información de los implicados
  - A23. Presentar expediente al equipo directivo
- A3. Elaborar la respuesta adecuada
  - A31. Decidir la actuación más eficiente
  - A32. Comunicar a personas implicadas
  - A33. Realizar la actuación
  - A34. Informar al cliente
  - A35. Registrar la respuesta

Los diagramas IEDF0 correspondientes al desarrollo de este árbol nodal se exponen a continuación. En ellos se delimitan los subprocesos implicados y sus límites, así como sus inputs, outputs, proveedores y mecanismos reguladores.

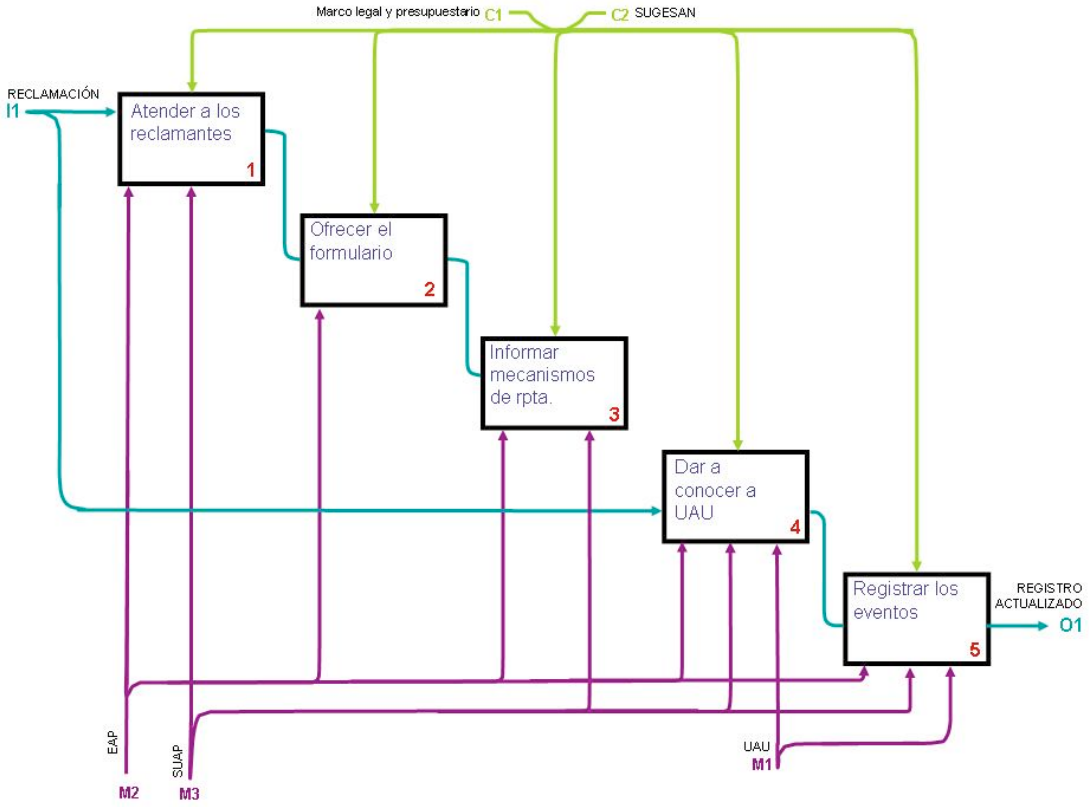
A-0: Reclamaciones



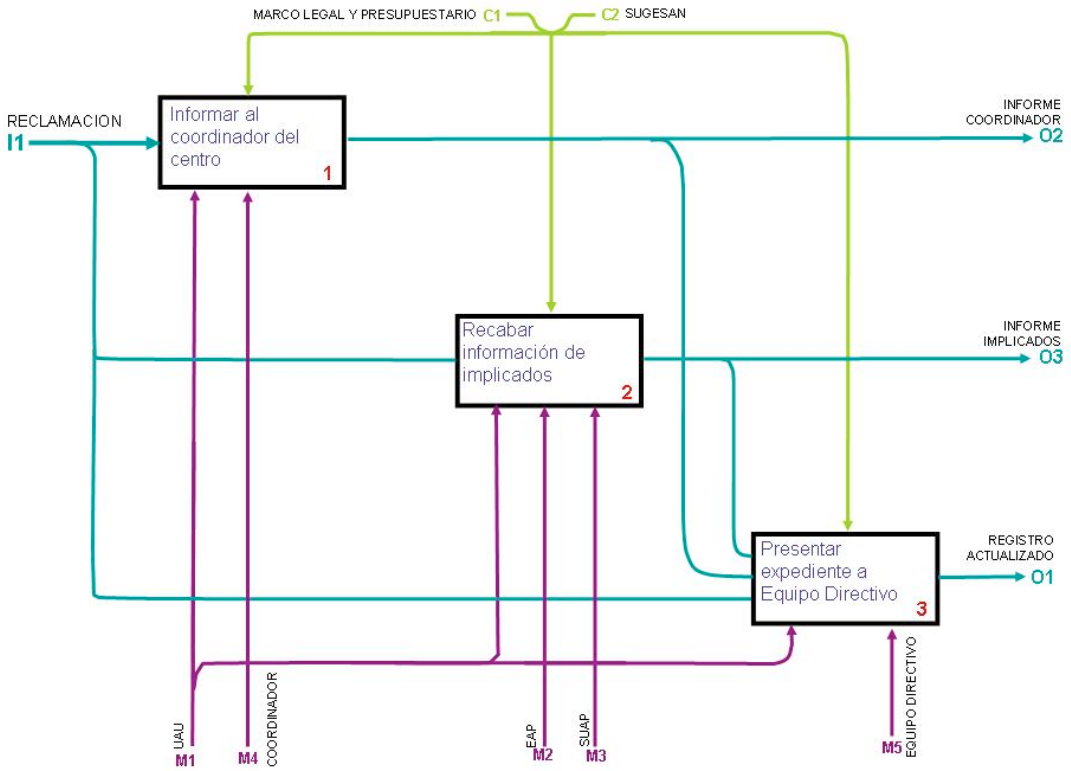
A0- Gestionar las reclamaciones de los clientes



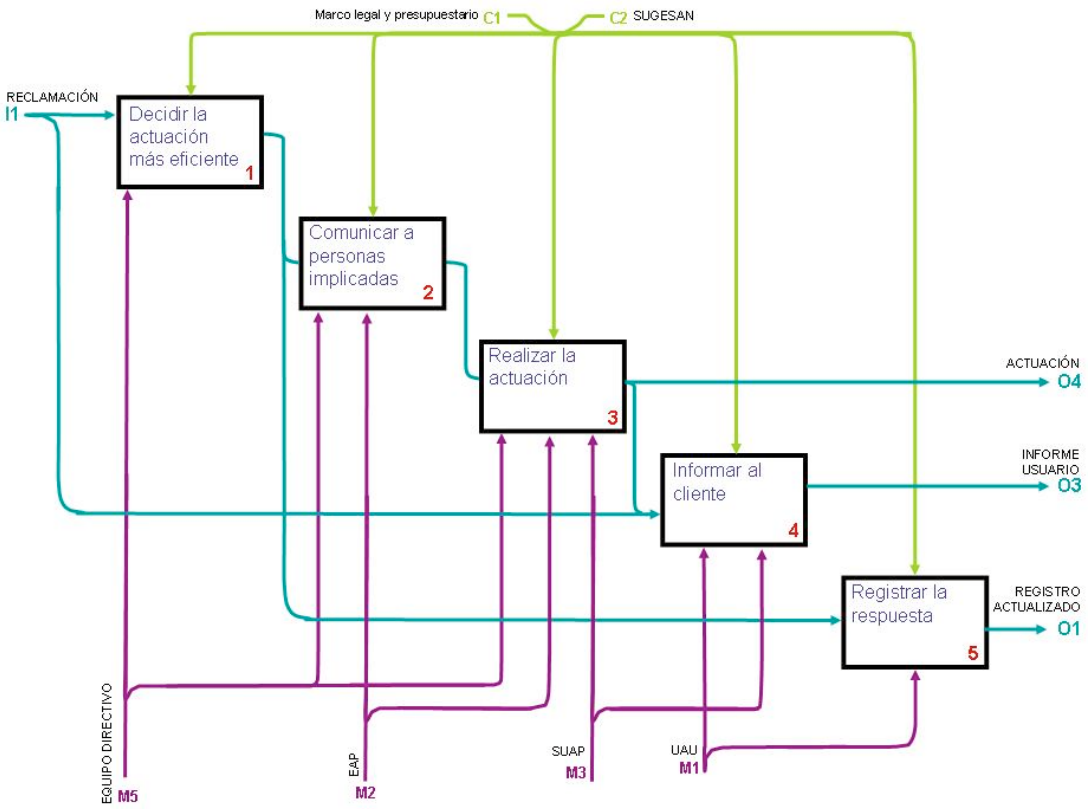
A1 - Recibir las reclamaciones



A2 - Conocer el entorno circunstancial



A3 - Elaborar la respuesta adecuada



OBJETIVOS DE GESTIÓN:

- Convertir a todas la unidades de atención al cliente en receptoras de reclamaciones
- Utilizar los formularios y vías adecuados para la gestión de reclamaciones, optimizando éstos en función de las necesidades y expectativas de los clientes
- Reducir el número de reclamaciones recibidas en GAPMU, como consecuencia de su análisis y solución definitiva de los defectos objetos de reclamación
- Establecer contacto de la organización con el cliente que formula una reclamación en un plazo inferior a 15 días
- Conocer las causas de reclamación por parte de los clientes, como fuente para la identificación de oportunidades de mejora
- Resolver las reclamaciones en un plazo inferior a 30 días
- Dar a conocer los indicadores del proceso a todas las unidades de atención al cliente
- Conocer y mejorar la satisfacción de los clientes con el proceso de su gestión y con las respuestas obtenidas.

INDICADORES DEL PROCESO

Tasa de reclamaciones por 10.000 habitantes
FUENTE: UAU
TIPO: tasa
MEDICIÓN: trimestral

Tiempo medio de contacto con el cliente
FUENTE: UAU
TIPO: media
MEDICIÓN: trimestral

Tiempo medio de resolución definitiva
FUENTE: UAU
TIPO: media
MEDICIÓN: trimestral

Porcentaje de contactos iniciales con el cliente inferiores a 15 días
FUENTE: UAU
TIPO: proporción
MEDICIÓN: trimestral

Porcentaje de reclamaciones resueltas en menos de 30 días
FUENTE: UAU
TIPO: proporción
MEDICIÓN: trimestral

Número de reclamaciones en que no estaba disponible el formulario adecuado en el centro
FUENTE: UAU
TIPO: Numérico. Centinela
MEDICIÓN: mensual

Número de unidades de atención al cliente que no reciben informe mensual de gestión del proceso
FUENTE: UAU
TIPO: Numérico. Centinela
MEDICIÓN: mensual

Tipos y frecuencia de las reclamaciones detectadas
FUENTE: SUGESAN
TIPO: Numérico / Tasa
MEDICIÓN: mensual

Satisfacción del cliente que formula una reclamación
FUENTE: Encuesta
TIPO: Proporción / Tasa
MEDICIÓN: mensual

PROCESOS
4.4.- GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA CARTAGENA

PROCESOS

4.4.1.- Plan de gestión (conjunto con Hospital Los Arcos)

Justificación: Plan de gestión

Los Equipos directivos de la Gerencia Atención Primaria de Cartagena y la Gerencia de Atención Especializa de Los Arcos consideramos al paciente el eje central de todas nuestras actuaciones y damos una gran importancia a la coordinación de nuestras actividades para garantizar la continuidad del proceso asistencial. Consecuentemente mantenemos reuniones periódicas, llegamos a acuerdos y de forma conjunta (en las líneas comunes), elaboramos nuestros respectivos planes de gestión.

Cada organización efectuó su Mapa de Procesos nivel 0 de forma independiente y tiene definidos su Misión, Visión, Valores y Líneas Estratégicas, pero hemos querido aprovechar esta oportunidad para realizar un Plan de Gestión conjunto, porque estimamos que puede aportar un valor añadido en la consecución de nuestros objetivos. Posteriormente cada gerencia detallara su propio plan de gestión individual.

El Plan de Gestión se elabora alineado con los principios inspiradores y objetivos generales del Plan de Salud de la Región de Murcia:

1. **Elevar los niveles de salud de nuestros ciudadanos.**
2. **Constituir el eje-guía de todas las iniciativas que se pongan en marcha en relación con la salud.**
3. **Participación e implicación de múltiples agentes cuyas acciones puedan influir en la salud.**
4. **Identificar oportunidades de mejora en los aspectos más relevantes que influyan en la salud.**

Hemos decidido que los objetivos concretos del Plan de Gestión sean las líneas estratégicas de nuestros respectivos Contratos de Gestión, ya que las grandes áreas son comunes para todas las gerencias del SMS aunque los objetivos específicos de cada una de ellas son diferentes:

1. **Mejora continua de la Calidad Asistencial**
2. **Excelencia en la atención al paciente**
3. **Programas Asistenciales específicos. Cartera de Servicios**
4. **Logro de la Continuidad Asistencial.**
5. **Adecuación de la Cartera de Servicios y Actividad Asistencial.**
6. **Mejora en la Gestión de la prestación farmacéutica.**
7. **Mejora en la Gestión de Recursos Humanos**
8. **Fomento de la Docencia e Investigación.**
9. **Suficiencia financiera y Excelencia en la Gestión Económica.**
10. **Modernización de los Sistemas de Información.**
11. **Explicitación de los criterios de Evaluación.**

Son objetivos plurianuales (2005-2007) cuyo logro se plantea de forma continuada a lo largo del tiempo, impulsando la capacidad de mejora en los centros sanitarios y su progresión hacia la excelencia, y que se concretan en los Contratos anuales de Gestión.

Tras la puesta en común de nuestros respectivos Mapas de Proceso Nivel 0, se pueden definir unos procesos de Desarrollo Estratégico

1. Planificación:

- Actividades
- Objetivos
- Recursos:
  - Humanos
  - Materiales

2. Gestión Presupuestaria.

3. Gestión Operativa

Íntimamente relacionados con los grandes procesos de desarrollo estratégico están: 4. Aliados y Relaciones Externas:

- Hospitales de referencia.
- Servicios Centrales
- Entorno Social

5. Mejora continua

En el proceso de reflexión estratégica se utiliza información relevante y completa, que es definida y analizada previamente apoyándose en la **Gestión de la Información** (Sistemas de Información y Comunicación Interna).

Consecuentemente, hemos definido 6 subprocesos:

1. Planificación
2. Gestión presupuestaria
3. Gestión operativa
4. Gestión de la información
5. Relaciones externas
6. Mejora continua

El plan de gestión se desarrolla en tres fases:

1. El propio proceso de elaboración del Plan de Gestión por los equipos directivos
2. La revisión con los responsables de proceso y jefes de unidades y servicios
3. La comunicación del plan

La representación gráfica del diagrama IDEF y el flujograma están en la presentación de power point adjunta.

Para la descripción del proceso hemos definido en primer lugar su misión, sus responsables, los elementos del entorno afectados y los límites inicial y final y posteriormente las relaciones de proveedores/ entradas/ requisitos, las de clientes/ necesidades/ salidas, guías y recursos necesarios y los indicadores de proceso, que están representados en las tablas siguientes:

Ficha del proceso: Plan de gestión

RESPONSABLES: Gerentes	FECHA DE REVISION: Anual, tras el cierre del año en curso
MISION: Identificar, ordenar y coordinar los objetivos anuales de ambas gerencias, para gestionar (actividades, recursos) y alcanzar los objetivos estratégicos comunes y los propios de cada una de ellas. Va dirigido a los profesionales del HLA y de la GAP de Cartagena: Los propios equipos directivos, responsables de los distintos procesos, responsables de áreas y servicios, supervisores, etc.	
ELEMENTOS DEL ENTORNO DIRECTAMENTE AFECTADOS: Equipo Humano (profesionales dependientes de ambas gerencias) y Sistema Sanitario	
LIMITE INICIAL: Definición de los objetivos estratégicos y decisión de elaborar un plan de gestión conjunto, como mejor método para su consecución	
LIMITE FINAL: Elaboración y comunicación del plan (Siguiendo los consejos recibidos hemos eliminado la ejecución del plan y acciones correctoras consecuentes, que pertenecerían al proceso: Control de Gestión)	

PROVEEDORES	ENTRADAS	REQUISITOS
PLANIFICACION ESTRATEGICA	Plan de Salud de la Región de Murcia - Medidas Estratégicas para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad Regional - Contrato marco de gestión 2005-2007	- Claro, fiable, comprensible y con planes alcanzables - Acorde con las líneas generales de la planificación y objetivos sanitarios - Cooperación y coordinación en los objetivos comunes - Funciones y responsabilidades claramente establecidas
CONTRATO DE GESTION	Contrato de Gestión	
GESTION PRESUPUESTARIA	- Presupuesto (Contrato de Gestión) - Inversiones	
GESTION DE LA INFORMACION	Informe de situación: - Indicadores de actividad asistencial - Indicadores de recursos - Indicadores de cartera de servicios Tecnologías de la información	
ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACION	- Organigrama - Directorio	

CLIENTES	NECESIDADES	SALIDAS
EQUIPO DIRECTIVO	Capacidad de cumplir los objetivos estratégicos - Buena comunicación dentro de la organización - Compromiso de los responsables, jefes de unidades, etc. con los objetivos - Posibilidad de utilizar incentivos	PLAN DE GESTION ANUAL - Herramienta para facilitar el cumplimiento de los objetivos estratégicos - Herramienta de comunicación - Marco de alineamiento con la dirección y entendimiento con el resto de la organización - Referencia en la organización del trabajo
RESPONSABLES DE PROCESO, JEFES DE UNIDADES, ETC.	Planes alcanzables con los recursos de que disponen - Información suficiente y "a tiempo" - Que se tengan en cuenta sus opiniones - Autonomía de gestión - Compromiso del personal con los objetivos	
PERSONAL	Objetivos alcanzables - Información suficiente y "a tiempo" - Que se tengan en cuenta sus opiniones - Compromiso del resto del personal con los objetivos	
RESPONSABLES SANITARIOS	- Capacidad de cumplimiento del contrato de gestión - Transmisión en línea de los objetivos estratégicos institucionales	

GUIAS	RECURSOS
Plan de Salud de la Región De Murcia	Asesoramiento y formación
Estrategias para el desarrollo sostenible de la región de Murcia	Análisis de indicadores. Cuadros de mando
Contrato Marco de Gestión 2005-2007	Resultados de encuestas (clientes internos, clientes externos)
Contratos anuales de Gestión	Tecnologías de la información
Herramientas metodológicas	Estructura de la organización: organigrama, directorio
Protocolos de actuación y circuitos	Presupuesto

Ficha del proceso: Plan de gestión

INDICADORES	
1) % objetivos del plan alcanzados (por áreas estratégicas o dirigido a los resultados clave que se identifiquen en el grupo de trabajo corporativo del SMS)	Aplicable a ambas gerencias
2) % de cumplimiento de los objetivos comunes del contrato de gestión (están perfectamente definidos en los respectivos contratos de gestión y tienen sus niveles de cumplimiento a alcanzar)	Aplicable a ambas gerencias
3) Grado de cumplimiento de cada uno de los objetivos de los contratos de gestión	Aplicable a cada una de lasgerencias en sus objetivos específicos
4) Indice de satisfacción de los trabajadores con la comunicación de los planes y objetivos, grado de concordancia e implicación de los profesionales en el cumplimiento de los objetivos	Aplicable a ambas gerencias

1) El primer indicador (porcentaje de objetivos alcanzados) sería:

$$\%\ OA = \frac{\text{Nº objetivos clave conseguidos o que alcanzan el estándar establecido}}{\text{Nº objetivos totales del plan}} \times 100$$

2) El segundo indicador (Cumplimiento de los objetivos comunes del contrato de gestión) se referiría al grado de cumplimiento de los objetivos comunes definidos en el contrato de gestión, como: Elaboración de protocolos conjuntos AP-AE, establecimiento de circuitos de comunicación, equilibrio oferta/demanda de consultas y pruebas complementarias, etc.

$$\%\ COC = \frac{\text{Nº objetivos comunes conseguidos o que alcanzan el estándar establecido}}{\text{Nº de objetivos comunes definidos}} \times 100$$

3) El tercer grupo de indicadores serían todos los recogidos en el contrato de gestión, que están perfectamente definidos y con sus estándares o niveles de cumplimiento a alcanzar según los casos.

4) El cuarto grupo de indicadores se podría medir con una encuesta dirigida a los profesionales, que contemplara estos items y que debería diseñarse de forma corporativa.

ACCIONES A DESARROLLAR

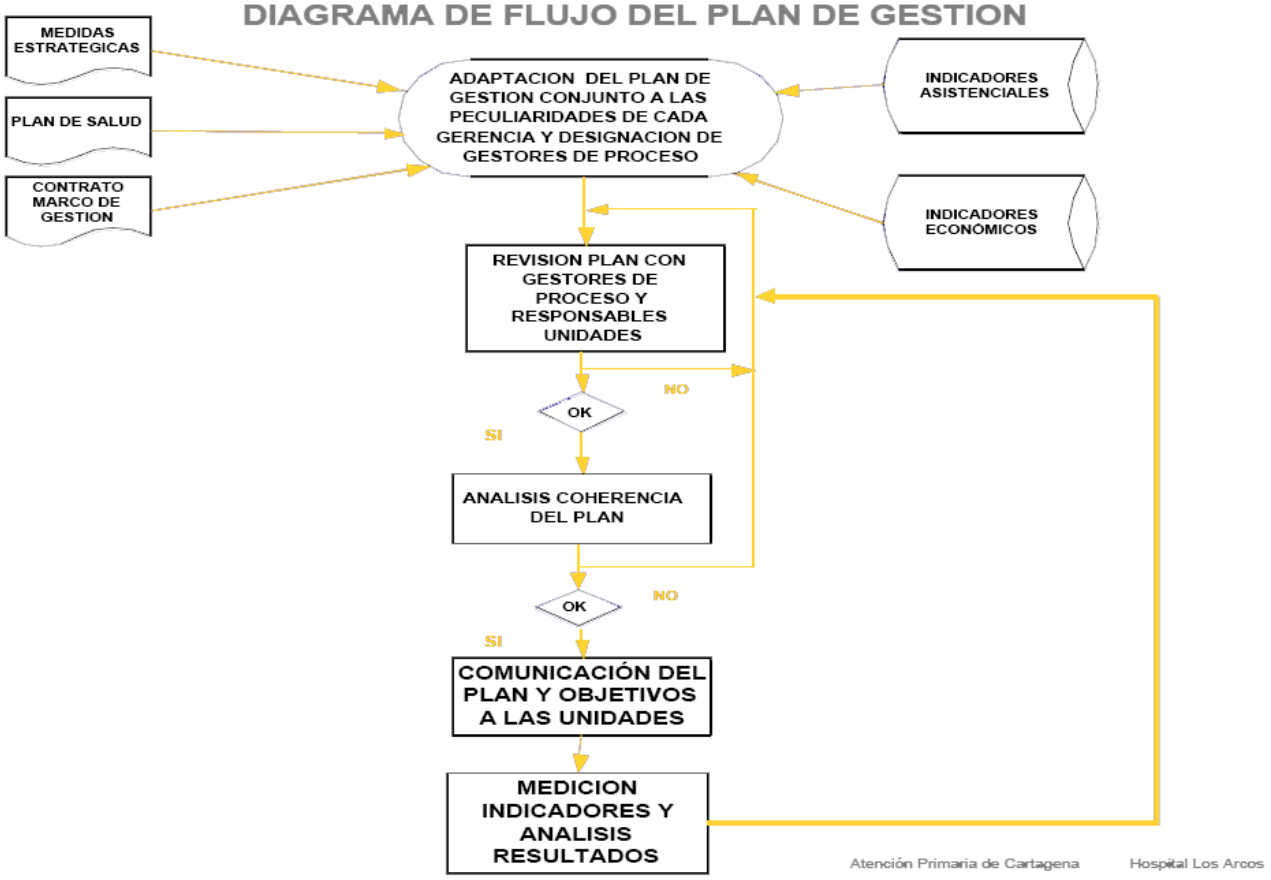
1) Adaptación del Plan de gestión conjunto a las peculiaridades de cada gerencia y designación de gestores de proceso
2) Revisión del plan con los gestores de proceso y responsables de unidades
3) Análisis de la coherencia del plan
4) Comunicación del plan y objetivos a las unidades
5) Medición de indicadores y análisis de resultados
6) Readaptación y nueva revisión del plan con los gestores de proceso y los responsables de los servicios y unidades.

Proceso: Plan de gestión

DIAGRAMA DEL PROCESO: PLAN DE GESTION. VERSION MAYO 2006

Proceso: Plan de gestión

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PLAN DE GESTION



Atención Primaria de Cartagena Hospital Los Arcos

PROCESOS

4.4.2.- Citación para consulta médica de A.P.

A) Descripción de las Actividades del Proceso:
• Diagrama de Flujo (Anexo I)
• Diagrama IDEF (Anexo II)

Proceso clave dentro de Gestión de Prestaciones y Trámites Administrativos.

B) Descripción del Proceso. Ficha

• 1.-Misión: ¿Qué tiene que hacer?, ¿Porqué?, ¿Para quién?

Gestionar agendas sanitarias y servicios de cita para adaptarlos a las necesidades de cita para consulta medica de los pacientes y que logren su satisfacción.

• 2.- ¿Dónde empieza? y ¿Dónde acaba?
Límite Inicial Solicitud de cita
Límite Final: Paciente citado para consulta.

• 3.- ¿En qué partes se puede descomponer?

Se puede descomponer en los siguientes subprocesos:

a) Programación de Agenda.-Las agendas se diseñan con el objetivo de facilitar el acceso del paciente a la consulta del medicoen un tramo horario amplio, pudiéndose elegir dia y hora entre los posibles y ajustándose a las necesidades reales, para evitar demoras (que todo usuario que lo solicite pueda ser atendido en el dia)La gerencia de AP teniendo en cuenta las necesidades de los clientes y los recursos asistenciales y características de cada zona básica de salud aplica unos criterios y amplia su oferta asistencial en horario de tarde(en el momento actual 12 de los 19 Centros de Salud del área disponen de este servicio), dando la opción a los pacientes de poder ser atendidos por su medico una tarde a la semana.

b) Recepción de solicitud: El paciente tiene en la actualidad 2 alternativas para solicitar cita: Cita telefónica: Se dispone en todos los centros de salud y consultorios de línea telefónica para que los usuarios puedan acceder al servicio vía telefónica.. También existe la opción en ocho zonas de salud, de llamar a una central de citas (cecit) y obtener cita telefónica con un tiempo de respuesta muy corto.

Cita presencial: En todos los centros de salud y consultorios existen mostradores con ordenadores habilitados como puntos de citación.
Actualmente el SMS esta estudiando la posibilidad de habilitar la cita telemática a través de Internet para nuestra área (existen experiencias pilotos en otros centros de salud de la región).

c) Asignación de citas: Tras la recepción de la solicitud de cita por parte del paciente con las agendas configuradas y cumpliéndose los requisitos básicos (tener TIS y medico asignado),se produce la asignación de citas. Todos los centros de salud y algunos consultorios disponen del aplicativo informático OMI-AP para citación de pacientes y de administrativos entrenados en el manejo del programa. El resto de consultorios (los que no disponen del aplicativo informático), citan a los pacientes en un libro decitas donde esta volcada la agenda de los profesionales.

d) Registro y validación: Una vez asignada cita al paciente se confirma y se graba en el listado de pacientes pendientes del medico correspondiente .El medico accede a su listado de pacientes a través de su ordenador y a su Historia clínica. En las citas presenciales se puede entregar al paciente un resguardo de la cita que se imprime informáticamente en los centros con OMI o se hace manualmente en los consultorios sin aplicativo informático.

• 4.-Proveedores/Entradas/Requisitos.

Proveedores:

Proveedor (detonante del proceso): Paciente

Entradas:

Solicitud de cita

Requisitos:

1.- Paciente incluido en la base de datos de tarjeta sanitaria de la zona de salud.

2.- Paciente con médico asignado en la zona básica de salud.

• 5.-Clientes/Salidas/Necesidades.

Clientes: Pacientes y su representante.

Salidas: Paciente citado.

Necesidades: Teniendo en cuenta la información extraída tanto de la encuesta de satisfacción como del análisis de quejas y reclamaciones:

. Agenda con posibilidad de elección de día y hora.

. Existe a disposición de los pacientes de algunos CS la posibilidad de llamar al CECIT además de la que tienen todos de llamar al CS.

. Se esta contemplando la posibilidad de poder solicitar cita por internet.

• 6.-Guías y Recursos.

Guías:

- Plan de Gestión.
- Contrato de Gestión.-
- Normativa Vigente (Ley General de Sanidad).
- Cartera de Servicios.
- Guía de "actitudes convenientes" para el personal administrativo.
- Análisis de quejas y reclamaciones.
- Resultados de la encuesta de satisfacción
- Plan de prevención de Agresiones al personal sanitario.

Recursos:

- T.I.S.
- Calendario.
- Agendas de Consulta.
- Teléfonos/Telefónica.
- Informática/Ordenadores

• 7.- Indicadores %

- Pacientes citados en el día
- Nº de Reclamaciones generadas
- Resultados de la encuesta
- % Pacientes citados por teléfono
- % Pacientes citados por el
- Tiempo de demora en ser atendidas
- Nº de días de demora para
- % de inasistencia (pacientes

• 8.-Actividades:

(descritas en los subprocesos)

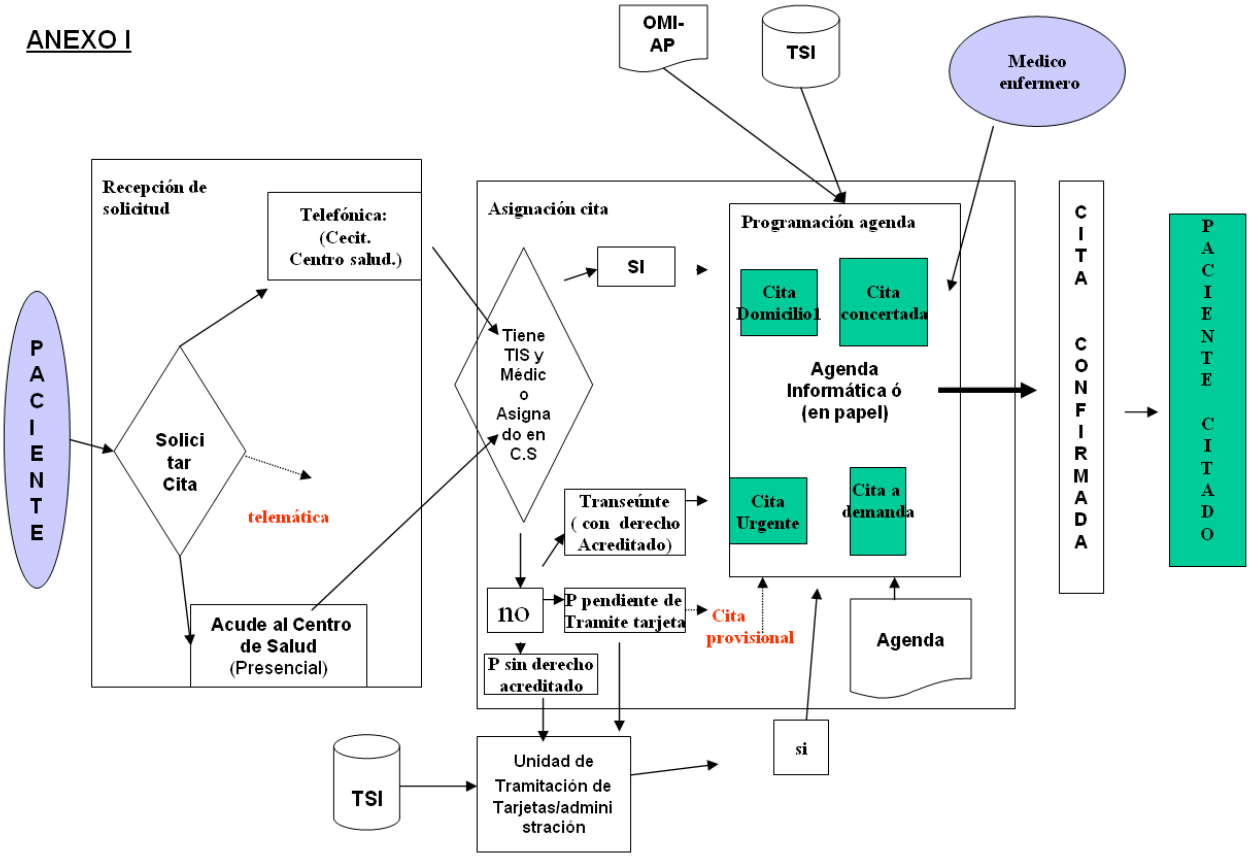
Recibir solicitudes de cita

Programar Agendas.

Asignar citas

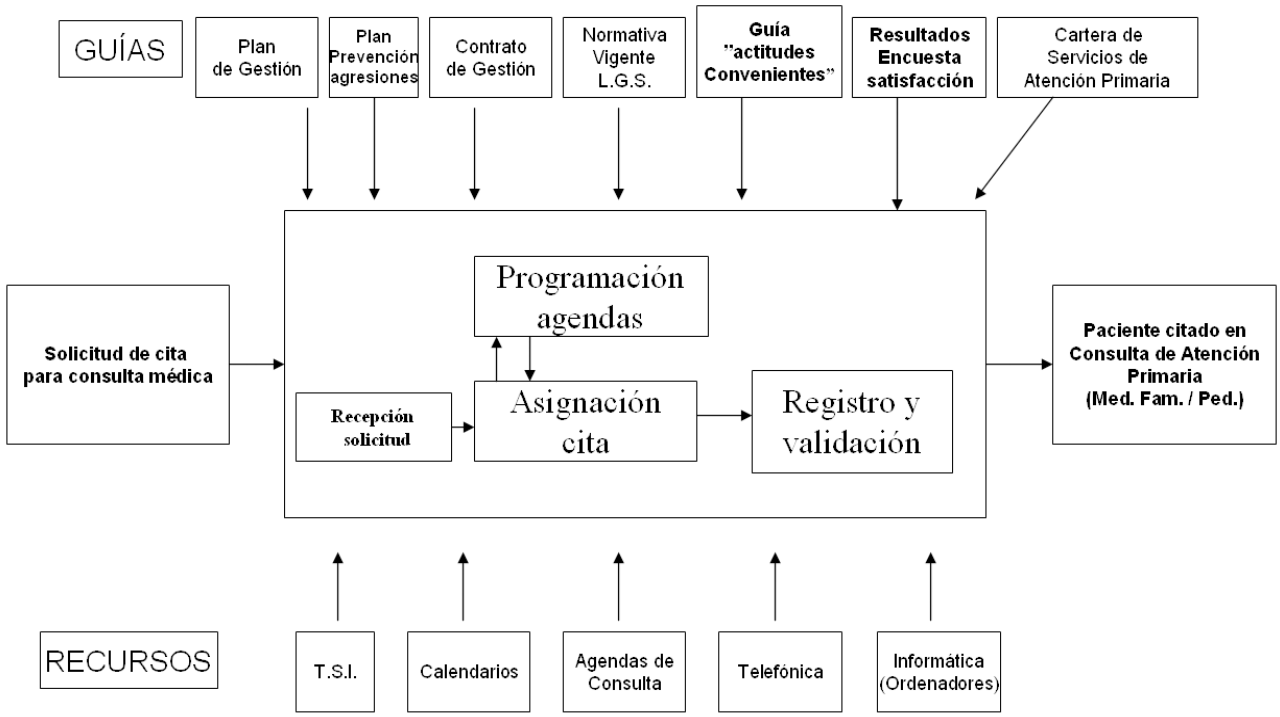
Proceso: citación para consulta médica de AP

ANEXO I



Proceso: citación para consulta médica de AP

ANEXO II



PROCESOS
2.4.5.- HOSPITAL REINA SOFÍA

Procesos

4.5.1. Comunicación Interna

1. Qué tiene que hacer el proceso

NOMBRE DEL PROCESO	
COMUNICACIÓN INTERNA	
GESTOR	FECHA REVISIÓN
UNIDAD TÉCNICA DE COMUNICACIÓN	11-X-2006

MISIÓN

Qué:

- Establecer los orígenes de contenidos
- Identificar los suministradores de los contenidos
- Diferenciar los tipos y clases de contenidos de la comunicación interna
- Establecer los flujos verticales y horizontales en el interior de la organización
- Procedimientos de elaboración y transmisión de la información generada a través de los diferentes canales y soportes
- Asegurar que el personal dispone de la información más adecuada para el ejercicio de sus tareas.

Para qué: la información sea:

- Útil
- Eficaz
- Asegure la consecución de una organización participativa, cohesionada y enfocada a los logros y objetivos estratégicos y valores y principios que determinan la cultura propia de la Institución

Para quién: Para todos los trabajadores del Centro.

ELEMENTOS DEL ENTORNO DIRECTAMENTE AFECTADOS

CLIENTE	EQUIPO HUMANO	PROVEEDORES	SOCIEDAD	SISTEMA SANITARIO
	X			X

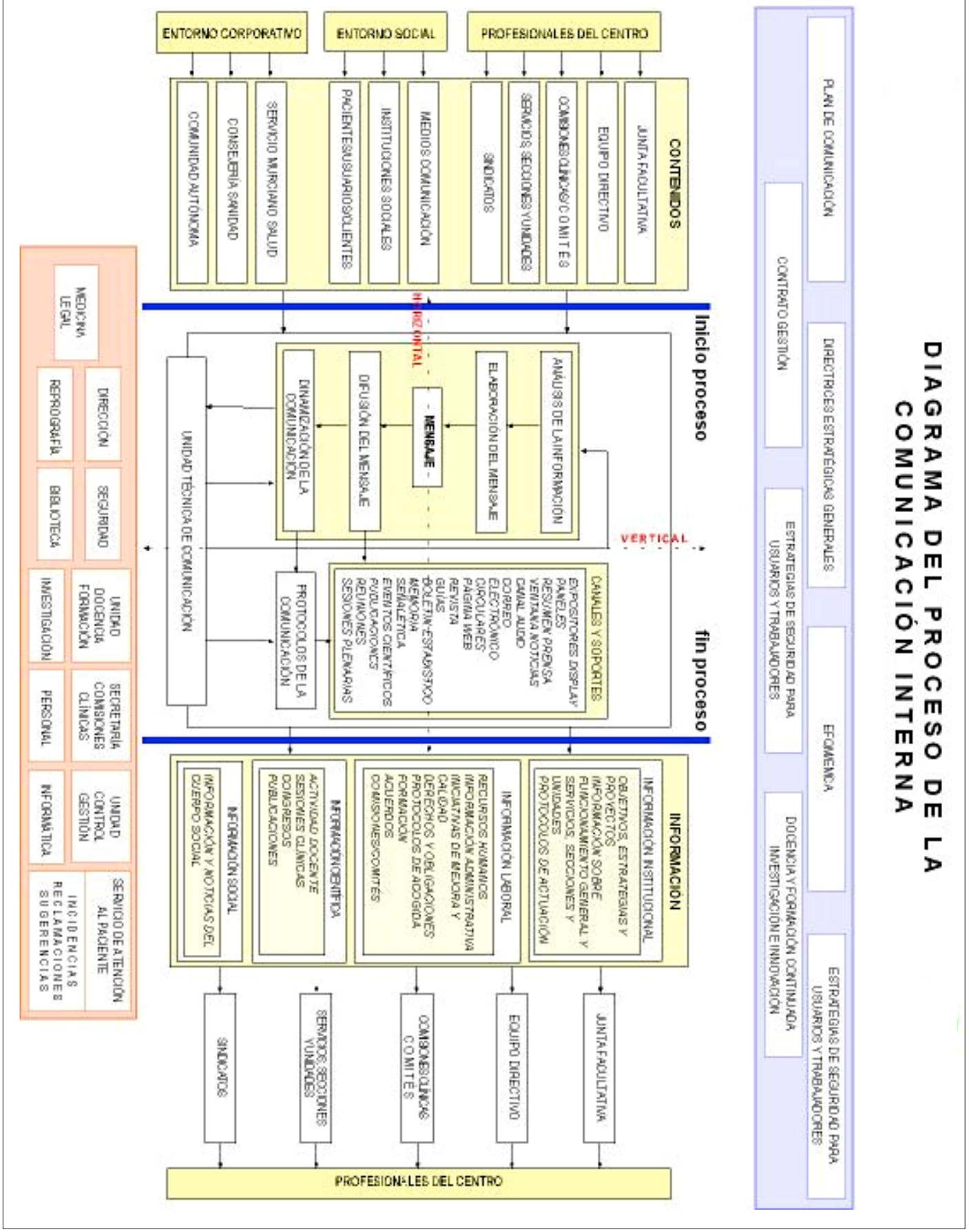


DIAGRAMA DEL PROCESO DE LA COMUNICACIÓN INTERNA
PLAN DE COMUNICACIÓN
DIRECTRICES ESTRATÉGICAS GENERALES
EFQMENCA
ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD PARA USUARIOS Y TRABAJADORES
CONTRATO GESTIÓN
ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD PARA USUARIOS Y TRABAJADORES
DOCENCIA Y FORMACIÓN CONTINUADA INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN
ENTORNO CORPORATIVO
ENTORNO SOCIAL
PROFESIONALES DEL CENTRO
CONTENIDOS
JUNTA FACULTATIVA
EQUIPO DIRECTIVO
COMISIONES CLÍNICAS/COMITÉS
SERVICIOS, SECCIONES Y UNIDADES
SINDICATOS
MEDIOS COMUNICACIÓN
INSTITUCIONES SOCIALES
PACIENTES/USUARIOS/CLIENTES
SERVICIO MURCIANO SALUD
CONSEJERÍA SANIDAD
COMUNIDAD AUTÓNOMA
Inicio proceso
HORIZONTAL
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN
ELABORACIÓN DEL MENSAJE
MENSAJE
DIFUSIÓN DEL MENSAJE
DINAMIZACIÓN DE LA COMUNICACIÓN
UNIDAD TÉCNICA DE COMUNICACIÓN
PROTOCOLOS DE LA COMUNICACIÓN
VERTICAL
CANALES Y SOPORTES
EXPOSITORES DISPLAY
PANELES
RESÚMEN PRENSA
VENTANA NOTICIAS
CAMAL AUDIO
CORREO ELECTRÓNICO
CIRCULARES
PÁGINA WEB
REVISTA
GUÍAS
BOLETÍN ESTADÍSTICO
MEMORIA
SEÑALÉTICA
EVENTOS CIENTÍFICOS
PUBLICACIONES
REUNIONES
SESIONES PLENARIAS
fin proceso
INFORMACIÓN
INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
OBJETIVOS, ESTRATEGIAS Y PROYECTOS
INFORMACIÓN SOBRE FUNCIONAMIENTO GENERAL Y SERVICIOS, SECCIONES Y UNIDADES
PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN
INFORMACIÓN LABORAL
RECURSOS HUMANOS
INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA
INICIATIVAS DE MEJORA Y CALIDAD
DERECHOS Y OBLIGACIONES
PROTOCOLOS DE ACOGIDA
FORMACIÓN
ACUERDOS
COMISIONES/COMITÉS
INFORMACIÓN CIENTÍFICA
ACTIVIDAD DOCENTE
SESIONES CLÍNICAS
CONGRESOS
PUBLICACIONES
INFORMACIÓN SOCIAL
INFORMACIÓN Y NOTICIAS DEL CUERPO SOCIAL
JUNTA FACULTATIVA
EQUIPO DIRECTIVO
COMISIONES CLÍNICAS COMITÉS
SERVICIOS, SECCIONES Y UNIDADES
SINDICATOS
PROFESIONALES DEL CENTRO
MEDICINA LEGAL
DIRECCIÓN
SEGURIDAD
REPROGRAFÍA
BIBLIOTECA
UNIDAD DOCENCIA FORMACIÓN
SECRETARÍA COMISIONES CLÍNICAS
INVESTIGACIÓN
PERSONAL
UNIDAD CONTROL GESTIÓN
INFORMÁTICA
SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE
INCIDENCIAS
RECLAMACIONES
SUGERENCIAS

3. En qué partes importantes se puede descomponer. Subpocesos.

- Subprocesos horizontales

Servicios, Secciones y Unidades: Sesiones Clínicas, Reuniones, Boletines informativos, Comunicados internos, Correo electrónico, Memorias.

- Subprocesos verticales

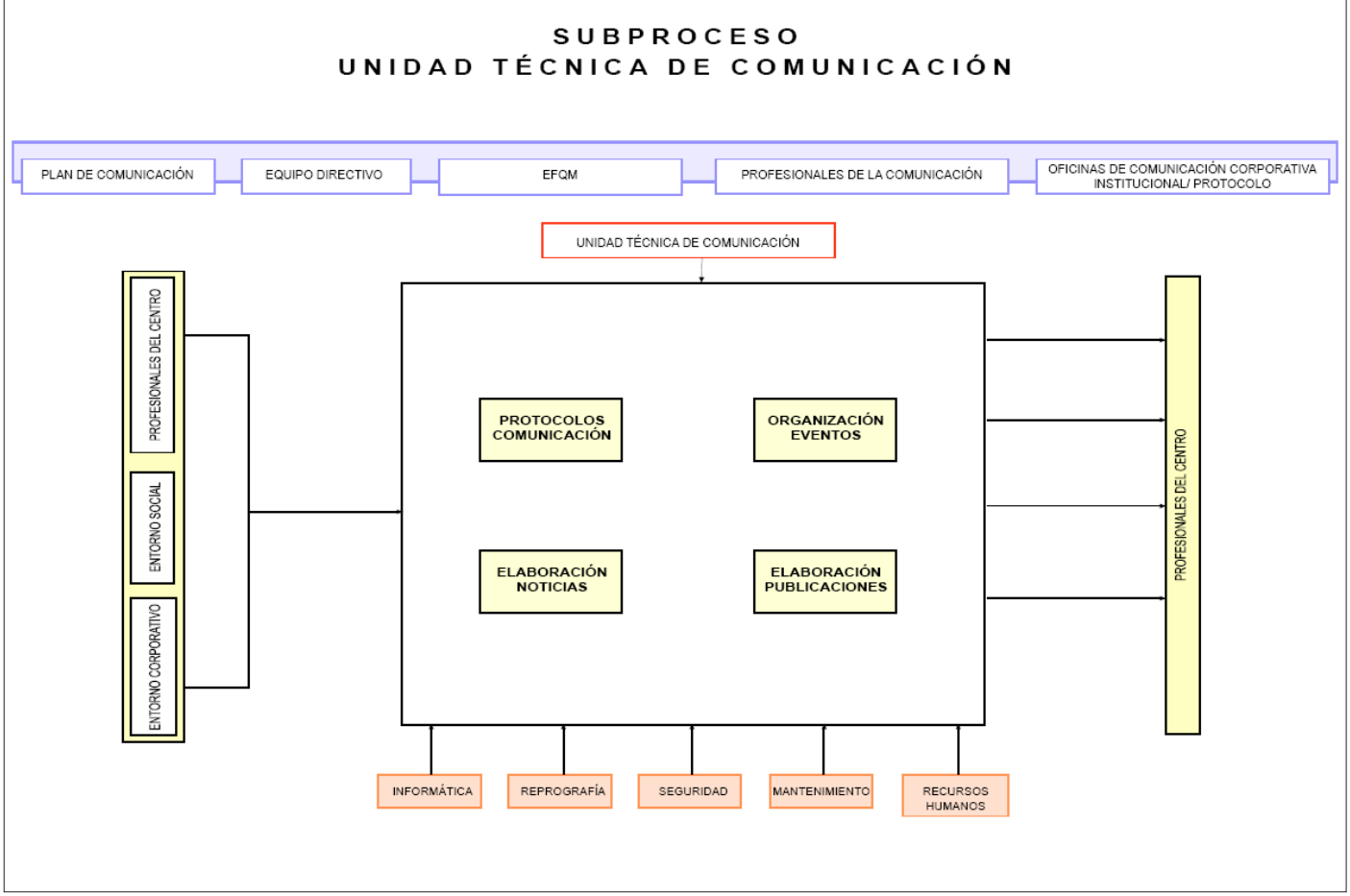
Equipo Directivo: Elaboración y distribución de comunicados y circulares, Reuniones.

Unidad Técnica de Comunicación: Protocolos de la Comunicación, Elaboración de noticias y difusión de noticias por canales, Organización y difusión de eventos, Elaboración de publicaciones

Comités: Elaboración y difusión de acuerdos.

(Ver mapa subproceso UTC)

3. En qué partes importantes se puede descomponer. Mapa subprocesos.



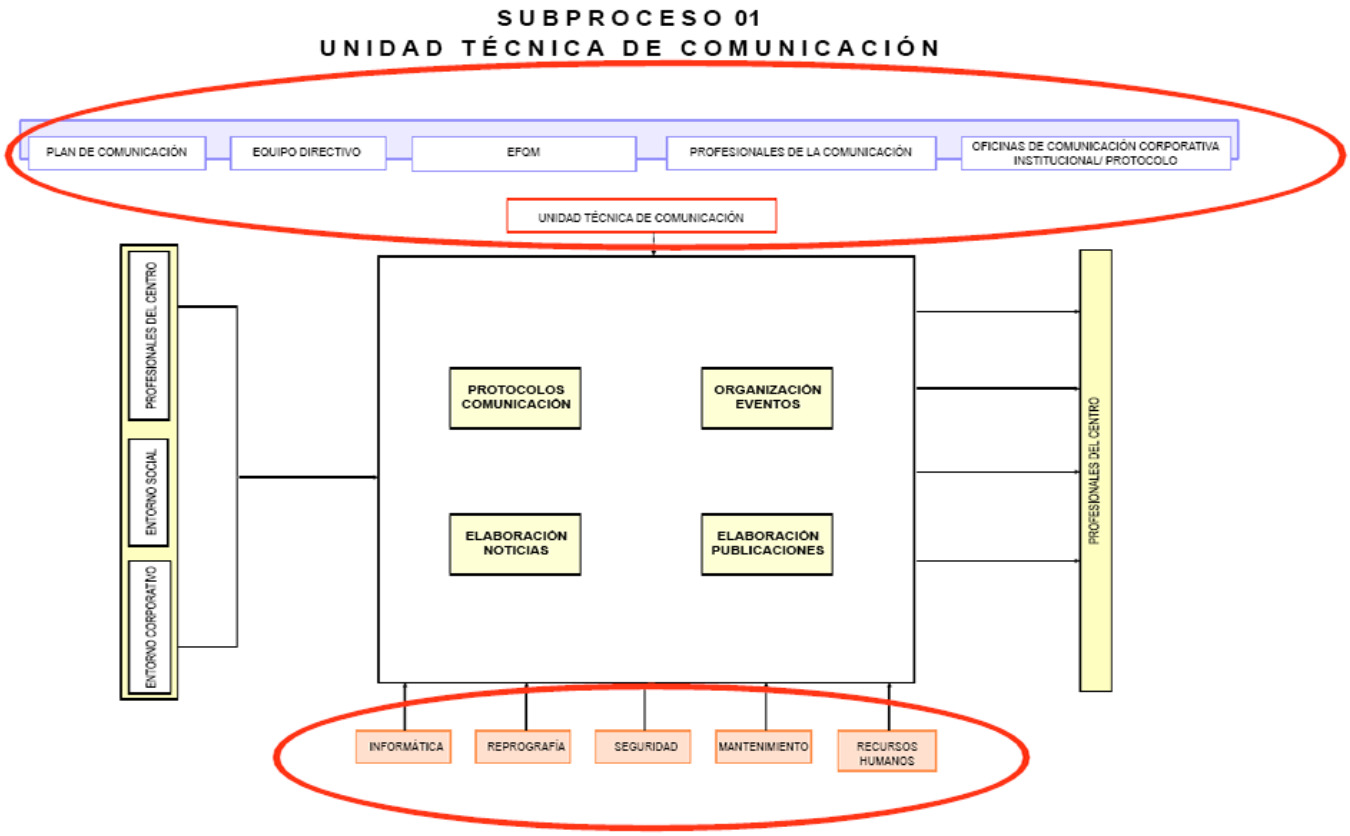
4. Qué proveedores tiene/Entradas/Requisitos

RELACIONES PROVEEDORES PRIORITARIAS		
PROVEEDOR	**ENTRADA**	**REQUISITOS**
Profesionales del Centro	Junta Facultativa	• Oficialidad e institucionalidad de la información. • Claridad del mensaje y su contenido, y destinatarios. • Autenticidad de la información y soporte adecuado.
	Equipo Directivo	
	Comisiones Clínicas/Comités	• Oficialidad e institucionalidad de la información. • Claridad del mensaje y su contenido, y destinatarios. • Autenticidad de la información y soporte adecuado.
	Servicios, Secciones y Unidades	• Adecuación a la normativa del Centro y estrategia corporativa. • Veracidad, claridad en el contenido y destinatarios del mensaje.
	Sindicatos	• Adecuación a la normativa de Representación Laboral.
Entorno Social	Medios de Comunicación	• Contenido sanitario; de interés para la actividad profesional. • Contenido directamente relacionados con el Centro. • Veracidad de la información.
	Instituciones Sociales	• Tendendicas y demandas de los diferentes grupos y entornos sociales relacionados con interés sanitario o para la actividad laboral del centro. • Adecuación a la normativa del Centro y estrategia corporativa. • Veracidad de la información.
	Pacientes	• Contenido de necesidades, sugerencias, posibilidades de mejora. • Identificación de la procedencia de colectivos o individuos. • Veracidad de la información. • Adecuación a la normativa del Centro y estrategia corporativa.
Entorno Corporativo	Servicio Murciano de Salud	• Oficialidad e institucionalidad de la información. • Claridad del mensaje y su contenido, y destinatarios. • Autenticidad de la información y sopote adecuado.
	Consejería de Sanidad	
	Comunidad Autónoma	

5. Cuáles son sus Clientes/Salidas/Necesidades

RELACIONES PROVEEDORES PRIORITARIAS		
CLIENTE	**NECESIDADES**	**SALIDAS**
Junta Facultativa	• Divulgar los objetivos, estrategias, proyectos y acuerdos. • Conocer el grado de implicación y satisfacción de los profesionales del Centro. • Recepción de documentación y literatura referida a sus camp de actuación.	
Equipo Directivo	• Divulgar los objetivos, estrategias, proyectos y acuerdos. • Conocer el grado de implicación y satisfacción de los preofesionales del Centro. • Divulgación de normativa, noticias, acontecimientos.	Plan Estratégico Contrato de Gestión Boletines estadísticos Encuestas de Satisfacción Boletines informativos Plan de Comunicación Comunicaciones interiores
Comisiones Clínicas / Comites	• Divulgar las propuestas referentes a cada una de sus áreas específicas. • Recepción de documentación y literatura referida a sus campos de actuación.	Actas Boletines Guías y Manuales Legislación Plan de Comunicación Comunicaciones interiores
Servicios, Secciones y Unidades. Personal.	• Divulgación de la actividad asistencial, científica y docente. • Divulgación de información y noticias del cuerpo social. • Conocimiento de la evaluación, seguimiento y resultados de la actividad. • Conocimiento de las propuestas de las Comisiones y Comités y de los acuerdos del Equipo directivo y la Junta Facultativa y estratégia general del Centro. • Conocimiento de información y noticias del entorno corporativo y del entorno social. • Conocimiento de la actividad de la representación sindical.	Sesiones Clínicas Publicaciones Boletines estadísticos Noticias Comunicaciones interiores Contrato de Gestión Encuestas Plan de Comunicación Actos Científicos
Sindicatos	• Conocimiento de los objetivos y estrategia general del Centro. • Conocimiento de información y noticias del entorno corporativo y social. • Divulgación de los acuerdos alcanzados y la actividad realziada en el entorno laboral.	Plan de Comunicación Comunicaciones interiores Boletines Publicaciones

6. Qué guías y recursos necesita.

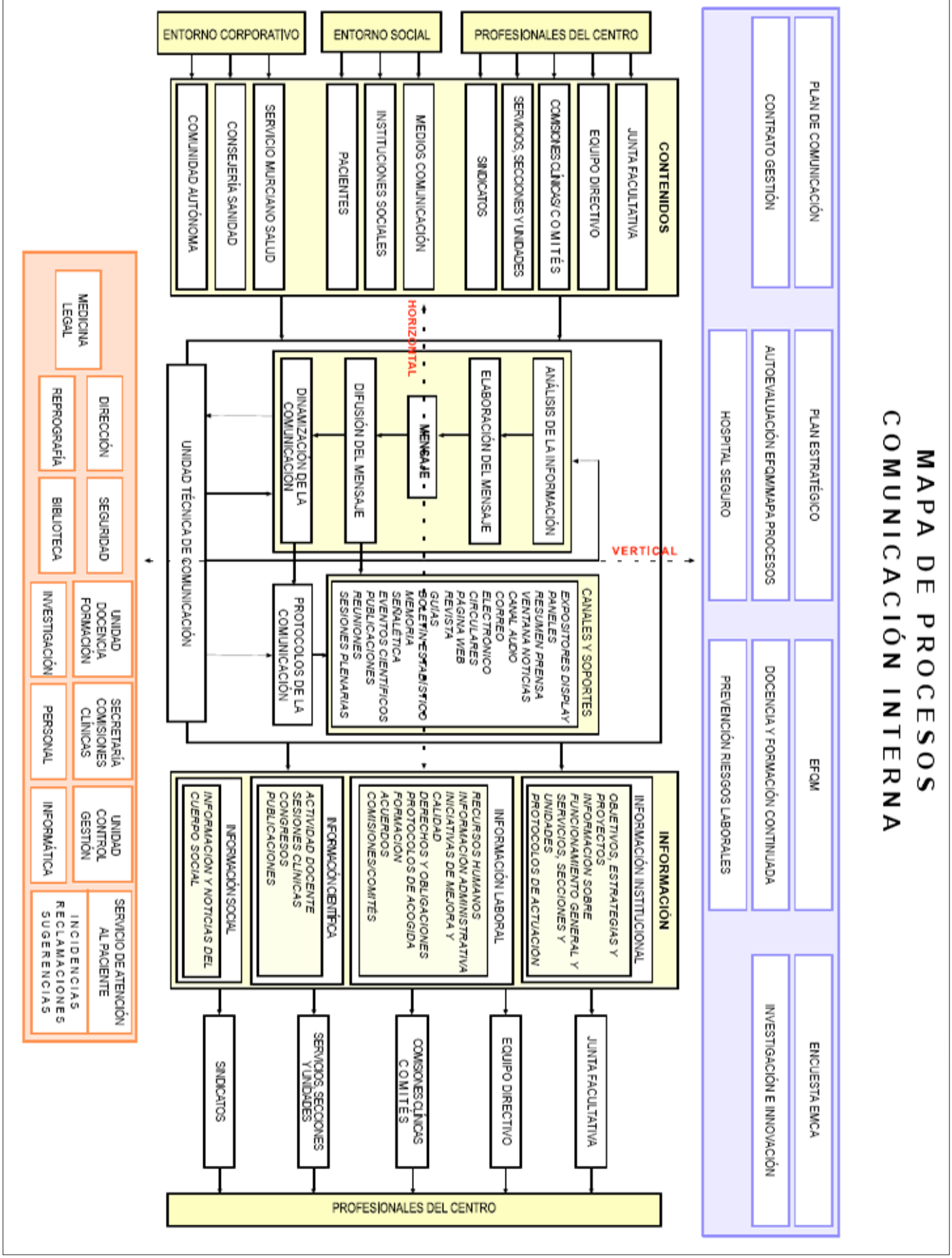


7. Cómo podemos medir si se alcanza la misión.

PRINCIPALES INDICADORES
• Encuesta semestral. • % de visitas a la Ventana de Noticias. • % de participación en las actividades del Centro. • Número de comunicados interiores. • Número de noticias generadas por canal. • Actividad de la Unidad de Comunicación: Número de actos organizados; índice de publicaciones y boletines informativos; número de resúmenes de prensa emitidos y demandados. • % de visitas a la página Web del Centro y porcentaje de aportaciones a la misma. • % de reclamaciones y sugerencias.
PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA
Elaboración Plan de Comunicación Memoria Anual de Comunicación

VALIDADO POR	FECHA VALIDACIÓN
Comisión de Dirección y Gerencia	Anual

Proceso: Comunicación interna



Procesos

4.5.2. Alta

1. Qué tiene que hacer el proceso

NOMBRE DEL PROCESO	
ALTA	
GESTOR	FECHA REVISIÓN
DIRECCIÓN MÉDICA	09-06-2006

MISIÓN

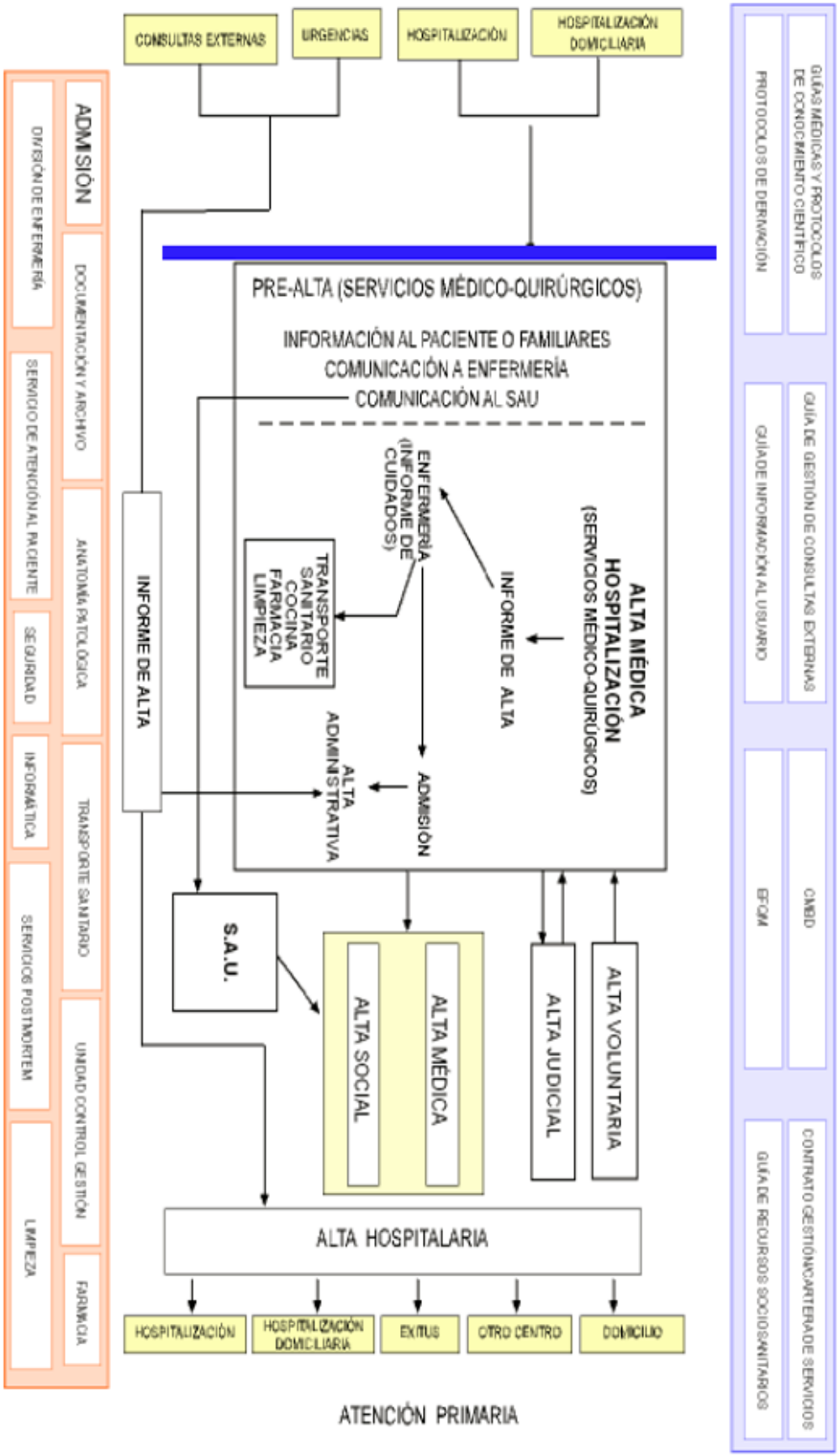
Qué:
- Establecer las áreas y unidades funcionales implicadas.
- Indentificar los flujos y relaciones que establecen éstas entre sí como integrantes del proceso.
- Diferenciar los tipos y clases de alta así como las subordinaciones existentes entre ellas.
- Determinar las guías y orientaciones que enmarcan el proceso.
- Priorizar los segmentos y etapas clave.

Para que sea posible:
- Establecer estratregias adecuadas de alta que permitan reducir las demoras en todas las etapas de atención al paciente.
- Predecir el uso de camas en base a la demanda conocida y las altas y sus fechas previstas.
- El logro de resultados que faciliten la actuación de los profesionales y que todos ellos sean partícipes de su responsabilidad.

Para quien: Para todos los trabajadores del Centro

ELEMENTOS DEL ENTORNO DIRECTAMENTE AFECTADOS

CLIENTE	EQUIPO HUMANO	PROVEEDORES	SOCIEDAD	SISTEMA SANITARIO
X	X	X	X	X


PROCESO DE ALTA
CONSULTAS EXTERNAS
URGENCIAS
HOSPITALIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA
PRE-ALTA (SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS)
INFORMACIÓN AL PACIENTE O FAMILIARES
COMUNICACIÓN A ENFERMERÍA
COMUNICACIÓN AL SAU
ENFERMERÍA (INFORME DE CUIDADOS)
ALTA MÉDICA HOSPITALIZACIÓN (SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS)
INFORME DE ALTA
TRANSPORTE SANITARIO COCINA FARMACIA LIMPIEZA
INFORME DE ALTA
ALTA ADMINISTRATIVA
ADMISIÓN
S.A.U.
ALTA SOCIAL
ALTA MÉDICA
ALTA JUDICIAL
ALTA VOLUNTARIA
ALTA HOSPITALARIA
HOSPITALIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA
EXITUS
OTRO CENTRO
DOMICILIO
ATENCIÓN PRIMARIA
ADMISIÓN
DOCUMENTACIÓN Y ARCHIVO
ANATOMÍA PATOLÓGICA
TRANSPORTE SANITARIO
UNIDAD CONTROL GESTIÓN
FARMACIA
DIVISIÓN DE ENFERMERÍA
SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE
SEGURIDAD
INFORMÁTICA
SERVICIOS POSTMORTEM
LIMPIEZA
GUÍAS MÉDICAS Y PROTOCOLOS DE CONOCIMIENTO CIENTÍFICO
PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN
GUÍA DE GESTIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS
GUÍA DE INFORMACIÓN AL USUARIO
CMBD
EFQM
CONTRATO GESTIÓN/CARTERA DE SERVICIOS
GUÍA DE RECURSOS SOCIOSANITARIOS

3. En qué partes importantes se puede descomponer. Subpocesos

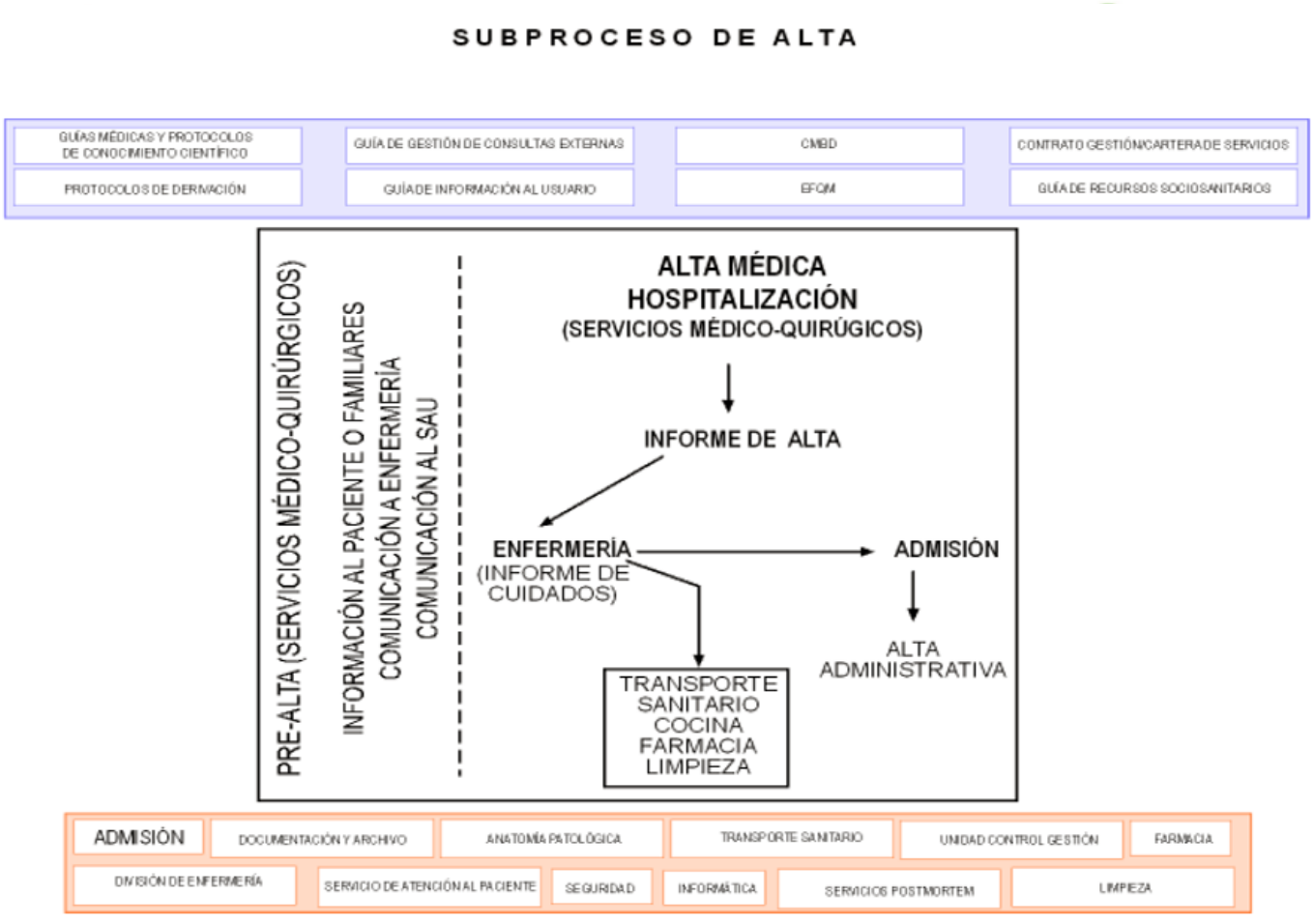
- Subprocesos Generales

Alta de Consultas Externas.
Alta del Área de Urgencias.
Alta de Hospitalización Institucional.
Alta de Hospitalización Domiciliaria.
(Ver mapa subproceso alta de Hospitalización.)

- Subprocesos Funcionales/Diagrama de flujo.

Alta Médica.
Alta Cuidados de Enfermería
Alta Administrativa/Admisión
Alta Social

3. En qué partes importantes se puede descomponer. Mapa subprocesos



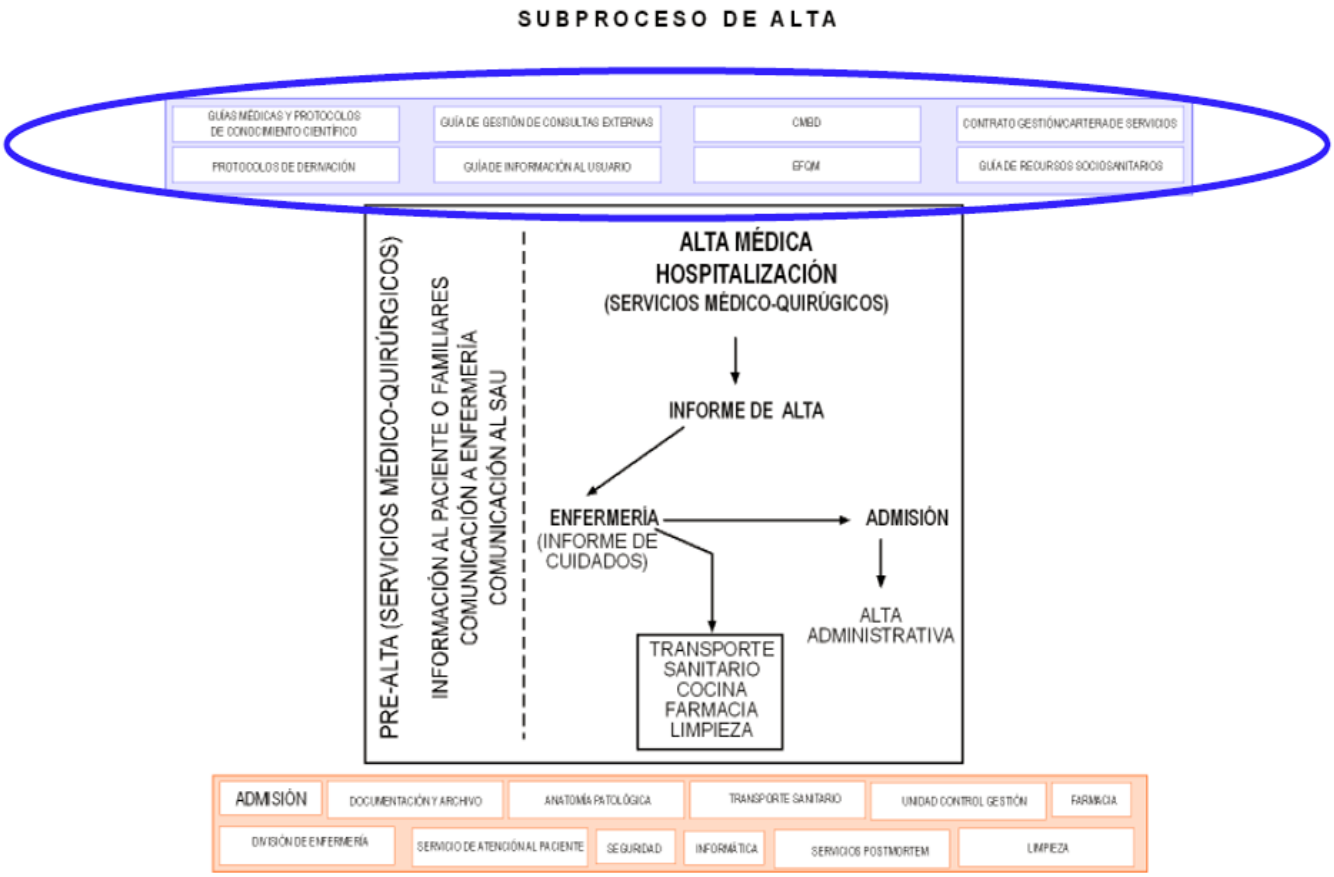
4. Qué proveedores tiene/Entradas/Requisitos.

RELACIONES PROVEEDORES PRIORITARIAS		
PROVEEDOR	**ENTRADA**	**REQUISITOS**
Servicios médico-quirúrgicos	Consultas Externas	• Episodio clínico finalizado, o: • Episodio clínico cuya situación requiere traspaso a otra instancia asistencial y • Seguimiento de los protocolos, guías de conocimiento científico-médico
	Urgencias	• Episodio clínico finalizado, o: • Episodio clínico cuya situación requiere traspaso a otra instancia asistencial y • Seguimiento de los protocolos, guías de conocimiento científico-médico
	Hospitalización	• Episodio clínico finalizado, o: • Episodio clínico cuya situación requiere traspaso a otra instancia asistencial y • Seguimiento de los protocolos, guías de conocimiento científico-médico
	Hospitalación Domiciliaria	• Episodio clínico finalizado, o: • Episodio clínico cuya situación requiere traspaso a otra instancia asistencial y • Seguimiento de los protocolos, guías de conocimiento científico-médico

5. Cuáles son sus Clientes/Salidas/Necesidades.

RELACIONES CLIENTE PRIORITARIAS		
CLIENTE	**NECESIDADES**	**SALIDAS**
Paciente	• Asistencia sanitaria ajustada en tiempo al proceso asistencial. • Información sobre su proceso • Soporte de recursos en la etapa posterior al alta	Informe de alta y cuidados
Profesionales del Centro	• Información sobre el proceso del paciente • Conocimiento que permita planificar losingresos y la asistencia posterior.	Informe de alta y cuidados Historia clínica
Otros Centros	• Información sobre el proceso del paciente • Conocimiento que permita planificar los ingresos y la asistencia posterior.	Informe de alta
Atención Primaria	• Información sobre el proceso del paciente, episodios, etc. • Informe de cuidados posteriores al alta • Necesidad de seguimiento facultativo	Informe de alta
SMS	• CMBD • Generación de altas que permita el uso de los recursos asistenciales (camas) •Datos epidemiológicos Estadísticas	Cuadro de mandos Estadísticas Boletines

6. Qué guías y recursos necesita.



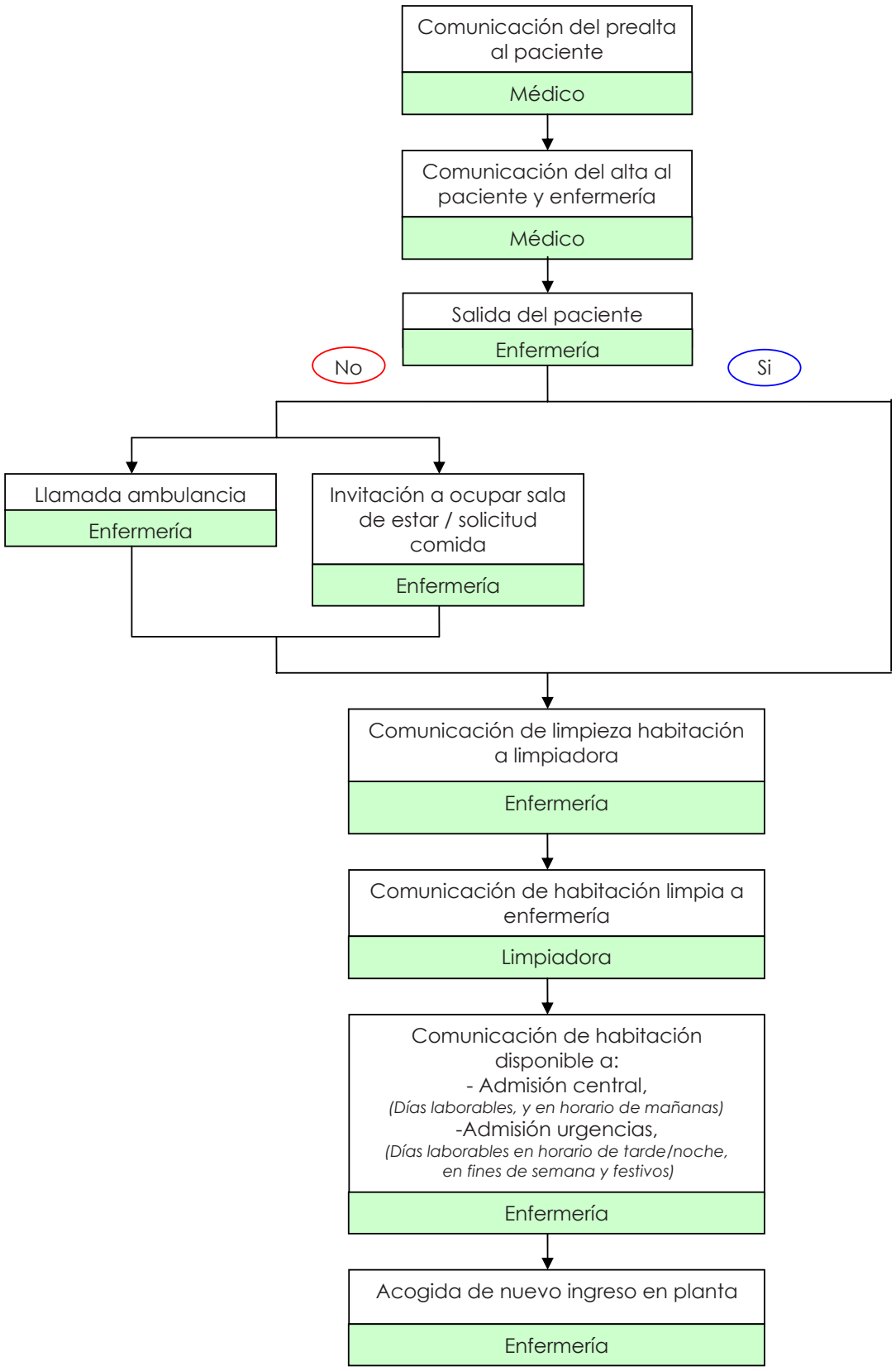
7. Cómo podemos medir si se alcanza la misión.

PRINCIPALES INDICADORES
• Cuadro de Mandos. Alta y estancia media. Procesos clínicos. GRD • Informe diario de altas del día anterior, incluyendo horarios y demoras entre las diferentes etapas y áreas implicadas. • Cuadro de control de promedios y desviaciones • Altas/Ingresos por servicio. Tipo de Altas. • Informe diario de Prealtas • Informe de altas festivos y fines de semana.
PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA
Elaboración Protocolo de Altas. CMBD. Guías Médicas y de Enfermería. Protocolos de Conocimiento Científico. Informes Comparativos. (Benchmarking). Guía de Consultas Externas. Guía de Información al usuario.

VALIDADO POR	FECHA VALIDACIÓN
Comisión de Dirección y Gerencia	Anual

Flujograma: Alta

DIAGRAMA DE AGILIZACIÓN DEL PROCESO DEL ALTA

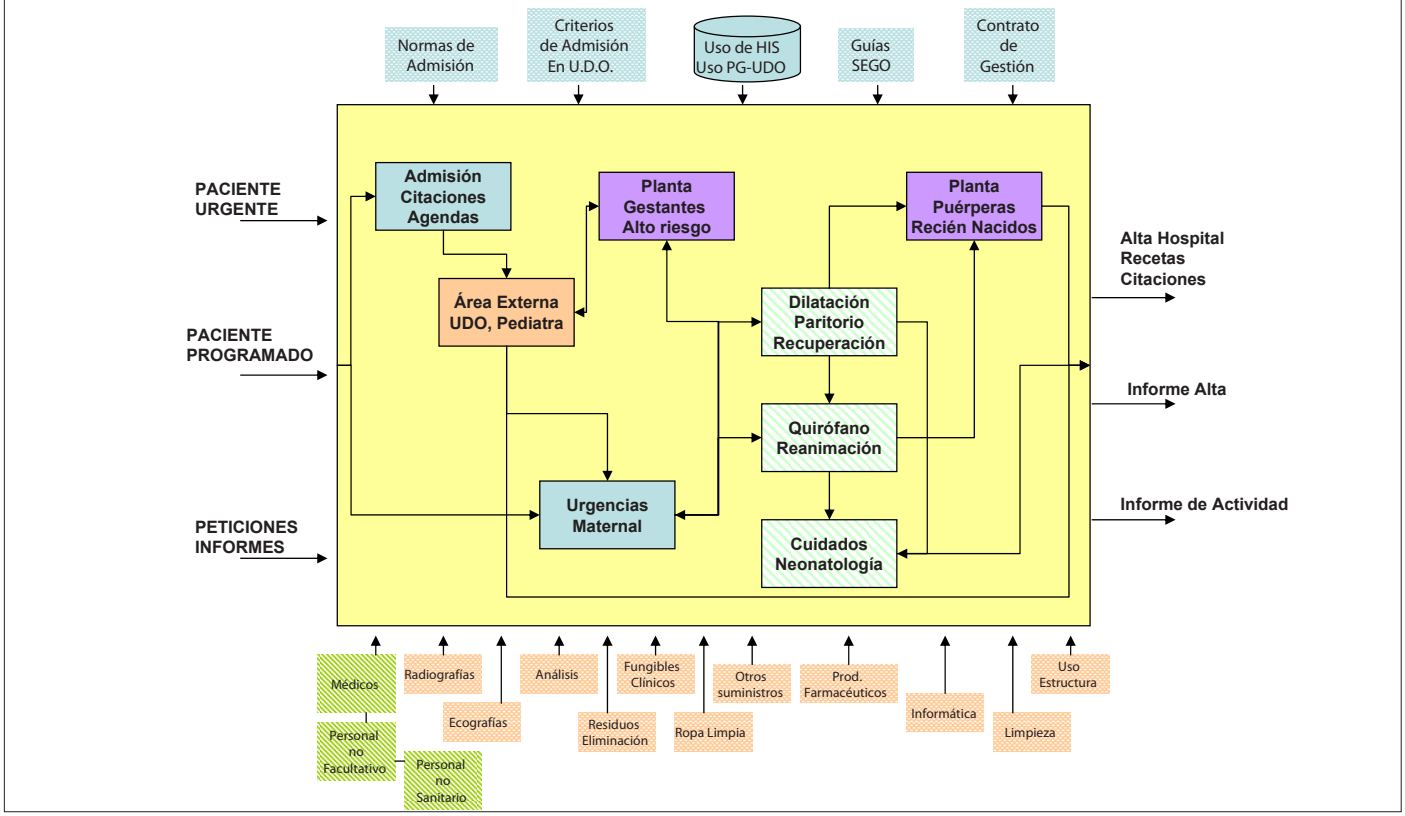


PROCESOS
4.6.- HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA

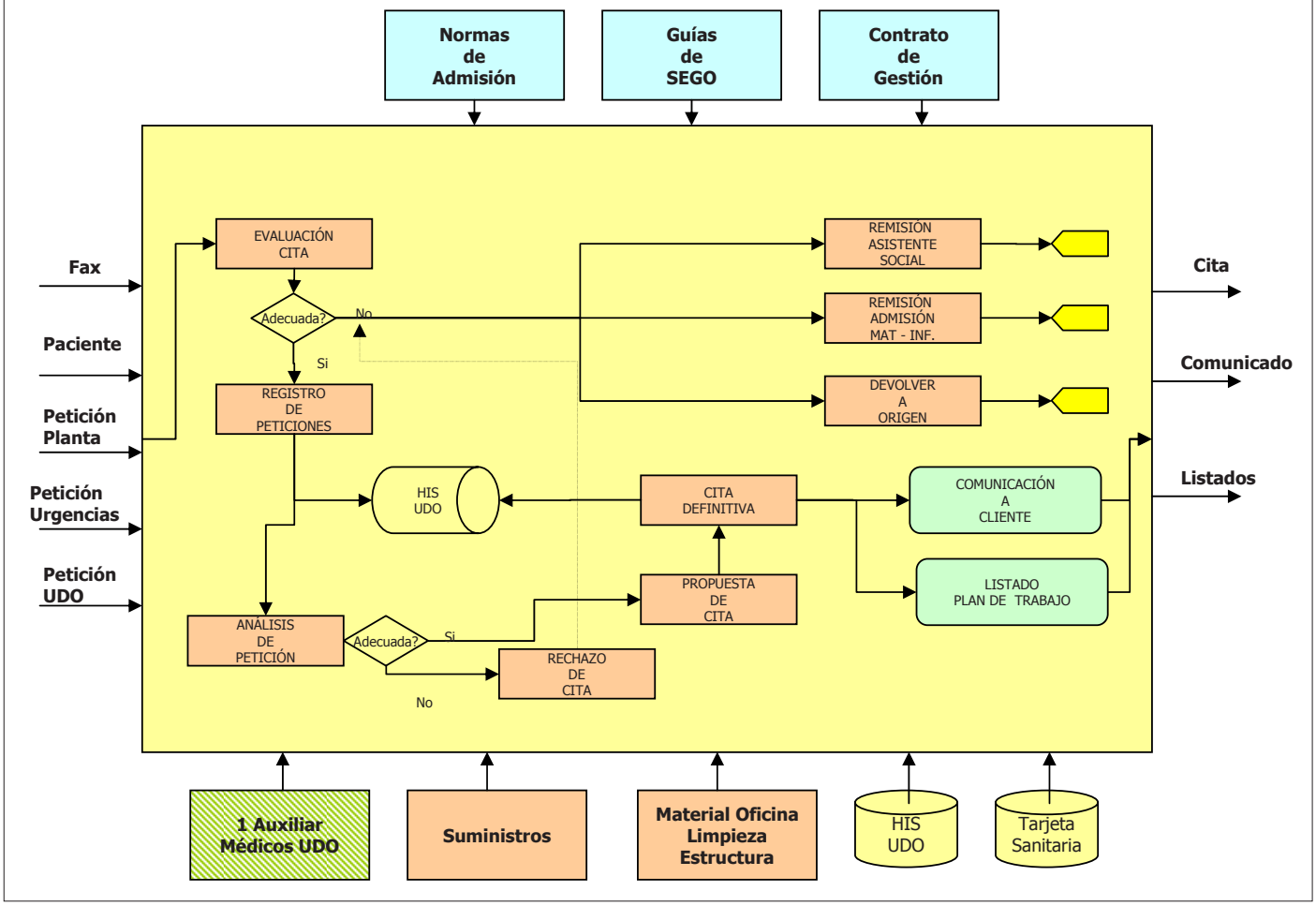
Procesos

4.6.1. Atención Perinatal

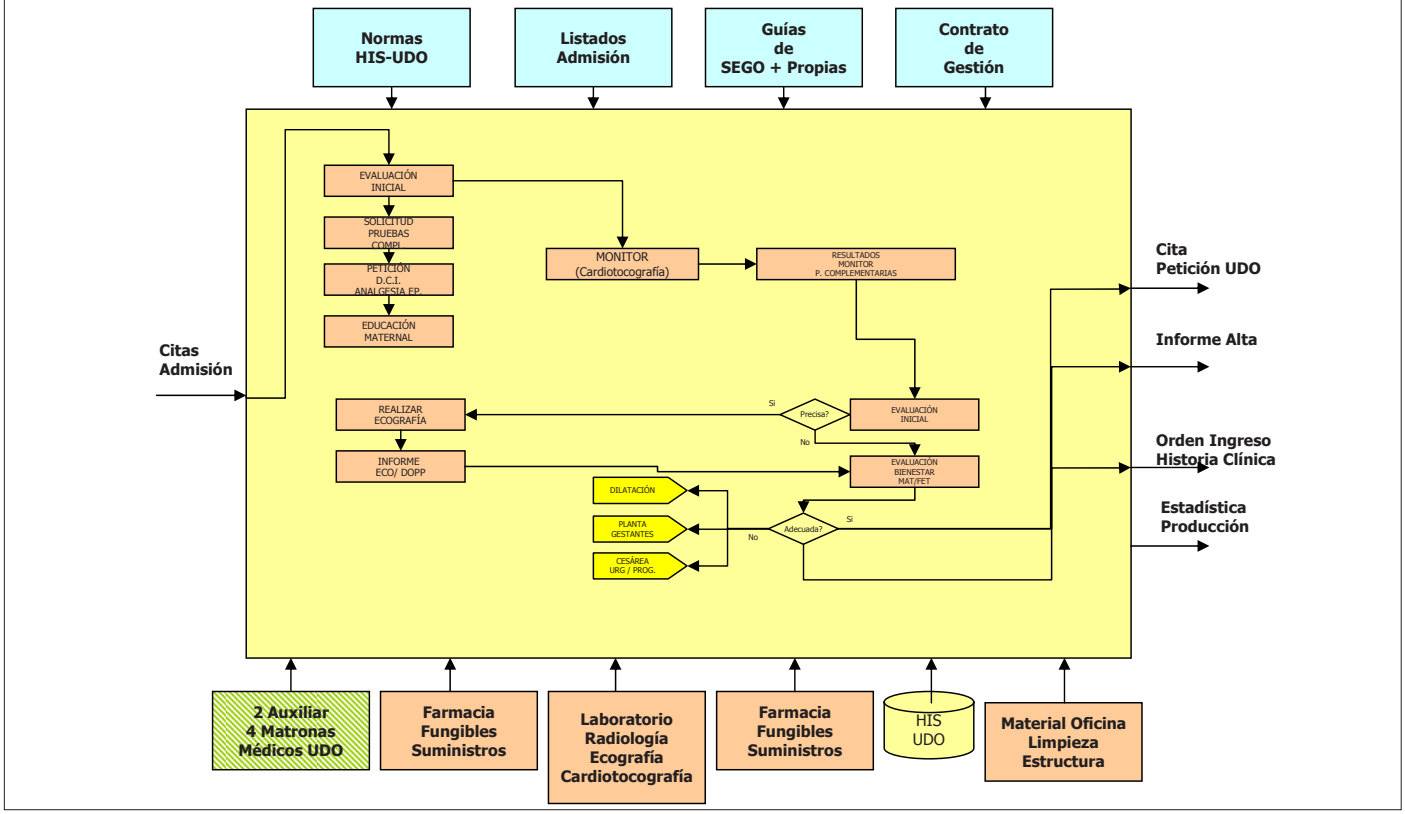
Proceso perinatal A-0



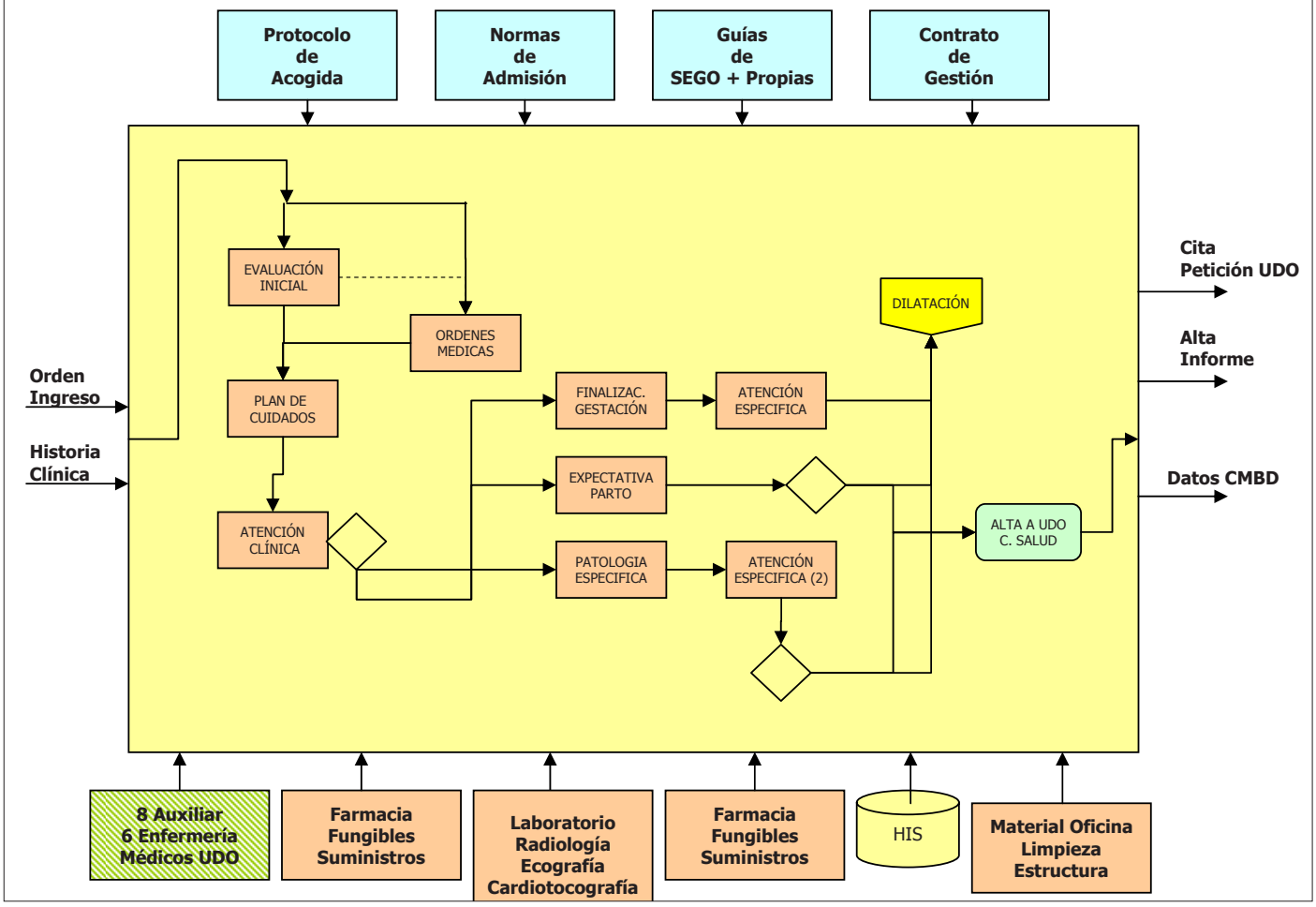
Proceso perinatal: Subproceso admisión A1.1



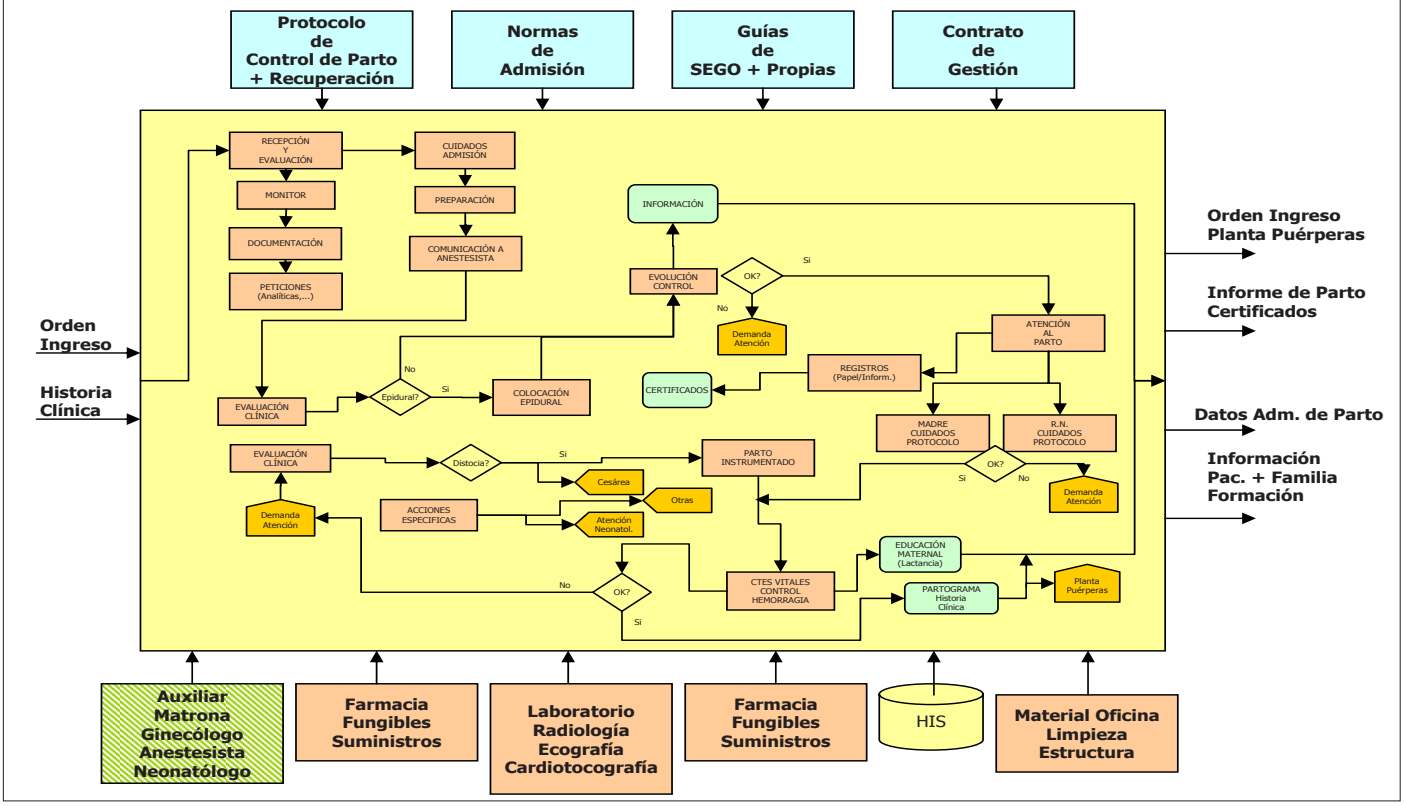
Proceso perinatal: Subproceso UDO A1.2



Proceso perinatal: Subproceso planta gestante A1.3



Proceso perinatal: subproceso dilatación/paritorio A1.5



Ficha del proceso: perinatal

1. MISIÓN:

Asistencia al Parto. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las enfermedades relacionadas con el periodo perinatal.

Para mejorar el estado de salud de la población de referencia gestante en su ultimo trimestre y del producto de la misma,disminuir su morbilidad y mortalidad prematura.

2. LÍMITES DEL PROCESO:

Limite Inicial:

- Gestantes de 28 semanas en adelante con riesgo moderado/alto
- Gestantes a término de 40 semanas con riesgo bajo
- Gestantes en periodo activo de parto con más de 28 semanas
- Gestantes con Amenaza de Parto Prematuro a partir de 24-28 semanas.
- Patología del final del embarazo.
- Complicaciones del puerperio hasta 40 días posparto
- Recién nacido de Menos de 28 días
- Pertenencia al área sanitaria I-IV o derivado reglamentariamente

Limite Final:

- Terminación de la gestación y/o Alta Hospitalaría

3. SUBPROCESOS:

1. Admisión, Citaciones, Agendas
2. Área externa (Consultas perinatología pediátrica, Unidad de Día Obstétrica –UDO-)
3. Urgencias Maternal
4. Dilatación, Paritorio, Recuperación
5. Área Quirúrgica, Reanimación
6. Planta Gestantes Alto Riesgo
7. Planta Puerperas – Recién Nacidos. Perinatología
8. Unidad Neonatología

4. PROVEEDORES

PROVEEDOR	ENTRADA	REQUISITOS
Administración Urgencias	Paciente Urgente	Recepción rápida en urgencias Triage precoz Tiempos de espera cortos Información de normas de funcionamiento general Información Clínica constante al paciente / Acompañante Amabilidad del personal Partos cortos y no dolorosos Acompañamiento po familiar Recien nacido sano Calidad hotelera
Atención Extrahospitalaria Unidad Ginecológica de Apoyo (UGA) Médico de Familia Matrona de Zona Consultas de Maternal de Embarazo de Alto Riesgo Interconsultas desde Hospital Interconsultas de Otros Centros	Paciente Programado	Confirmación rápida de cita o devolución precoz. Tramitación sencilla y ordenada Tiempos de espera cortos Información constante Amabilidad del personal Partos cortos y no dolorosos Acompañamiento po familiar Revcén nacido sano Calidad Hotelera
Gestión del Hospital	Petición de Informes	Informes solicitado con exactitud y rapidez.

5. CLIENTES/SALIDAS

Cliente	Necesidades	Salidas
Paciente	Termino del embarazo de forma satisfactoria. Diagnóstico y tratamiento adecuado de las complicaciones Bienestar físico y psíquico Ausencia de dolro y limitaciones Satisfacción con la asistencia	**Alta Hospital** **Recetas** **Citaciones**
Niño	Diagnóstico y tratamiento adecuado de las complicaciones Bienestar físico y psíquico Ausencia de dolor y limitaciones	**Alta Hospital** **Recetas** **Citaciones**
Atención sin Ingreso	Tramitación sencilla Cumplimiento de horarios	**Seguimiento**
Gestión del Hospital	Seguimiento nivel de cumplimiento de planes y contratos Evaluación de efectividad y efeiciencia	**Informe actividad**
Documentación	Codificación rápida y eficaz. Uso de agrupadores según norma. Alimentación de sistemas de información	**Informe alta**

6. GUÍAS Y PROTOCOLOS A UTILIZAR

- Normas de Admisión del Hospital. Normas de uso HP HIS
- Criterios de inclusión en Unidad de día Obstétrica
- Normas de uso de sistema informático HP PG-UDO
- Guías de la SEGO en Medicina Perinatal
- Contrato de Gestión

7. RECURSOS QUE SE CONSUMEN O UTILIZAN

Consumo	Origen
Radiografías	Radiología
Ecografía	Radiología, Gine
Análisis	Laboratorios
Ropa Limpia	Lavandería
Residuos a eliminar	Gestión residuos
Limpieza	Limpieza
Fungibles clínicos	Almacén
Productos farmacéuticos	Farmacia
Otros suministros	Almacén
Utilización Quiófano	Quirófano / Esterilización
Utilización Reanimación	URPAs
Elementos Estructurales	Mantenimiento, Ingeniería
Informática	Sistemas de Información
Personal no sanitario	Administración, Celador, Seguridad, Kimpieza, Oficios
Personal sanitario no Facultativo	Matronas, Enfermera, Auxiliar
Médicos	Obstetra, Pediatra, Anestesista

8. INDICADORES A OBTENER:

A. Indicadores relacionados con calidad técnica.

PROCESO	INDICADORES	ESTÁNDAR
EMBARAZO NORMAL	(1)Recién nacidos con diagnóstico de RCI o macrosomía sin diagnóstico de sospecha durante la gestación	95%
	(2)Investigación colonización Str. Agalactiae	Proximo al 100%
	(3)Repetición de exploraciones complementarias	Proximo al 0%
	(4)Tiempo de espera en consulta externa	10%
	(5)Tasa de prematuridad yatrógena	0%
	(6)Profilaxis de anemia durante la gestación	5%
	(7)Proxilaxis anteparto en gestante Rh negativa	100%
	(8)Screening de diabetes gestacional	100%
	(9)Screening de hepatitis B	100%
	(10)Uso de sonda vaginal en exploraciones en el primer trimestre	100%
DIAGNÓSTICO PRENATAL DE LOS DEFECTOS CONGÉNITOS	11)Estudio cromosómico en gestantes de 35 años o más	100%
	(12)Pérdidas gestacionales postamniocentesis	0.3% - 1.2%
	(13)Ecografías de screening de malformaciones	100%
CONTROL FETAL ANTEPARTO	(14)Valoración de las pruebas de bienestar fetal, por un especialistas	100%
	(15)Duración excesiva de Test no estresante patológico	Inferior al 1%
GESTACIONES EXTRAUTERINAS	(16) Gestaciones extrauterinas no diagnosticadas	No establecido
EMBARAZO Y PARTO GEMELAR	(17)Diagnostico de cigocidad	100%
	(18)Tiempo entre nacimiento del primer y segundo gemelo	No establecido
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO	(19)Inhibición del trabajo de parto	100%
	(20)Administración betasimpaticomiméticos con bomba de perfusión continua	100%
	(21)Inducción de madurez pulmonar	100%
	(22)Traslado de la amenaza de parto pretérmino inferior a 32 semanas	No establecido
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	(23)Profilaxis antibiótica en RPM en gestaciones pretérmino	100%
	(24)Finalización de gestación con RPM confirmada, en gestación superior a 34 semanas	100%
TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO	(25)Aparición de eclampsia en estado hipertensivo de embarazo y tiempo de ingreso superior a 1 hora	Proximo al 0%
ASISTENCIA A LA GESTANTE DIABÉTICA	(26)Control metabólico durante la gestación	100%
	(27)Control metabólico en trabajo de parto	Proximo al 0%
	(28)Macrosomía en recién nacidos de madre con diabetes gestacional	No establecido
	(29)Hipoglucemia neonatal en recién nacidos de madres con diabetes gestacional o pregestacional	Proximo al 0%

PROCESO	INDICADORES	ESTANDAR
CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETARDADO (CIR)	(30)Ecografía seriada en gestaciones con CIR retardado	100%
	(31)Cardiotocografia basal seriada en gestaciones con CIR	100%
	(32)Estudio hemodinámico en gestaciones con CIR	Proximo al 100%
INFECCIÓN POR VIH Y GESTACIÓN	(33)Analitica especifica en pacientes seropositivas al HIV	100%
	(34)Ofrecimiento de profilaxis de transmisión vertical con ZDV en gestantes HIV y sus recién nacidos	No establecido
	(35) Realización de screening de VIH	100%
ASISTENCIA AL PARTO NORMAL	(36)Estudio analítico preparto	100%
	(37)Incidencia de desgarros perineales de III / IV grado	No establecido
	(38)Parto con analgesia regional	No establecido
INDUCCIÓN AL PARTO	(39)Frecuencia de partos inducidos por indicación terapéutica	Superior al 80%
	(40)Dirección del parto mediante oxitocina con bomba de perfusión	100%
PARTO PODÁLICO	(41)Exploraciones ecográficas en parto de nalgas	100%
CESÁREA	(42)Tasa total de cesáreas	
	(43)Cesáreas mediante incisión de Pfannenstil	No establecido
	(44)Parto por via vaginal después de cesárea	Superior al 40%
	(45)Intervalo indicación - extracción en cesárea urgente	Superior al 95%
NEONATO	(46)Realización de estudio ácido-base en sangre de cordón	99%
PUERPERIO NORMAL Y PATOLOGICO	(47)Fiebre puerperal tras parto	No establecido
	(48)Hemorragia durante el parto	Vaginal: Inf. a 4% Cesárea: inf a 8%

A. Indicadores relacionados con resultados

PROCESO	INDICADORES	ESTÁNDAR
PARTO NORMAL	Mortalidad Materna	
	Mortalidad Fetal	
	% pacientes con complicaciones	No establecido
	% Niños de alta sanos	No establecido
	% Pacientes con discapacidad al alta	No establecido
	% Pacientes que expresan haber sentido dolor intenso o prolongado	**<15%**
	% de Pacientes con infección nosocomial	**<2%**
	Ítems de encuesta de satisfacción referidos al periodo perinatal	**>85%**
	Nº de reclamaciones	**< anterior año**

C. Indicadores relacionados con proceso

PROCESO	INDICADORES	ESTÁNDAR
Paciente Urgente	Diseño y ejecución de Plan de Información. % de cumplimiento	**> 85%**
	Acompañamiento de un familiar en todas las fases de dilatación y parto normal	**> 95%**
	Oferta de epidural, si existe indicación	**> 95%**
Paciente Programado	Tiempo de espera tras solicitud de cita igual o inferior a una semana	**> 90%**
	Diseño y ejecución de Plan de Información. % de cumplimiento	**> 85%**
	Acompañamiento de un familiar en todas las fases de dilatación y parto normal	**> 95%**
	Oferta de epidural, si existe indicación	**> 95%**
Gestión Hospital	Informes solicitados y contestados en menos de 1 mes	Próximo al 100%
	Informes de alta a la semana de la misma	Próximo al 100%
	Contestación reclamaciones en menos de 7 días con criterios de calidad al 90%	Próximo al 100%
	Seguimiento de protocolos y guías aceptadas	**>80%**
	Diseño/Revisión de nuevas guías	**Al menos 2/año**

En fase de elaboración

PROCESOS
4.7.- HOSPITAL SANTA Mª DEL ROSELL

Procesos

4.7.1. Reclamaciones

Ficha de proceso: Reclamaciones.

Proceso: Reclamaciones

Gestor: Responsable del Servicio de Atención al Paciente — Fecha de revisión:15-06-2008

Misión: Responder y tratar de resolver las dificultades y problemas que se plantean a los pacientes y familiares durante su ingreso hospitalario, en relación con la asistencia sanitaria, o ante cualquier problema de salud, tratando de corregirlos para alcanzar un mayor grado de satisfacción y bienestar de los usuarios. Además pretende disminuir las barreras administrativas facilitando el acceso a la asistencia.

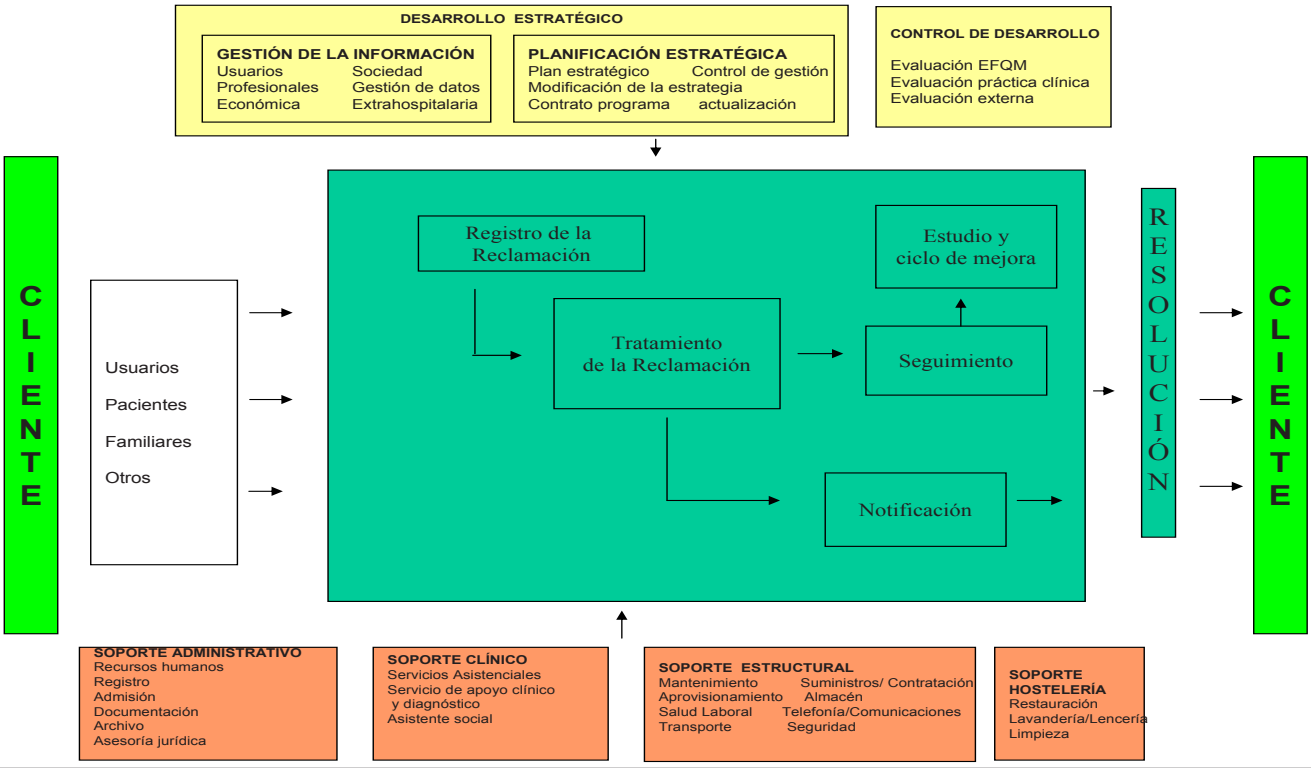
Clientes	Equipo Humano	Proveedores
Pacientes. Familiares. Usuarios.Otros	Responsable SAP Enfermería Asistente social Personal auxiliar administrativo Celador	Pacientes

Límites: El inicio del procesos de reclamación se establece en el momento de la presentación de la reclamación por parte de los usuarios. El proceso finaliza con la respuesta y/o resolución del problema planteado

Indicadores: Existencia de un registro de todas las reclamaciones
- Número total de reclamaciones y su clasificación atendiendo al tipo de reclamación y servicio implicado
- Tiempo medio en contestar todas las reclamaciones, en días.
- Porcentaje de reclamaciones contestadas antes de 30 días
- Porcentaje de pacientes satisfechos con la resolución de su reclamación
- Porcentaje de reclamaciones que requieren acciones de mejora
- Número de reclamaciones que han precisado un proceso judicial en un año

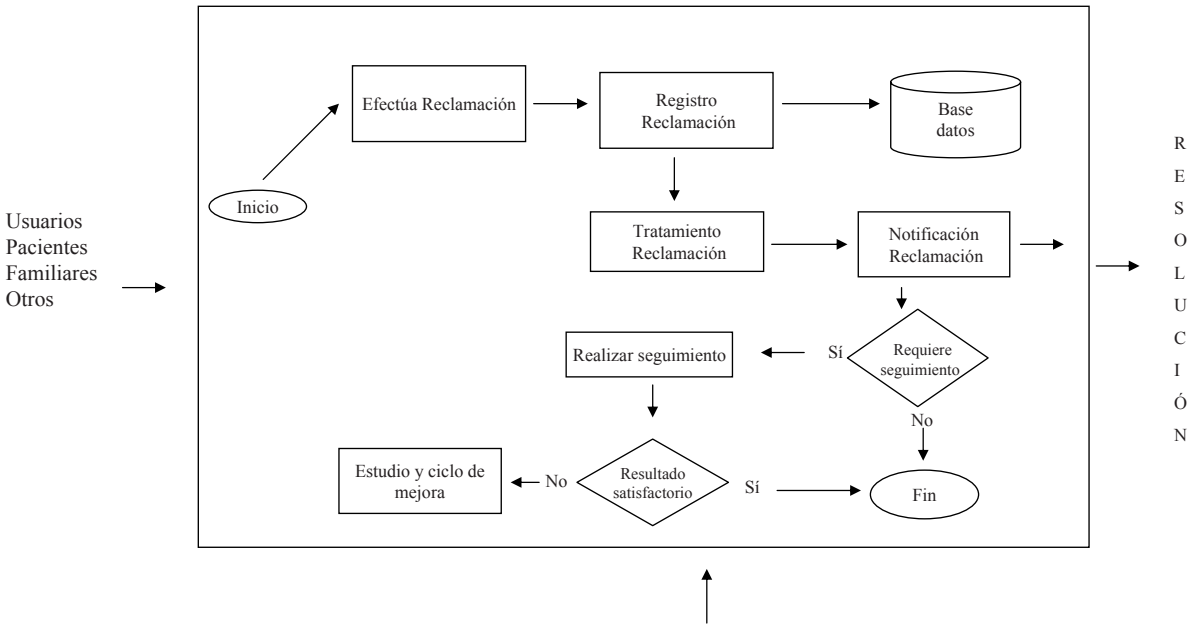
Validado por: Director Gerente y Coordinador de Calidad

Proceso: Reclamaciones



Proceso: Reclamaciones

Orden 26-07-2005 sobre sugerencias, reclamaciones, quejas y agradecimientos de la Consejería de Sanidad del SMS. Guía de Reclamaciones del hospital Santa María del Rosell
Normativa de funcionamiento del Servicio de Atención al Paciente relativa a las Reclamaciones



Servicios Asistenciales, de Apoyo clínico y Diagnóstico-Admisión-Documentación-Archivo-Asesoría jurídica- Asistente Social-Transporte-Mantenimiento-Hostelería-Limpieza-Seguridad-Otros

3

Proceso: Reclamaciones.

Proceso de Reclamaciones en el Hospital Santa María del Rosell. Cartagena

¿Quién puede reclamar?. Pacientes. Familiares. Usuarios. Otros (Asociaciones).

Proveedores / entradas: coincide con los clientes
requisitos: "lo que el cliente precisa" expresar la atención recibida haciendo constar claramente el motivo de insatisfacción, deficiencia detectada o reclamación.

Clientes / salidas: Pacientes. Familiares. Usuarios. Otros (Asociaciones).
Necesidades: atención y resolución de la demanda planteada
Salidas: notificación y resolución

¿Cómo reclamar?. Todas las reclamaciones efectuadas deben de estar convenientemente documentadas. Las Reclamaciones se realizarán por escrito, utilizando un impreso normalizado "Informe de Reclamación ". Cualquier reclamación realizada de forma oral en el Servicio de Atención al Paciente (SAP), será igualmente documentada por la persona que la reciba.

Registro de la reclamación. Todas las reclamaciones efectuadas en el SAP deben registrarse en el registro de entrada del SAP, se le asignará un número de registro de referencia a cada reclamación.

Tratamiento de la reclamación. Para cada reclamación, dependiendo de su naturaleza, se asigna un responsable que analiza las causas que han originado la reclamación y determina las medidas para resolver la incidencia.

Comunicación al usuario. El SAP responderá a la reclamación efectuada, por escrito y en el menor plazo posible, se informa al usuario de las medidas adoptadas.

Requiere seguimiento. Se considerarán como tales, las reclamaciones que por su incidencia, por su especial significación, o por afectar a un mismo servicio el SAP así lo considere.

Seguimiento del tratamiento de la reclamación. Se trata de verificar el grado de cumplimiento de las acciones emprendidas y consiste en: comprobar la ejecución de las medidas adoptadas para resolver la incidencia, controlar los plazos de ejecución previstos, y verificar si informa al cliente sobre la resolución de la incidencia.

Resultado satisfactorio. Si el resultado del seguimiento es satisfactorio, se pone fin al proceso, en caso contrario, se procede nuevamente al tratamiento de la reclamación.

SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE

Recientemente Vd interpuso una reclamación en nuestro Servicio, a la que hemos dado curso intentando resolver el problema que nos planteó. Con la finalidad de mejorar la atención que prestamos a nuestros usuarios, queremos conocer su opinión sobre la forma en que hemos intervenido.

1. El acceso a nuestro Servicio le ha resultado

A: Muy fácil
B: Fácil
C: Difícil
D: Muy difícil

1. El trato recibido por nuestro personal le ha parecido:

A: Muy correcto
B: Correcto
C: Poco correcto
D: Incorrecto

3. El tiempo que hemos tardado en tratar su reclamación le ha parecido:

A: Totalmente adecuado
B: Adecuado
C: Excesivo
D: Muy excesivo

4. Cómo le parece que hemos gestionado su reclamación: Marque un número del 1 al 10, donde el 1 sería la peor gestión y el 10 sería una gestión excelente

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

5. Finalmente, se siente satisfecho de con la respuesta que ha recibido

A: Sí totalmente
B: Si parcialmente
C: No parcialmente
D: No totalmente

6. Por último, indíquenos con sus propias palabras que deberíamos cambiar para mejorar la atención que prestamos a nuestros usuarios.

Proceso: Reclamaciones

Motivos de las Reclamaciones
Servicio Murciano de Salud

A. **Acceso a la asistencia.** Cuestiones administrativas. Cambios de profesional o centro. Asignación o cambios de profesional o centro. Listas de espera. Denegación de asistencia. Suspensión actos programados.

B. **Entorno asistencial.** Accesibilidad y comunicaciones. Condiciones ambientales y hosteleras. Mantenimiento y seguridad. Recepción y actividades.

C. **Proceso asistencial.** Planificación, organización y coordinación. Información asistencial y consentimiento informado. Trato. Agradecimientos. Sugerencias.

D. **Resultado asistencial.** Disconformidad con el diagnóstico o tratamiento. Muerte del paciente.

E. **Prestaciones y Otros.** Prestaciones sanitarias. Otros. No procedentes.

En fase de elaboración

PROCESOS
4.8.- HOSPITAL LOS ARCOS

4.8.1. Plan de gestión (conjunto con gerencia atención primaria Cartagena)

El proceso aparece detallado en el punto 4.4.1. de este documento

Procesos

4.8.2. Facturación a terceros

Ficha del proceso: facturacfón a terceros

RESPONSABLE: José María Díaz Hernández	FECHA DE REVISION: Anual
MISION: Recoger, clasificar y procesar la información relativa a los procesos asistenciales efectuados en el Hospital los Arcos a pacientes no incluidos en la cobertura del Servicio Regional de Salud, emitir y enviar la factura correspondiente, que permita realizar posteriormente el cobro a terceros obligados al pago, contribuyendo a la recuperación parcial de los recursos invertidos en la asistencia. OBJETIVO: Emitir una factura correcta en el 100% de los procesos susceptibles de facturación Va dirigido a los profesionales de los servicios de recaudación del Hospital Los Arcos y de la Tesorería del Servicio Murciano de Salud.	
ELEMENTOS DEL ENTORNO DIRECTAMENTE AFECTADOS: Equipo Humano (profesionales del área de gestión del HLA y de los servicios centrales del SMS) y Sistema Sanitario	
LIMITE INICIAL: Procesos Asistenciales susceptibles de facturación a terceros	
LIMITE FINAL: Facturas enviadas a los obligados al pago y notificación de impagos comunicada a servicios centrales	

SUBPROCESOS EN QUE SE DESCOMPONE:

1) Recoger la información y documentación pertinente
2) Clasificar según tipo de financiación
3) Verificar la consistencia, fiabilidad y veracidad de los datos aportados
4) Completar los datos que faltan
5) Emitir la factura
6) Enviar la factura a: Servicios centrales
(envío telemático) y a los obligados al pago
(envío por correo con acuse de recibo)
7) Comprobar periódicamente los pagos efectuados
8) Comunicar los impagos a servicios centrales para que se inicie la vía ejecutiva

Las relaciones de proveedores/ entradas/ requisitos, las de clientes/ necesidades/ salidas, guías y recursos necesarios y los indicadores de proceso se recogen en las tablas siguientes.

PROVEEDOR	ENTRADAS	REQUISITOS
Procesos asistenciales susceptibles de facturación	Listados informáticos y Documentación procedentes de los servicios de admisión (urgencias, consultas externas y hospitalización)	- Normalización de los procedimientos - Coordinación con otros servicios de los que depende la recogida de la información - Funciones y responsabilidades claramente establecidas

CLIENTES	NECESIDADES	SALIDAS
SERVICIO DE RECAUDACION DEL HLA	- Buena comunicación dentro de la organización - Compromiso del personal con los objetivos	- Información a servicios centrales - Facturas enviadas a los obligados al pago
TESORERIA DEL SMS	- Información correcta y a tiempo acerca de facturas emitidas, impagos, etc	

Ficha del proceso: facturación a terceros

GUIAS	RECURSOS
Legislación y normativa vigente	Sistemas informáticos
Instrucciones del SMS	Bases de datos del SMS: De tarjeta sanitaria, de tesorería.
Normativa interna del hospital: procedimiento de recogida de datos, protocolos de actuación y circuitos	Bases de datos de compañías de seguros
	Otras fuentes de información: Pacientes, familiares, fuerzas de seguridad
	Servicio de correos
	Bases de datos de compañías asistenciales

INDICADORES
Porcentaje de procesos facturables en los que se ha emitido factura
Porcentaje de facturas devueltas por correos (incorrectamente notificadas a los obligados al pago)
Porcentaje de facturas impagadas

Descripción de los indicadores:

Estos indicadores se revisarán periódicamente para ver si se cumplen los objetivos de este proceso. En principio sería aconsejable medirlos con una periodicidad (semestral, para ver cómo está la situación y adoptar las medidas correctoras oportunas antes de que finalice el año).

1) Porcentaje de procesos facturables en los que se ha emitido factura (% PFF). El objetivo a alcanzar en este indicador sería el 100%.

$$\%\ PFF = \frac{PF\ (Nº\ de\ procesos\ en\ los\ que\ se\ ha\ emitido\ factura)}{TPF\ (Nº\ total\ de\ procesos\ facturables\ atendidos\ en\ el\ Hospital)} \times 100$$

Para calcular el nº total de procesos facturables atendidos en el centro de que se trate, habría que sumar todos los procesos susceptibles de facturación durante el periodo estudiado (privados, compañías de seguros de tráfico y otras, mutualidades laborales,compañías asistenciales privadas, etc.

2) Porcentaje de facturas devueltas por correos (% FDC). El objetivo a alcanzar en este indicador sería 0%.

$$\%\ FD = \frac{FD\ (Nº\ de\ facturas\ devueltas\ por\ correos,\ por\ errores\ en\ la\ dirección)}{TFE\ (Nº\ total\ de\ facturas\ enviadas\ por\ correo)} \times 100$$

3) Porcentaje de facturas impagadas (% FI). El objetivo a alcanzar en este indicador sería 0%.

$$\%\ FI = \frac{Nº\ impagados}{Nº\ total\ facturas\ emitidas} \times 100$$

ACCIONES A REALIZAR

1) Medición de indicadores (Semestral)
2) Análisis de resultados y aplicación de medidas correctoras que procedan
3) Actualización permanente de la formación e información de todas las personas implicadas (cuando se midan los resultados,
incorpore personal nuevo al cualquiera de los servicios de los que dependen las distintas partes del proceso, etc)

PROCESOS
4.9.- HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE

Procesos

4.9.1. Documentación clínica y archivo

RESPONSABLE: Dr. Blas González Pina (blasl.gonzalez@carm.es)

MIEMBROS:

- Blas González Pina (Internista – Subdirector Médico)
- Gloria Palomares Ortiz (Cirujano – Coordinadora de Calidad) gloriam.palomares@carm.es
- Mª José Pérez (DUE) mariaj.perez12@carm.es
- Mª Sol (Auxiliar de Clínica – Archivos)

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

1- Misión

Qué: correcto funcionamiento del archivo de Historias Clínicas del Hospital, manteniendo una correcta ordenación de las mismas y archivando dentro de cada historia todos aquellos documentos sueltos que llegan al Archivo, intentando que exista el menor númeroposible de Historias Clínicas fuera del mismo.

Para qué: para proporcionar información clínica de cada paciente en formato papel. Para poder suministrar en el menor tiempo posible una Historia Clínica cuando sea solicitada y que toda la documentación del paciente se encuentre dentro de la misma

Para quién: para todos los pacientes de cualquiera de nuestros servicios asistenciales (Urgencias, Consultas Externas,
Hospitalización,...), para que tengan toda su documentación correctamente archivada. Asimismo para que los profesionales de la Salud que trabajan dentro del Hospital puedan consultar la documentación clínica de los pacientes sin encontrar ningún tipo de problema.

2- Dónde comienza y dónde acaba el proceso

El proceso se inicia cuando un paciente debe ser visto en cualquiera de los Servicios Asistenciales del Hospital.
El proceso finaliza cuando la Historia Clínica completa vuelva a estar colocada correctamente en su sitio en el Archivo.

3- Subprocesos

Dentro del proceso de Archivos se puede establecer como subproceso la Circulación de la Historia Clínica dentro del Hospital, una vez es solicitada y hasta que vuelve a estar colocada en su sitio en Archivos.

4- Entradas o proveedores

Las personas que hacen arrancar este proceso son, como en todos los que atañen a un Hospital, los pacientes que deben ser vistos en cualquiera de los Servicios Asistenciales, bien sea remitidos desde Atención Primaria y otros Servicios Hospitalarios, revisiones periódicas de su patología o tras su hospitalización por un proceso urgente o programado. También pueden considerarse como entradas las solicitudes de los profesionales sanitarios del Hospital, de los Juzgados y de la Inspección Médica. Los requisitos de las entradas incluyen una solicitud adecuada en forma (en el documento apropiado para ello) y en tiempo (al menos con 24 h de antelación), la necesidad de que existan el menor número de documentos sueltos fuera de su historia dentro del archivo o en los distintos servicios hospitalarios y una adecuada ordenación de la historia clínica de acuerdo con el Manual de Historias Clínicas del Hospital.

5- Clientes o salidas o proveedores o necesidades

Los pacientes vuelven a ser los clientes del proceso, encontrándose también a la salida del mismo. Estos clientes tienen comonecesidades el correcto funcionamiento del Archivo de Historias Clínicas para poder recibir una óptima asistencia sanitaria demanera que los Profesionales de la Salud conozcan todos los datos importantes del paciente porque se encuentren archivadas dentro de su Historia Clínica. Por ello, los profesionales sanitarios vuelven a ser clientes del proceso, ya que para poder realizar un asistencia adecuada se deben conocer todos los datos del paciente.

6- Guías y recursos

Como guías, dentro de nuestro Hospital, tenemos:

• Es imprescindible suministrar el número de Historia Clínica o al menos el número de la Seguridad Social para podersuministrar adecuadamente la Historia.

• Toda la población asistencial que corresponde al Hospital de Caravaca tiene adjudicado un número de Historia Clínica, demanera que cuando un paciente debe recibir asistencia, dando los datos en Admisión General o Admisión de Urgencias, elsistema informático encuentra su número de Historia Clínica. A los pacientes desplazados o transeúntes que nunca han sidovistos en nuestro Hospital se les adjudica un número definitivo de Historia, de manera que si debe ser visto de nuevo,tiene toda su documentación dentro de su Historia y además está correctamente archivada.

• Los listados de la asistencia programada en Consultas Externas, Gimnasio de Rehabilitación o solicitud desde el Área deHospitalización, deben llegar a Archivos al menos con 24 horas de antelación, para el correcto funcionamiento y circulaciónde la Historia.

7- Indicadores

Como indicadores podríamos tener:

• Porcentaje de Historias Clínicas solicitadas sin número de Historia ni número de Seguridad Social sobre el total.

• Porcentaje de Historias Clínicas que no se encuentran en su lugar y no se sabe dónde están (perdidas) sobre el total.

• Porcentaje de Historias Clínicas que no vuelven a Archivos tras la hospitalización o tras su visita en Consulta Externa.

• Porcentaje de Historias que se solicitan el mismo día de su asistencia en Consultas Externas.

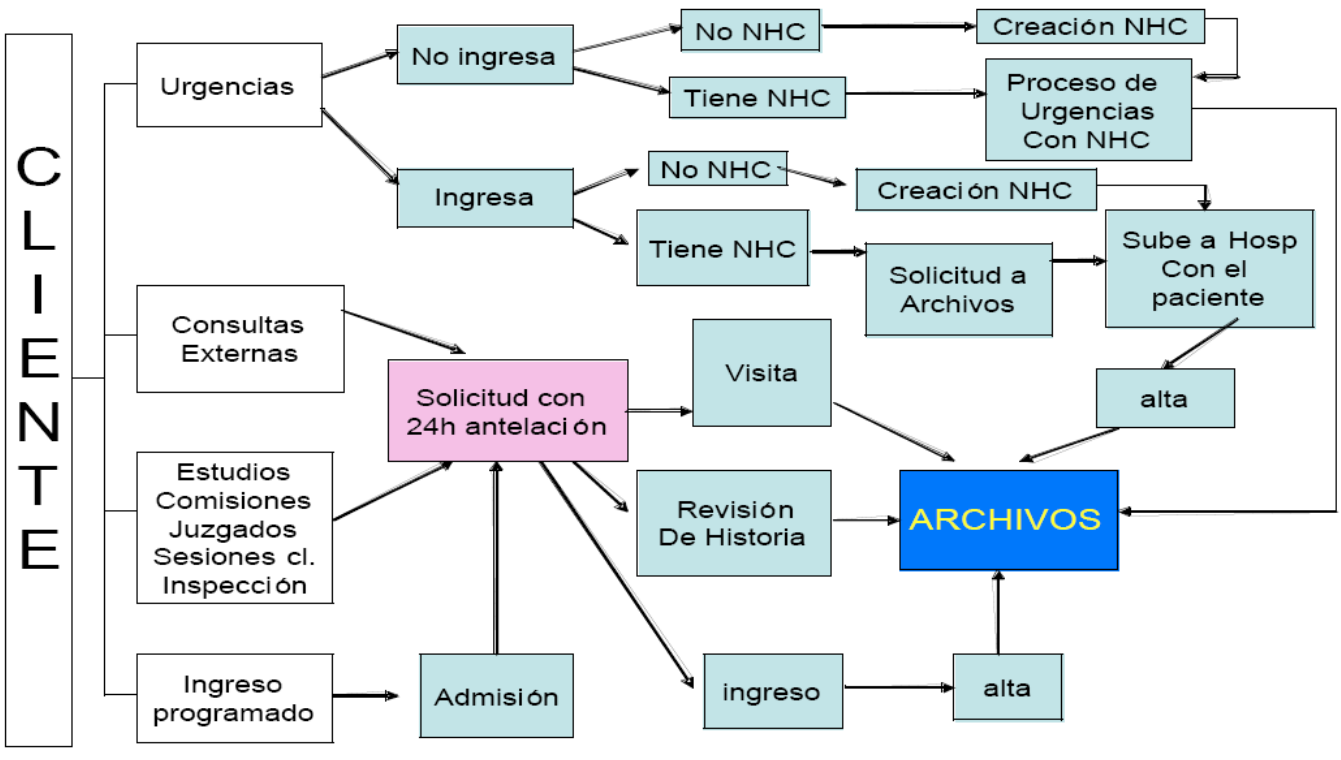
• Porcentaje de Historias que llegan a su destino a tiempo cuando se han solicitado adecuadamente

• Porcentaje de Historias que deben ser reclamadas tras haber sido solicitadas adecuadamente

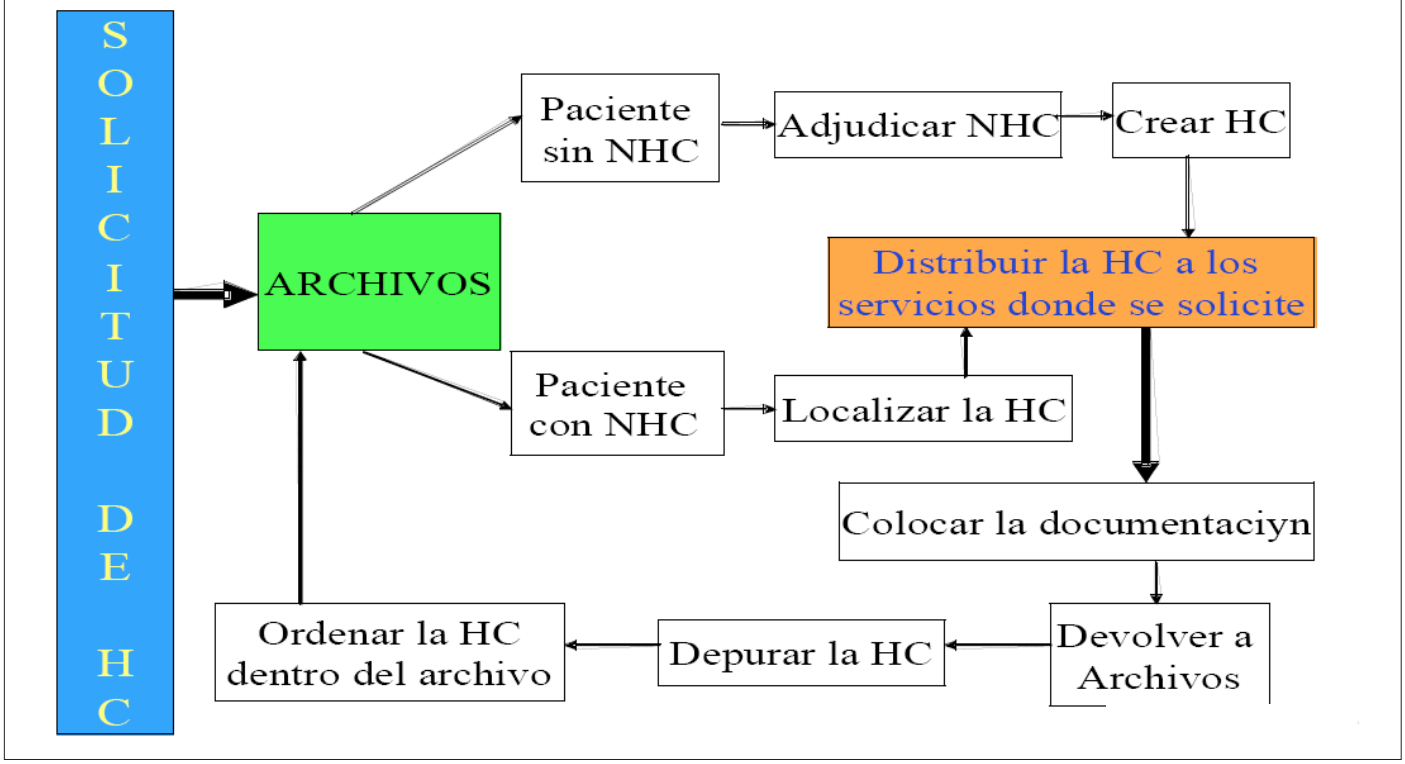
• Porcentaje de Historias incorrectamente ordenadas dentro del Archivo

Proceso: documentación clínica y archivo

Proceso: documentación clinica y archivo - mapa 1A



Proceso: documentación clinica y archivo - mapa 1B



En fase de elaboración

PROCESOS
4.10.- FUNDACIÓN HOSPITAL DE CIEZA

Procesos

4.10.1. Cirugía Mayor Ambulatoria (C.M.A.)

1. Descripción del proceso.

MISIÓN

“ Prestar una asistecia integral, cuidados perioperatorios y tratamiento quirúrgico, adecuada a la patología de nuestros pacientes ambulatorios con la máxima profesionalidad, respeto y eficacia para satisfacer sus expectativas y mejorar su salud.”

DEFINICIÓN DEL PROCESO

DESTINATARIOS Y EXPECTATIVAS				
DESTINATARIOS	EXPECTATIVAS			
	Accesibilidad	Comunicación	Cortesía	Competencia
Paciente	Bajo tiempo de espera	Información clara y comprensible	Amabilidad en el trato y consideración. Cortesia	Empleo del tratamiento adecuado (no dolor, no complicaciones). Coordinación interna
Familiares		Información completa, clara y a tiempo	Consideración	Hacerles participes de los cuidados
Dirección del Hospital				Cumplimiento de objetivos en plazos y presupuestario
Hospitalización postquirúrgica	Rápida respuesta a su petición	Comunicación fluida y completa entre profesionales	Respeto	Paciente estable que no cumple criterios de alta.

OBJETIVOS DEL PROCESO	
DESTINATARIO	OBJETIVO
Paciente	Paciente operado adecuadamente, bien tratado, bien informado.
familiares	Familiar suficientemente informado.
Dirección Hospital	Indicadores pactados cumplidos

LIMITES

LIMITE DE ENTRADA	Paciente que ingresa en Hospital de Día quirúrgico.
LIMITE DE SALIDA	▪ Alta en Hospital de Día, ▪ Ingreso en planta de hospitalización quirúrgica por que no se cumplan los criterios de alta.

SUBPROCESOS

ADMISIÓN	Cita	
CONSULTA	Consulta Médica	Información. Inclusión en Lista de Espera. Consentimientos Informados. Petición pre-operatorio. Consulta anestésica. (ARCHIVO, RADIOLOGIA ADMISIÓN, LABORATORIO´)
HOSPITAL DE DIA	ENTRADA DEL PACIENTE	Acogida y registro del paciente (ADMISIÓN)
	PREPARACIÓN DEL PACIENTE (enfermería)	Preparar documentación(Hª Cª) Preoperatorio (RX, analítica, ECG) Consentimiento informado Pruebas complementarias (ARCHIVO)
		Ubicación del paciente
		Dieta e higiene (ayuno, limpio, sin joyas, sin cosmética, etc.)
		Constantes previas (TA, Tª, glu)
		Coger vía
		Premedicación (Profilaxis antibiótica, colirios,etc)
		Rasurar y pintar

QUIROFANO	PREPARACIÓN	PERSONAL (PROGRAMACIÓN PERSONAL)	Accesos
			Vestuario (LENCERIA)
			Lavado de manos
		DEL QUIRÓFANO (PROGRAMACIÓN DE QUIRÓFANO)	Esterilización. Instrumental (ESTERILIZACIÓN)
			Limpieza.(LIMPIEZA)
			Control microbiológico. (LABORATORIO)
			Condiciones ambientales. Temperatura y humedad (MANTENIMIENTO)
			Materiales y fármacos. (SUMINISTROS, FARMACIA, PROVEEDORES ESP.)
			Equipos electromédicos (MANTENIMIENTO)
	RECEPCIÓN DE PACIENTES	TRANSPORTE PACIENTE AL QX.	Con el parte de quirófano que origina Admisión (ADMISIÓN)
		ACOGIDA DEL PACIENTE	Por parte de enfermería
		REGISTRO DEL PACIENTE	Auxiliar (INFORMATICA)
		COMPROBACIÓN DOCUMENTACIÓN DE LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE	Formato mod.96 enfermería
		VºBº MEDICO DE LA DOCUMENTACIÓN	Cirujano, Anestesista
	QUIROFANO	ANESTESIA	Preparación anestésica (monitorización, vías, sondaje,etc)
			Acto anestésico (Técnica anestésica)
		CIRUGÍA	Preparación quirúrgica (posición, pintar, campo quirúrgico…)
			Acto quirúrgico (Técnica quirúrgica) (ANATOMIA PATOLOGICA) Información al paciente
URPA REANIMACIÓN		Enfermería	- Acogida y recepción del paciente.(INFORMATICA) - Cuidados postquirúrgicos inmediatos (dolor, sangrado, micción, movilidad, etc) - Control monitorizado (ctes, conciencia, respiración, etc) (Existe formato específico)
		Anestesista	Atención médica Información a paciente y familia

HOSPITAL DE DIA	Cuidados de enfermería	Vigilar cumplimiento criterios de alta (movilidad, tolerancia oral, diuresis, control de dolor…) (COCINA). Información a paciente y familiares Toma de ctes Cierre del episodio clínico(HC)
	Atención Médica	Dar informe de alta al paciente Información a familiares
HOSPITALIZACIÓN	Si complicación	

2. Representación gráfica

ENTRADAS

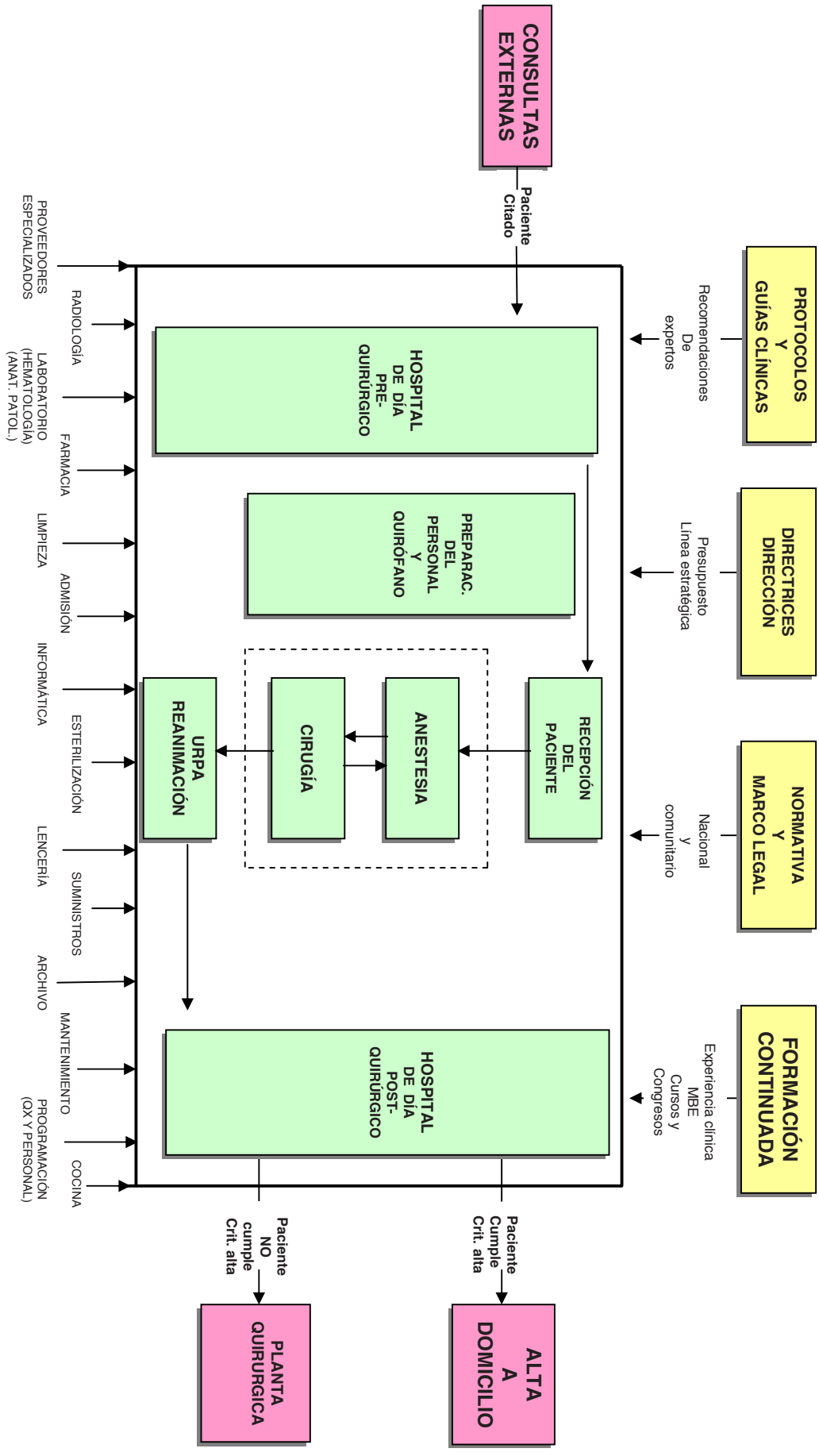
PROVEEDORES	REQUISITOS
Paciente	▪ Paciente citado e ingresado en Hospital de Día Quirúrgico para C.M.A. ▪ Incluído en Lista de Espera. ▪ Con Consentimientos Informados firmados. ▪ Pre-operatorio realizado.

SALIDAS

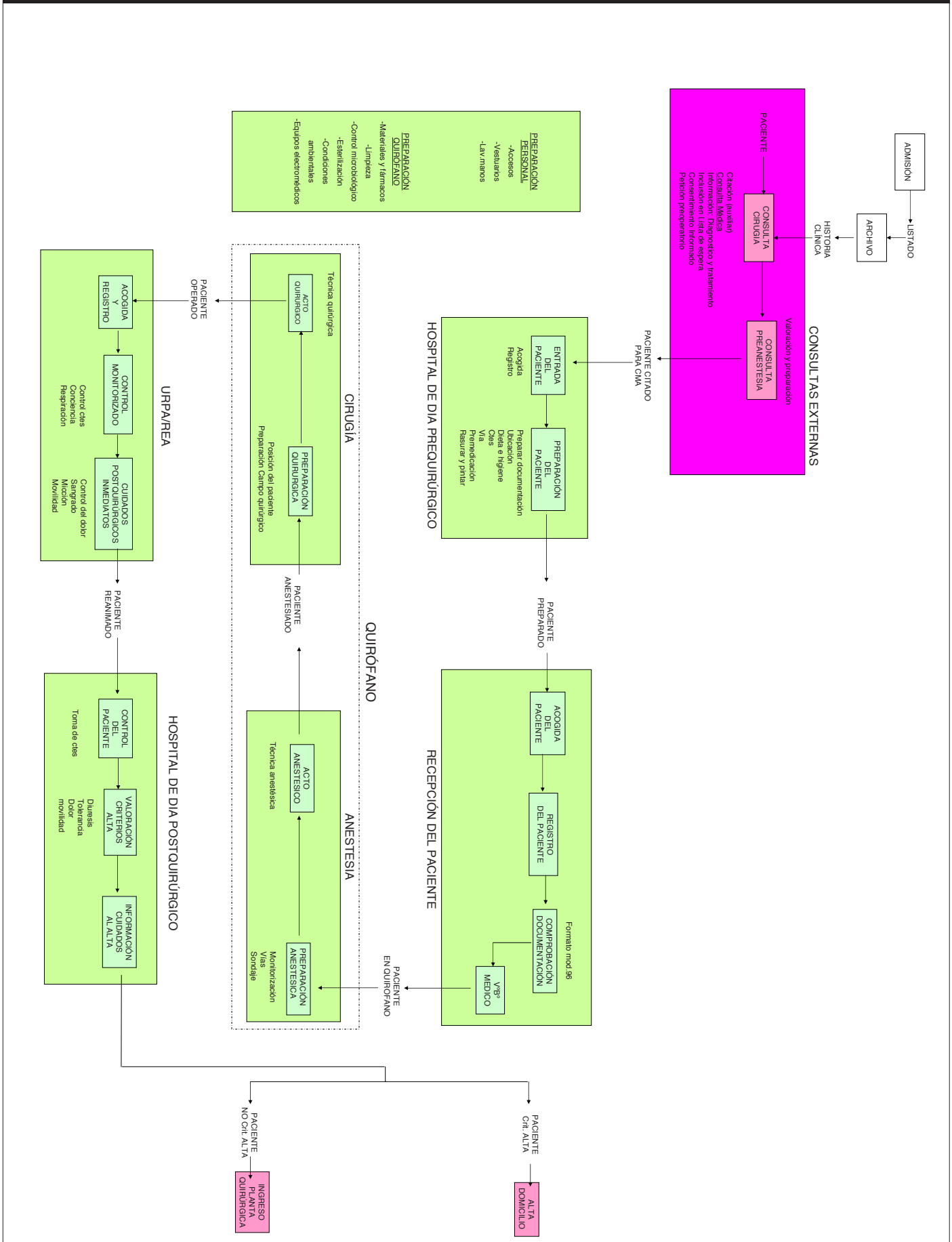
CLIENTES	NECESIDADES
Paciente	intervenido quirúrgicamente

GUIAS	RECURSOS
Protocolos y guías clínicas. Directrices de la Dirección (presupuestos) (Líneas estratégicas) Normativas y marco legal. Formación continuada (experiencia clínica, MBE, recomendaciones de expertos, etc)	Laboratorio (Hematología). Anatomía Patológica Radiología Farmacia Admisión Esterilización Suministros Proveedores especializados Informática Programación de quirófano. Programación de personal. Lencería Limpieza Mantenimiento Archivo Cocina

Proceso C.M.A.: nivel 1



Proceso C.M.A.: nivel 2



INDICADOR Nº 1	Nº DE INTERVENCIONES TOTALES EN CMA											
PROCESO	CMA			SUBPROCESO			CIRUGIA					
Objetivo	Medir la actividad quirúrgica CMA del centro.											
Fórmula	*Sumatorio de todas las intervenciones CMA realizadas en el periodo de estudio*											
Fuente de información	Aplicación informática de gestión de quirófanos "Aurora" y el módulo de explotación de datos "Data Ware House"						*Tipo*			Indice		
Muestra	100% de intervenciones CMA realizadas en el periodo de estudio						*Método*			Retrospectivo		
Periodicidad	Mensual						*Responsable*			Responsable de Admisión		
VALOR Objetivo= 95% de la proyección de la actividad												
Fecha AÑO 2006												
Firma												
OBSERVACIONES	*La información obtenida se procesaran individualizada por servicios.*											

INDICADOR Nº 2	TIEMPO DE OCUPACIÓN DE QUIRÓFANO EN CMA											
PROCESO	CMA			SUBPROCESO			CIRUGIA					
Objetivo	Medir el rendimiento quirúrgico en CMA.											
Fórmula	Sumatorio de tiempos empleados en total de intervenciones CMA realizadas en un mes X 100 / Tiempo total disponible de quirófanos CMA en un mes											
Fuente de información	Aplicación informática de gestión de quirófanos "Aurora" y el módulo de explotación de datos "Data Ware House"						*Tipo*			Tasa		
Muestra	Suma de todos los tiempos de intervenciones CMA realizadas						*Método*			Retrospectivo		
Periodicidad	Mensual						*Responsable*			Responsable de Admisión		
VALOR Objetivo=75%												
Fecha AÑO 2006												
Firma												
OBSERVACIONES	El tiempo empleado en cada intervención contará desde la entrada del paciente a Quirófano hasta su salida a Reanimación.											

INDICADOR Nº 3	Nº DE SUSPENSIONES QUIRÚRGICAS EN CMA											
PROCESO	CMA					SUBPROCESO	CIRUGIA					
Objetivo	Medir la adecuación a la programación y la calidad de todo el proceso quirúrgico y analizar sus causas											
Fórmula	Nº de suspensiones en cirugía CMA producidas en un mes X 100 / Nº total de intervenciones CMA en ese periodo											
Fuente de información	Aplicación informática de gestión de quirófanos "Aurora" y el módulo de explotación de datos "Data Ware House"					Tipo	Tasa					
Muestra	100% intervenciones y suspensiones realizadas en cirugía CMA del periodo de estudio					Método	Retrospectivo					
Periodicidad	Mensual					Responsable	Responsable de Admisión					
VALOR Objetivo≤5%												
Fecha AÑO 2006												
Firma												
OBSERVACIONES	Se recogerán todas las causas de suspensión para posterior análisis.											

INDICADOR Nº 4	Nº DE REINTERVENCIONES QUIRÚRGICAS CMA											
PROCESO	CMA					SUBPROCESO	CIRUGIA					
Objetivo	Medir la calidad del servicio prestado.											
Fórmula	Nº de reintervenciones CMA totales producidas en un mes X 100 / Nº total de intervenciones CMA en ese periodo											
Fuente de información	Aplicación informática de gestión de quirófanos "Aurora" y el módulo de explotación de datos "Data Ware House"					Tipo	Tasa					
Muestra	100% intervenciones y suspensiones realizadas en CMA durante el periodo de estudio					Método	Retrospectivo					
Periodicidad	Mensual					Responsable	Responsable de Admisión					
VALOR Objetivo=												
Fecha AÑO 2006												
Firma												
OBSERVACIONES	Se recogerán las causas de la reintervención.											

INDICADOR Nº 5	GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DE LA HOJA DE PREPARACIÓN EN CMA												
PROCESO	CMA			SUBPROCESO				RECEPCIÓN DEL PACIENTE					
Objetivo	Conocer los pacientes que llegan adecuadamente preparados al quirófano a través del grado de cumplimentación de la hoja de preparación.												
Fórmula	Nº pacientes CMA con la hoja de preparación correctamente cumplimentada X 100 Total de la muestra estudiada en ese periodo												
Fuente de información	Formato FHC 96 "..."					Tipo		Tasa					
Muestra	Aleatoria de 100 pacientes del total de intervenidos en CMA en el periodo de estudio					Método		Retrospectivo					
Periodicidad	Trimestral					Responsable		Supervisión de enfermería					
VALOR Objetivo=90%													
Fecha AÑO 2006													
Firma													
OBSERVACIONES													

INDICADOR Nº 6	GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE PACIENTE INGRESADO EN HOSPITAL DE DIA PREQUIRURGICO Y LA HªCª												
PROCESO	CMA			SUBPROCESO				HOSPITAL DE DIA PREQUIRURGICO					
Objetivo	Mejorar la coordinación intrahospitalaria entre servicios.												
Fórmula	Nº pacientes ingresados en CMA sin Hª Cª X 100 Nº total de pacientes ingresados en CMA en periodo de estudio												
Fuente de información	Libros de registro de pacientes ingresados sin Hª Cª.					Tipo		Tasa					
Muestra	100% ingresados en CMA					Método		Retrospectivo					
Periodicidad	Trimestral					Responsable		Supervisión de enfermería					
VALOR Objetivo=90%													
Fecha AÑO 2006													
Firma													
OBSERVACIONES													

INDICADOR Nº 7	CALIDAD DEL SERVICIO PERCIBIDA POR EL PACIENTE: TRATO PERSONAL											
PROCESO	CMA					SUBPROCESO						
Objetivo	Conocer la satisfacción general de los pacientes que han recibido nuestro servicio											
Fórmula	Análisis de los datos obtenidos de una encuesta que valora, entre otros ítems, el trato personal.											
Fuente de información	Encuestas entregadas a los pacientes intervenidos en CMA					Tipo		tasa				
Muestra	100% de la encuestas rescatadas.					Método		Retrospectivo				
Periodicidad	semestral					Responsable		Atención al Paciente				
VALOR Objetivo>50% de valoración positiva												
Fecha AÑO 2006												
Firma												
OBSERVACIONES	A todos los pacientes que han sido intervenidos en nuestro hospital se le entregará una encuesta en **Hospital de Día Postquirúrgico** que, deberán depositar en un buzón , en la 1ª revisión tras la cirugía en la Consulta médica.											

INDICADOR Nº 8	CALIDAD DEL SERVICIO PERCIBIDA POR EL PACIENTE: TIEMPO DE ESPERA											
PROCESO	CMA					SUBPROCESO						
Objetivo	Conocer la satisfacción general de los pacientes que han recibido nuestro servicio											
Fórmula	Análisis de los datos obtenidos de una encuesta que valora, entre otros ítems, el tiempo de espera.											
Fuente de información	Encuestas entregadas a los pacientes intervenidos en CMA					Tipo		tasa				
Muestra	100% de la encuestas rescatadas.					Método		Retrospectivo				
Periodicidad	semestral					Responsable		Atención al Paciente				
VALOR Objetivo>50% de valoración positiva												
Fecha AÑO 2006												
Firma												
OBSERVACIONES	A todos los pacientes que han sido intervenidos en nuestro hospital se le entregará una encuesta en **Hospital de Día Postquirúrgico** que, deberán depositar en un buzón , en la 1ª revisión tras la cirugía en la Consulta médica											

INDICADOR Nº 10	GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE EL PACIENTE CITADO PARA CMA Y EL PACIENTE RECIBIDO EN H. DE DIA											
PROCESO	CMA			SUBPROCESO			HOSPITAL DE DÍA PREQUIRURGICO					
Objetivo	Optimizar la programación en CMA.											
Fórmula	Nº de pacientes recibidos en CMA que no se encuentran en el parte quirúrgico X 100 Total de la muestra estudiada en ese periodo											
Fuente de información	Parte quirúrgico de CMA . Hoja de registro del Hospital de Día Prequirúrgico					Tipo		Tasa				
Muestra	Aleatoria 100 casos del total de pacientes recibidos en CMA durante el periodo de estudio					Método		Retrospectivo				
Periodicidad	Trimestral					Responsable		Supervisión de enfermería				
VALOR Objetivo<5%												
Fecha AÑO 2006												
Firma												
OBSERVACIONES	Se deben reflejar los motivos de discordancia.											

INDICADOR Nº 11	TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA HORA DE CITACIÓN Y LA HORA DE ENTRADA EN EL HOSPITAL DE DIA PREQUIRÚRGICO											
PROCESO	CMA			SUBPROCESO			HOSPITAL DE DÍA PREQUIRURGICO					
Objetivo	Optimizar el tiempo de espera en CMA para mayor satisfacción del paciente.											
Fórmula	Sumatorio de los tiempos de espera de los pacientes de la muestra en CMA Nº total de casos de la muestra estudiada											
Fuente de información	Aplicación informática de gestión de quirófanos "Aurora" y el módulo de explotación de datos "Data Ware House"					Tipo		Tasa				
Muestra	100% de los pacientes intervenidos en CMA en el periodo de estudio					Método		Retrospectivo				
Periodicidad	Mensual					Responsable		Supervisión de enfermería				
VALOR Objetivos 1h.												
Fecha AÑO 2006												
Firma												
OBSERVACIONES												

INDICADOR Nº 12	INGRESOS A PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES DE CMA											
PROCESO	CMA			SUBPROCESO			HOSPITAL DE DÍA POSTQUIRURGICO					
Objetivo	Medir la calidad del servicio prestado											
Fórmula	Nº de pacientes de CMA ingresados en planta de hospitalización X 100 Nº total de pacientes de CMA											
Fuente de información	Aplicación informática de gestión de quirófanos "Aurora" y el módulo de explotación de datos "Data Ware House"						Tipo			Tasa		
Muestra	100% de los pacientes intervenidos en CMA en el periodo de estudio						Método			Retrospectivo		
Periodicidad	Mensual						Responsable			Servicio de Admisión		
VALOR Objetivo<10%												
Fecha AÑO 2006												
Firma												
OBSERVACIONES	Se anotará, en su caso, la complicación que origina el ingreso en planta.											

INDICADOR Nº 13	CONTROL DE CUIDADOS DE ENFEREMERÍA POSTQUIRURGICOS EN EL PACIENTE DE CMA											
PROCESO	CMA			SUBPROCESO			HOSPITAL DE DÍA POSTQUIRURGICO					
Objetivo	Optimización del registro de constantes postquirúrgicas del paciente de CMA											
Fórmula	Nº de pacientes de CMA con registro postquirúgico de constantes X 100 Total de la muestra estudiada en ese periodo											
Fuente de información	Gráfica de enfermería						Tipo			Tasa		
Muestra	Aleatoria de 100 pacientes intervenidos en CMA en el periodo de estudio						Método			Retrospectivo		
Periodicidad	Trimestral						Responsable			Supervisión de enfermería		
VALOR Objetivo>90%												
Fecha AÑO 2006												
Firma												
OBSERVACIONES	Las constantes a controlar son: temperatura, tensión arterial y frecuencia cardiaca. Se considerará como registro de constantes adecuado cuando estén anotadas las tres, la falta de una de ellas invalida el registro.											

Indicadores

INDICADOR Nº 14	Nº INTERVENCIONES POR SESIÓN QUIRÚRGICA											
PROCESO	CMA			SUBPROCESO			CIRUGIA					
Objetivo	Conocer el rendimiento de los distintos servicios quirúrgicos.											
Fórmula	Nº intervenciones en CMA de una especialidad / Nº sesiones reservadas para esa especilidad											
Fuente de información	Aplicación informática de gestión de quirófanos "Aurora" y el módulo de explotación de datos "Data Ware House"						Tipo			Indice		
Muestra	100 intervenciones en CMA						Método			Retrospectivo		
Periodicidad	Mensual						Responsable			Responsable de Admisión		
VALOR Objetivo=												
Fecha AÑO 2006												
Firma												
OBSERVACIONES												

Diagrama de flujo : Preparación paciente quirúrgico

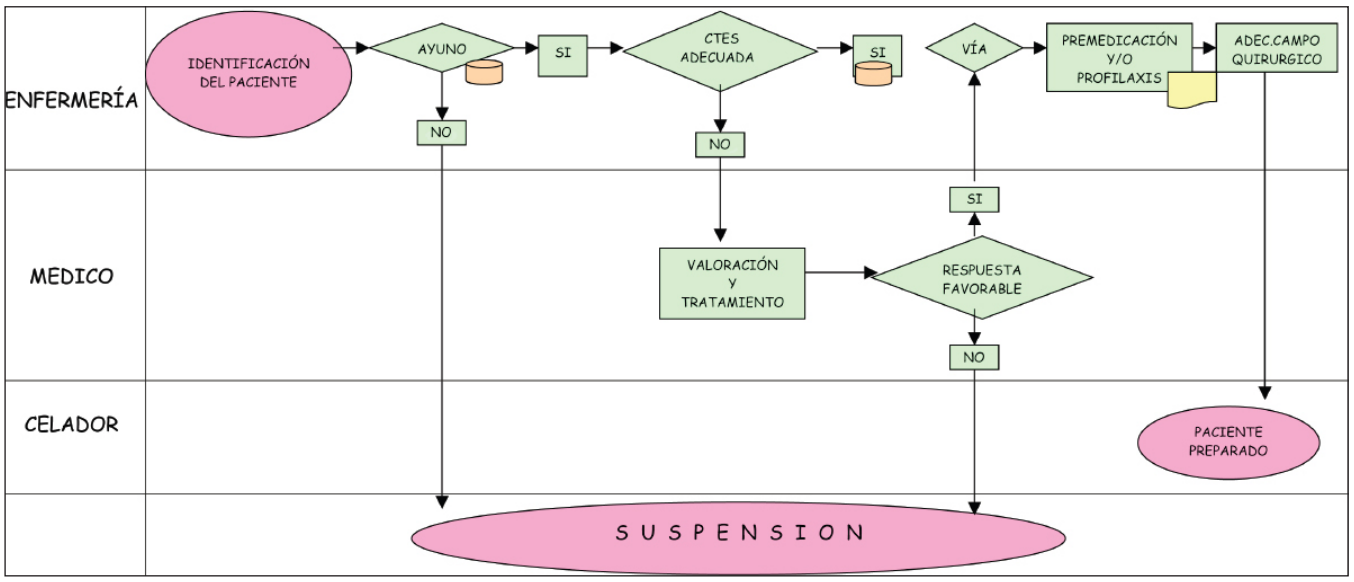


Diagrama de flujo: Hospital de día antes de la hospitalización

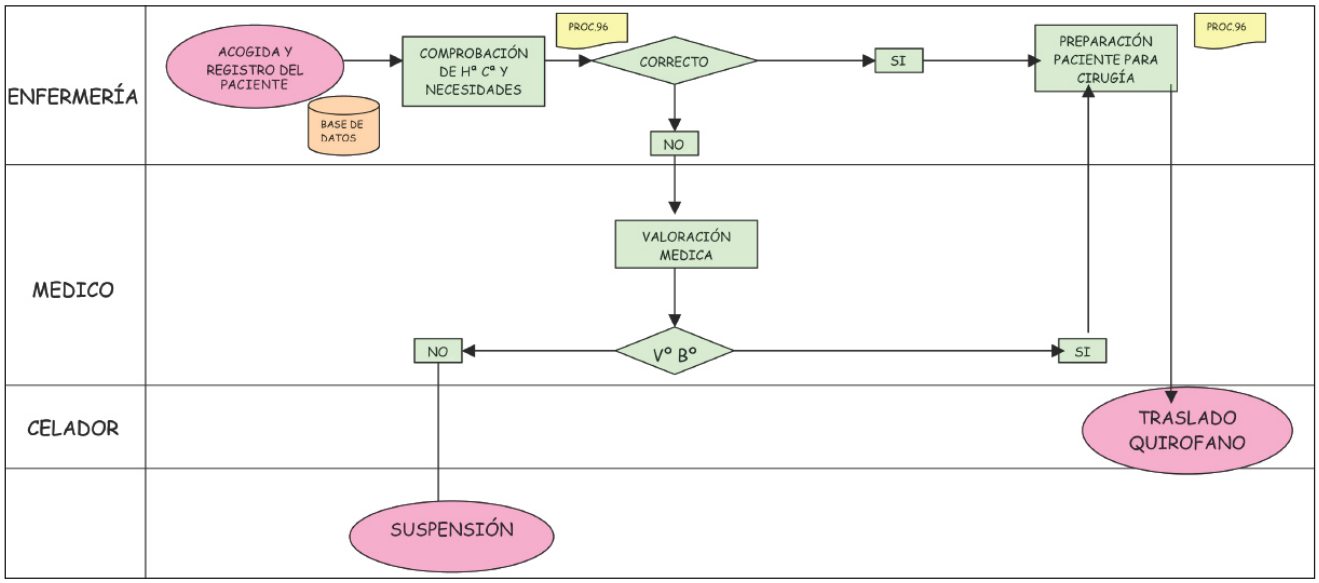


Diagrama de flujo: Hospital de día después de la cirugía

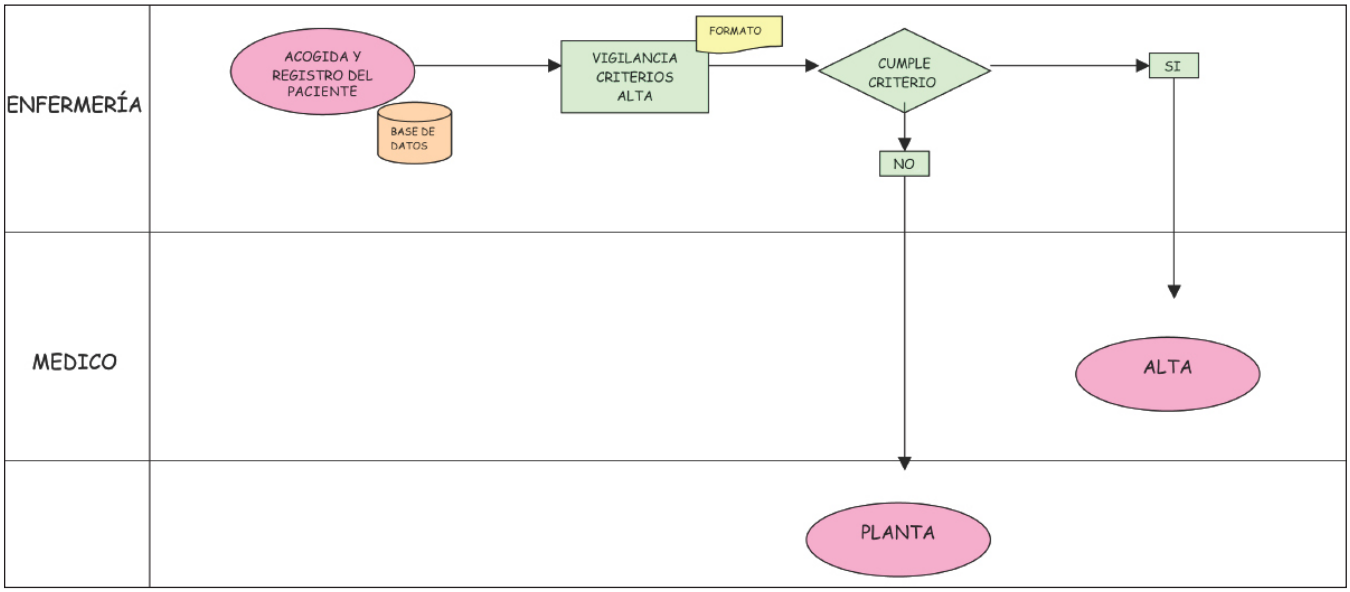


Diagrama de flujo: Información a paciente en CMA

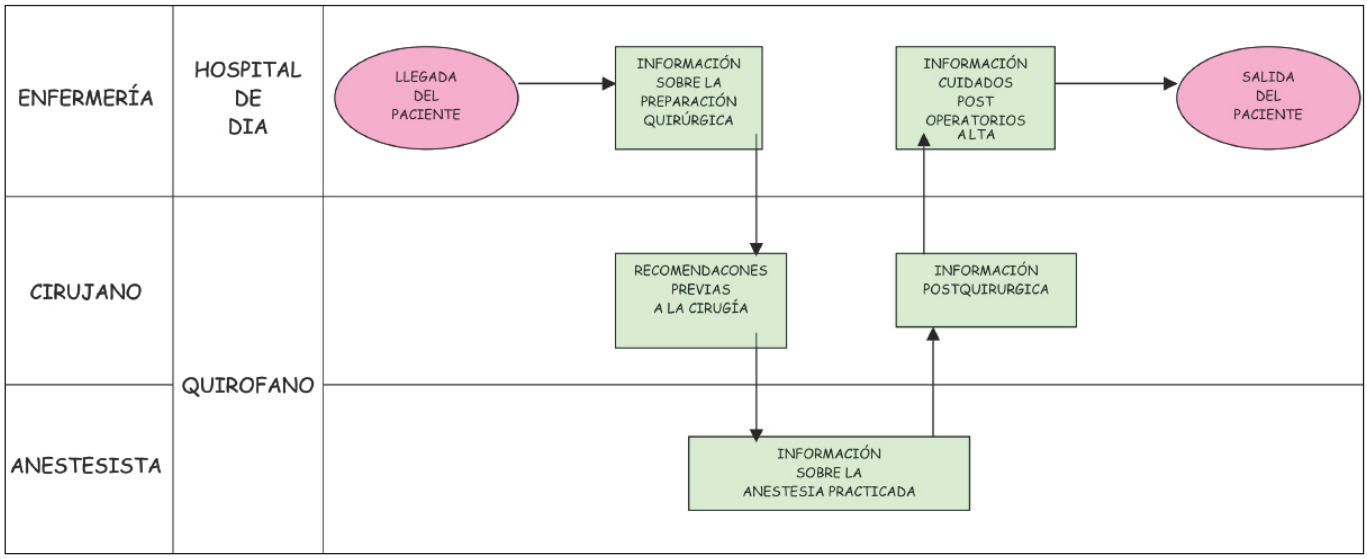
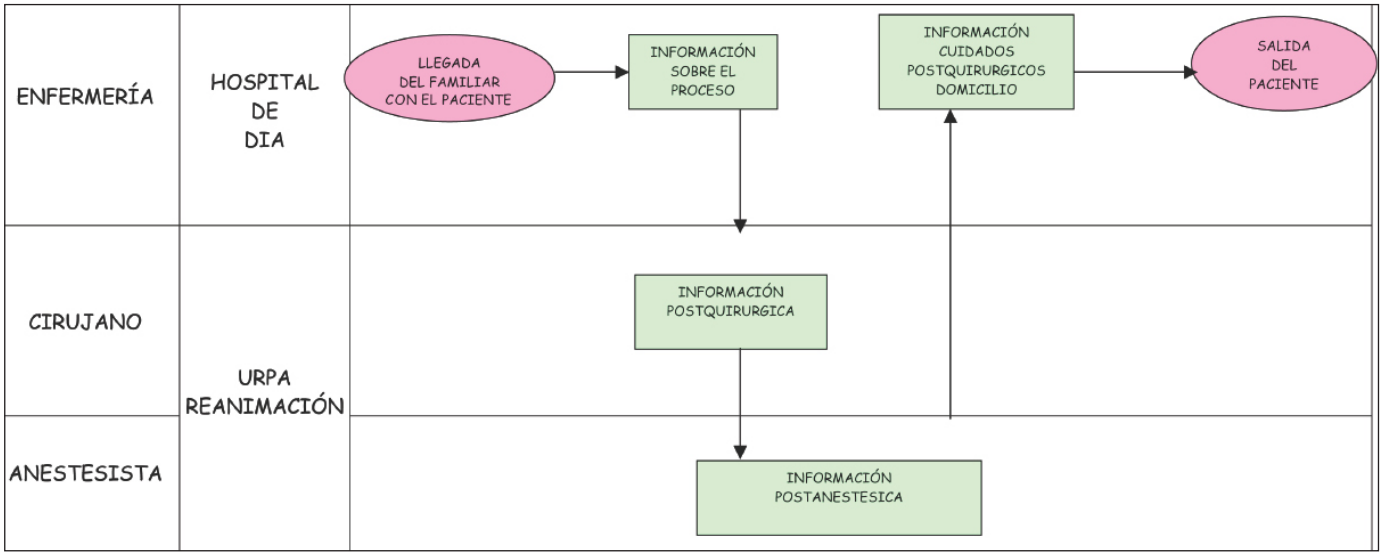


Diagrama de flujo - Información a familiares en CMA



ENTRADA DEL PACIENTE A HOSPITAL DE DÍA

1. El servicio de admisión citará al paciente para el día de la intervención quirúrgica comunicándole que debe permanecer en la sala de espera de quirófano donde será avisado por el auxiliar de enfermería para su ingreso en hospital de día.

2. El auxiliar de enfermería avisará al paciente en la sala de espera de quirófano según el orden que aparece en el parte quirúrgico e informará a la familia sobre el circuito que seguirá el paciente desde la entrada a hospital de día hasta el alta.

3. Una vez en hospital de día se le ubicará en una cama y se le informará de las mediadas higiénicas a seguir (ausencia de joyas, lentillas y prótesis dentales extraíbles, se retirará ropa, esmalte de uñas, maquillaje y deberá estar limpio y aseado). Se le facilitará un lugar donde guardar su ropa y pertenencias durante su estancia en hospital de día hasta el alta.

4. En todo momento se le proporcionará la intimidad necesaria para llevar a cabo dichas medidas higiénicas.

5. La enfermera verificará los datos del paciente según la historia clínica.

6. Se procera posteriormente al ingreso administrativo del paciente a través del programa "SELENE" asignándole la cama.

7. Al mismo tiempo se le informará de los cuidados que se le van a prestar para llevar a cabo la preparación prequirúrgica.

PREPARACIÓN PREQUIRÚRGICA DEL PACIENTE INGRESADO EN HOSPITAL DE DÍA

1. El auxiliar de enfermería le informa sobre como se le va a realizar la preparación del campo quirúrgico

2. A continuación comprueba que las medidas higiénicas son las adecuadas según el protocolo quirúrgico: el paciente no debe llevar prótesis dental extraíble, no llevará joyas ni ropa y debe estar limpio y aseado. Si alguna de esta medidas no son las adecuadas le ayudará al paciente a realizarlas con el fin de conseguir una preparación quirúrgica correcta.

3. Posteriormente realizará el rasurado de la piel del campo quirúrgico si procede. Se exceptuarían las zonas en las que no existe vello o intervenciones en las que no sea necesario rasurar o no sea posible ya existen escayolas o vendajes que no se retiran hasta que el paciente se encuentra en el área quirúrgica.

4. Así mismo se exceptuarían pacientes de oftalmología en los cuales la preparación quirúrgica consiste en la administración de colirios según protocolo de oftalmología.

5. Realizado el rasurado de la piel procederá al pintado con antiséptico el campo operatorio tapándolo inmediatamente con un pañoquirúrgico estéril. Se exceptuarán aquellas intervenciones en las cuales la zona quirúrgica no queda expuesta al existir yesos ovendajes que no se retiran hasta que el paciente se encuentra en la zona quirúrgica.

6. También se exceptúan pacientes de oftalmología en los cuales no es necesario aplicar ningún antiséptico local en la zona a intervenir, según el protocolo de oftalmología.

7. Una vez preparado de forma adecuada el campo quirúrgico se registrará en la hoja de "protocolo de preparación del paciente quirúrgico" la correcta realización de las medidas higiénicas.
8. Identificado el paciente la enfermera comprobará la historia clínica: la historia clínica deberá estar completa y los consentimientos firmados (tanto el consentimiento de anestesia como el de la intervención quirúrgica).

9. La enfermera comprobará también que el preoperatorio está completo y el paciente ha sido visto por anestesia en la consulta. Si no es así se avisará al anestesista para su valoración y este decidirá si el paciente es suspendido o se toman medidas correctoras para poder intervenirlo.

10. Se realiza una valoración de enfermería. Si se detecta algún problema no identificado previamente se avisará al anestesista que realizará una valoración e indicará las medidas a tomar o la suspensión del quirófano si no es posible una corrección (se registrará en la hoja "protocolo quirúrgico".

11. Se comprobará con el paciente se encuentra en ayunas. Si no fuese así se avisaría al anestesista para su valoración. Si no son posibles medidas correctoras se suspenderá el quirófano (Ise registrárá en la hoja "protocolo quirúrgico").

12. Si todo es correcto se procederá a la toma y registro de constantes vitales (el registro se efectuará en la gráfica de enfermería). Si no son adecuadas se avisará al anestesista para su valoración y tratamiento.

13. Se canalizará una de vía venosa y se iniciará la sueroterapia según protocolo de anestesia (se registrará en la gráfica de enfermería).

14. Se administrará profilaxis antibiótica si procede, según protocolo de cada especialidad médica (se registra en la gráfica de enfermería y en la hoja de "protocolo quirúrgico).

15. Se administrara premedicación anestésica pautada registrándolo en la gráfica de enfermería.

16. Se registrará en la historia clínica todos los cuidados administrados y observaciones destacables

CONTROL DEL PACIENTE REANIMADO

1. El paciente será recogido por el celador y llevado a hospital de día desde reanimación tras ser dado de alta por el anestesista.
Previamente el enfermero de reanimación ha dado el relevo de ese paciente al enfermero de hospital de día.

2. Al llegar a hospital de día se coloca en su ubicación prequirúrgica según el ingreso administrativo.

3. Se le informa de los cuidados que se le van a prestar durante su estancia en hospital de día hasta que sea dado de alta.

4. Se valorará el estado general del paciente incluyendo nivel de conciencia, movilidad de la zona intervenida si procede y control del dolor. Si la respuesta del paciente no fuese la adecuada se avisará al médico para valoración al paciente e indicación de tratamiento se fuese neesario.

5. Se tomarán las constantes vitales y se registran en la historia. Si estas no son las adecuadas se avisará al médico que valorará al paciente e indicará el tratamiento a seguir.

6. Se comprobará permeabilidad de vía venosas. Si no fuesen permeables se realizarán las medidas adecuadas para conseguir la permeabilidad.

7. Se observará el estado de los apósitos, si están limpios o manchados. Si existiese sangrado se avisaría al médico responsable para su valoración y puesta en marcha de medidas correctoras.

8. Se administrará el tratamiento pautado si lo llevase.

9. Se ordenará la historia clínica adjuntando la nueva documentación de quirófano.

10. Una vez realizado la valoración y control del paciente se irán valorando los criterios de alta durante la estancia en el servicio.

VALORACIÓN DE LOS CRITERIOS DE ALTA

1. Durante la estancia del paciente en hospital de día se irán comprobando el cumplimiento de los criterios de alta.

2. Dolor controlado: Si el paciente refiriese dolor se administraría el tratamiento pautado si lo llevase, sino se avisaría al médico responsable para la valoración y tratamiento del dolor.

3. Diuresis espontánea. Este criterio se tendrá en cuenta en pacientes sometidos a anestesia general o raquídea. En caso que la diuresis no sea espontánea pondremos en marcha las medidas correctoras. Si con ello no se consigue una diuresis espontánea se colocará sonda vesical y el paciente quedará ingresado previa valoración médica.

4. Según el tipo de anestesia aplicada se iniciará la tolerancia pasado cierto tiempo. Así cuando el paciente sea sometido anestesia general se iniciará tolerancia a las 6h de finalizada la intervención. Tras anestesia raquídea se iniciará a las 4h y en anestesia local con sedación a las 2 horas. El auxiliar de enfermería le ofrecerá líquidos orales. Si la tolerancia no fuese positiva se avisará al médico para su valoración y tratamiento quedando ingresado el paciente en planta de hospitalización si no fuese efectivo el tratamiento.

5. Movilidad adecuada del paciente. Si el paciente no consiguiera la movilidad adecuada durante el tiempo de permanencia en hospital de día avisaríamos al médico y el paciente quedaría ingresado en planta de hospitalización.

6. Cumplidas todos los criterios el paciente será dado de alta.

7. Si algún criterio no se hubiese criterio previa valoración médica se ingresaría al paciente en planta de hospitalización. El enfermero será el encargado de realizar el ingreso administrativo desde hospital de día a la planta quirúrgica mediante el programa informático "SELENE".

8. Ante el ingreso del paciente en planta de hospitalización la enfermera de hospital de día dará un relevo adecuado y completo a la enfermera de planta sobre el estado del paciente.

9. Cumplidos todos los criterios el paciente será dado de alta a domicilio.

INFORMACIÓN SOBRE LOS CUIDADOS DE ALTA

1. Cumplidos todos los criterios de alta el enfermo podrá ser dado de alta al domicilio.

2. La enfermera retirará todas las canulaciones que pudiera portar el enfermo, como vías venosas.

3. El auxiliar de enfermería ayudará en la preparación del paciente para el alta: vestirse y/o asearse siempre que sea necesario.

4. Posteriormente la enfermera leerá y explicará al paciente y a la familia el informe de alta.

5. Informará sobre los cuidados que ha de seguir en su domicilio con el fin de evitar complicaciones y conseguir una adecuada recuperación del paciente.

6. Explicará la fecha de la próxima revisión en consultas externas o el modo de pedir dicha cita según lo indicado en el informe de alta.

7. Responderá a las dudas que pueda plantear el paciente o la familia.

8. Finalmente el celador acompañará al paciente hasta la salida llevándolo en silla de ruedas o camilla según sea necesario.

9. Una vez el paciente ha sido dado de alta el auxiliar de enfermería recogerá la cama, avisará a las limpiadoras para que realicen la limpieza de las zonas utilizadas por el paciente y preparará el hospital de día para la llegada del próximo paciente.

Procesos

4.10.2. - Quirófano

1. Descripción del proceso

MISIÓN

“ Prestar tratamiento quirúrgico adecuado a la patología de nuestros pacientes con la máxima profesionalidad, respeto y eficacia para satisfacer sus expectativas y mejorar su salud.”

DEFINICIÓN DEL PROCESO

DESTINATARIOS Y EXPECTATIVAS

DESTINATARIOS	EXPECTATIVAS			
	Accesibilidad	Comunicación	Cortesía	Competencia
Paciente ingresado	Bajo tiempo de espera	Información clara y comprensible	Amabilidad en el trato y consideración. Intimidad.	Mejora de su salud con empleo del tratamiento adecuado (técnica quirúrgica correcta, no sentir dolor, que no haya complicaciones posteriores, etc). Coordinación interna.
Familiares		Información completa, clara y a tiempo	Consideración.	
Hospitalización post-quirúrgica	Rápida respuesta a su petición	Comunicación fluida y completa entre profesionales	Respeto	Paciente bien operado y estable
Dirección del Hospital				Cumplimiento de objetivos en plazos y presupuestario

OBJETIVOS DEL PROCESO

DESTINATARIO	OBJETIVO
Paciente	Paciente operado adecuadamente, bien tratado, bien informado.
familiares	Familiar suficientemente informado.
Dirección	Indicadores pactados cumplidos.

LIMITES

DEFINICIÓN DEL PROCESO	Servicio de quirófano
LIMITE DE ENTRADA	Urgencias (paciente que ingresa con una necesidad quirúrgica urgente), Hospitalización quirúrgica (paciente ingresado para intervención quirúrgica programada ó paciente ingresado que precisa intervención quirúrgica urgente)
LIMITE DE SALIDA	Hospitalización (paciente procedente de reanimación con parte de intervención), UCI (paciente postquirúrgico que precisa cuidados intensivos).

SUBPROCESOS

HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA		PREPARACIÓN DEL PACIENTE (enfermería)	Preparar documentación (Hª Cª) (ARCHIVO)
			Preoperatorio (RX, analítica, ECG) (LABORATORIO Y RADIOLOGIA)
			Sangre(LAB.HMATOLOG)
			Profilaxis antibiótica
			Profilaxis tromboembólica
			Coger vía
			Pruebas complementarias
			Consentimiento informado
			Constantes previas
			Dieta e higiene (ayuno, limpio, joyas, cosmética, etc)
			Rasurar y pintar
QUIROFANO	PREPARACIÓN	PERSONAL (PROGRAMACIÓN PERSONAL)	Accesos
			Vestuario (LENCERIA)
			Lavado de manos
		DEL QUIRÓFANO (PROGRAMACIÓN QUIRÓFANO)	Esterilización. Instrumental (ESTERILIZACIÓN)
			Limpieza. (LIMPIEZA)
			Control microbiológico. (LABORATORIO)
			Condiciones ambientales. Temperatura y humedad (MANTENIMIENTO)
			Materiales y fármacos. (SUMINISTROS Y FARMACIA). (PROVEEDORES ESPECIALIZADOS)
			Equipos electromédicos (MANTENIMIENTO)

SUBPROCESOS

QUIROFANO	RECEPCIÓN DE PACIENTES	TRANSPORTE PACIENTE AL QX.	Con el parte de quirófano. (ADMISIÓN)
		RECEPCIÓN DEL PACIENTE	Acogida e identificación
		REGISTRO DEL PACIENTE	Libro de Registro (INFORMÁTICA)
		COMPROBACIÓN DOCUMENTACIÓN PREPARACIÓN DEL PACIENTE	Formato mod.96 enfermería
		VºBº MEDICO DE LA DOCUMENTACIÓN	
	QUIROFANO	ANESTESIA	Preparación anestésica (monitorización, vías, sondaje,etc)
			Acto anestésico
		CIRUGÍA	Preparación quirúrgica (posición, pintar, campo quirúrgico…)
			Acto quirúrgico (prótesis, sutura, resección, muestras biológicas,etc) (ANATOM. PATOLOGICA)
URPA REANIMACIÓN		Control del paciente	Registro y recepción del paciente. (INFORMATICA) Cuidados postquirúrgicos inmediatos (ctes, dolor, sangrado, micción, movilidad, etc) Control monitorizado (con-ciencia, respiración, etc) (Existe formato específico)
		Atención médica	
HOSPITALIZACION			

2. Representación gráfica

ENTRADAS

PROVEEDORES	REQUISITOS
Paciente programado procedente de planta de hospitalización. Paciente que ingresa a través del servicio de urgencias con una necesidad quirúrgica urgente. Paciente ingresado con una urgencia quirúrgica.	Con necesidad quirúrgica. Con HªCª y plan de necesidades VºBº(preoperatorio, dieta, higiene, profilaxis, C.I, estudio preanerstesico, etc.). Con necesidad quirúrgica urgente con HªCª y plan de necesidades VºBº.

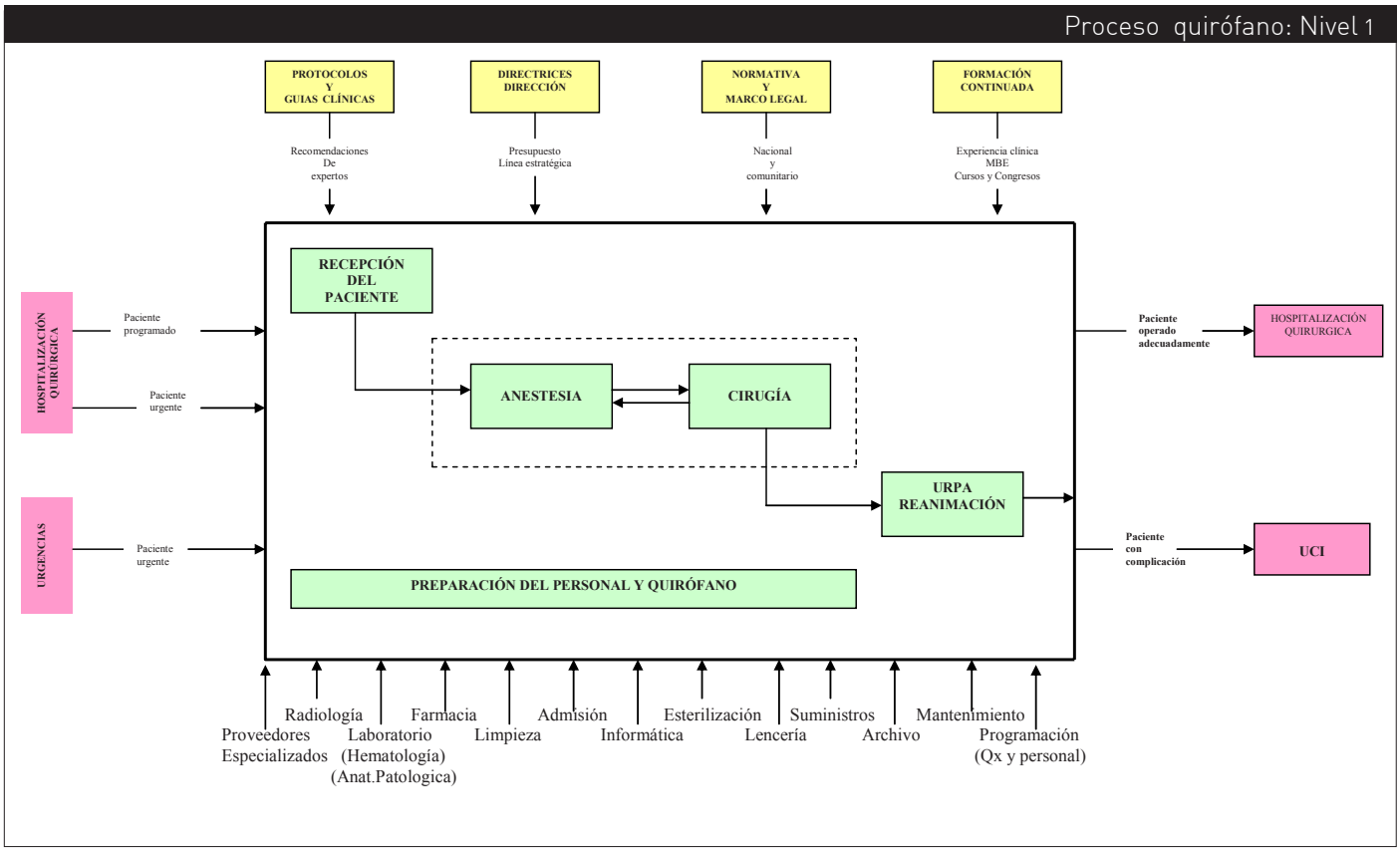
SALIDAS

CLIENTES	NECESIDADES
Paciente que pasa a planta hospitalización.	Operado adecuadamente y control postquirúrgico
Paciente que pasa a UCI.	Operado adecuadamente y control de su situación crítica.

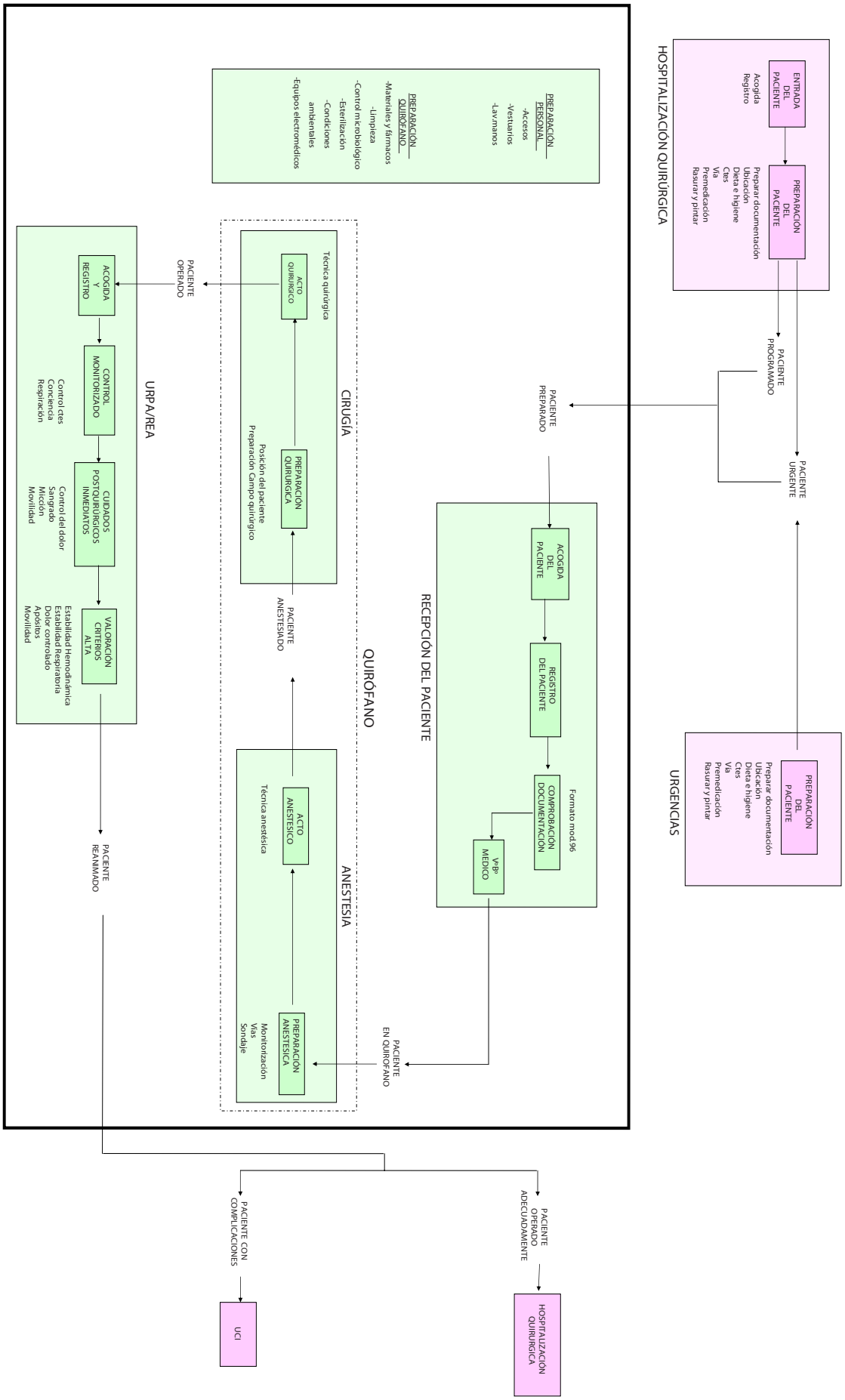
GUÍAS Y RECURSOS

GUIAS	RECURSOS
Protocolos y guías clínicas. Directrices de la Dirección (Líneas estratégicas y presupuestos). Normativas y marco legal. Formación continuada (experiencia clínica, MBE, recomendaciones de expertos, etc)	Laboratorio (Hematología). Anatomía Patológica Radiología Farmacia Admisión Esterilización Suministros Informática Lencería Limpieza Mantenimiento Proveeedores especializados Programación Quirófano Programación de personal (turnos de trabajo) Archivo

2. Resultados: mapas nivel 0 y procesos



Proceso quirófano: Nivel 2



INDICADOR Nº 1	Nº DE INTERVENCIONES TOTALES EN CIRUGIA CON INGRESO											
PROCESO	QUIROFANO				**SUBPROCESO**		CIRUGIA					
Objetivo	Medir la actividad quirúrgica con ingreso del centro.											
Fórmula	*Sumatorio de todas las intervenciones con ingreso realizadas en el periodo de estudio*											
Fuente de información	Aplicación informática de gestión de quirófanos "Aurora" y el modulo de explotación de datos "Data Ware House"						**Tipo**			Indice		
Muestra	100% de intervenciones realizadas en el periodo de estudio						**Método**			Retrospectivo		
Periodicidad	Mensual						**Responsable**			Responsable de Admisión		
VALOR Objetivo=95% de la proyección de la actividad												
Fecha AÑO 2006												
Firma												
OBSERVACIONES	La información obtenida se procesará individualizada por servicios											

INDICADOR Nº 2	TIEMPO DE OCUPACIÓN DE QUIRÓFANO EN CIRUGIA PROGRAMADA											
PROCESO	QUIROFANO				**SUBPROCESO**		CIRUGIA					
Objetivo	Medir el rendimiento quirúrgico.											
Fórmula	Sumatorio de tiempos empleados en total de intervenciones programadas realizadas en un mes X 100 / Tiempo total disponible de quirófanos programados en un mes											
Fuente de información	Aplicación informática de gestión de quirófanos "Aurora" y el modulo de explotación de datos "Data Ware House"						**Tipo**			Tasa		
Muestra	Suma de todos los tiempos de intervenciones programadas realizadas						**Método**			Retrospectivo		
Periodicidad	Mensual						**Responsable**			Responsable de Admisión		
VALOR Objetivo=75%												
Fecha AÑO 2006												
Firma												
OBSERVACIONES	El tiempo empleado en cada intervención contará desde la entrada del paciente a Quirófano hasta su salida a Reanimación											

INDICADOR Nº 3	% DE SUSPENSIONES QUIRÚRGICAS EN CIRUGIA PROGRAMADA CON INGRESO											
PROCESO	QUIROFANO				**SUBPROCESO**		CIRUGIA					
Objetivo	Medir la adecuación a la programación y la calidad de todo el proceso quirúrgico y analizar sus causas											
Fórmula	Nº de suspensiones en cirugía programada producidas en un mes X 100 Nº total de intervenciones programadas en ese periodo											
Fuente de información	Aplicación informática de gestión de quirófanos "Aurora" y el modulo de explotación de datos "Data Ware House"						**Tipo**			Tasa		
Muestra	100% intervenciones y suspensiones realizadas en cirugía programada con ingreso del periodo de estudio						**Método**			Retrospectivo		
Periodicidad	Mensual						**Responsable**			Responsable de Admisión		
VALOR Objetivos 5%												
Fecha AÑO 2006												
Firma												
OBSERVACIONES	Se recogerán las causas de la suspensión.											

INDICADOR Nº 4	% DE SUSPENSIONES QUIRÚRGICAS EN CIRUGIA PROGRAMADA CON INGRESO											
PROCESO	QUIROFANO				**SUBPROCESO**		CIRUGIA					
Objetivo	Medir la adecuación a la programación y la calidad de todo el proceso quirúrgico y analizar sus causas											
Fórmula	Nº de suspensiones en cirugía programada producidas en un mes X 100 Nº total de intervenciones programadas en ese periodo											
Fuente de información	Aplicación informática de gestión de quirófanos "Aurora" y el modulo de explotación de datos "Data Ware House"						**Tipo**			Tasa		
Muestra	100% intervenciones y suspensiones realizadas en cirugía programada con ingreso del periodo de estudio						**Método**			Retrospectivo		
Periodicidad	Mensual						**Responsable**			Responsable de Admisión		
VALOR Objetivos 5%												
Fecha AÑO 2006												
Firma												
OBSERVACIONES	Se recogerán las causas de la suspensión.											

INDICADOR Nº 5	% DE REINTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN CIRUGIA CON INGRESO												
PROCESO	QUIROFANO					SUBPROCESO	CIRUGIA						
Objetivo	Medir la calidad del servicio prestado.												
Fórmula	Nº de reintervenciones totales producidas en un mes X 100 Nº total de intervenciones en ese periodo												
Fuente de información	Aplicación informática de gestión de quirófanos "Aurora" y el modulo de explotación de datos "Data Ware House"					Tipo	Tasa						
Muestra	100% intervenciones y suspensiones realizadas del periodo de estudio					Método	Retrospectivo						
Periodicidad	Mensual					Responsable	Responsable de Admisión						
VALOR Objetivo=													
Fecha AÑO 2006													
Firma													
OBSERVACIONES	Se recogerán las causas de la reintervención.												

INDICADOR Nº 6	GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DE LA HOJA DE PREPARACIÓN EN CIRUGIA PROGRAMADA CON INGRESO												
PROCESO	QUIROFANO					SUBPROCESO	RECEPCIÓN DEL PACIENTE						
Objetivo	Conocer los pacientes que llegan adecuadamente preparados al quirófano a través del adecuado cumplimiento de la hoja de preparación.												
Fórmula	Nº pacientes con la hoja de preparación correctamente cumplimentada X 100 Nº total de intervenciones programadas en ese periodo												
Fuente de información	Formato FHC 96 "..."					Tipo	Tasa						
Muestra	Aleatoria de 100 pacientes del total de intervenidos en el periodo de estudio					Método	Retrospectivo						
Periodicidad	Trimestral					Responsable	Supervisión de enfermería						
VALOR Objetivo= 90%													
Fecha AÑO 2006													
Firma													
OBSERVACIONES													

INDICADOR Nº 7	CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO												
PROCESO	QUIROFANO					**SUBPROCESO**		URPA/REA					
Objetivo	Conseguir un mayor grado de satisfacción de nuestros pacientes												
Fórmula	Nº pacientes en URPA/REA con episodio de dolor documentado en HªCª X 100 Nº total de pacientes tratados en la URPA/REA en ese periodo												
Fuente de información	Graficas de Reanimación de URPA/REA					**Tipo**		Tasa					
Muestra	Aleatoria de 100 pacientes intervenidos del total en el periodo de estudio					**Método**		Retrospectivo					
Periodicidad	Trimestral					**Responsable**		Supervisión de enfermería					
VALOR **Objetivo=**													
Fecha **AÑO 2006**													
Firma													
OBSERVACIONES													

INDICADOR Nº 8	CALIDAD DEL SERVICIO PERCIBIDA POR EL PACIENTE: TRATO PERSONAL												
PROCESO	QUIROFANO					**SUBPROCESO**							
Objetivo	Conocer la satisfacción general de los pacientes que han recibido nuestro servicio												
Fórmula	Análisis de los datos obtenidos de una encuesta que valora, entre otros ítems, el trato personal.												
Fuente de información	Encuestas entregadas a los pacientes intervenidos					**Tipo**		tasa					
Muestra	100% de la encuestas rescatadas					**Método**		Retrospectivo					
Periodicidad	semestral					**Responsable**		Atención al Paciente					
VALOR **Objetivo>50% de valoración positiva**													
Fecha **AÑO 2006**													
Firma													
OBSERVACIONES	A todos los pacientes que han sido intervenidos en nuestro hospital se le entregará una encuesta en planta, antes de irse de alta, que deberán enviarla por correo al hospital una vez esté en su domicilio												

INDICADOR Nº 9	CALIDAD DEL SERVICIO PERCIBIDA POR EL PACIENTE: TIEMPO DE ESPERA												
PROCESO	QUIROFANO					SUBPROCESO							
Objetivo	Conocer la satisfacción general de los pacientes que han recibido nuestro servicio												
Fórmula	Análisis de los datos obtenidos de una encuesta que valora, entre otros ítems, el tiempo de espera.												
Fuente de información	Encuestas entregadas a los pacientes intervenidos					Tipo		tasa					
Muestra	100% de la encuestas rescatadas					Método		Retrospectivo					
Periodicidad	semestral					Responsable		Atención al Paciente					
VALOR Objetivo>50% de valoración positiva													
Fecha AÑO 2006													
Firma													
OBSERVACIONES	A todos los pacientes que han sido intervenidos en nuestro hospital se le entregará una encuesta en planta, antes de irse de alta, que deberán enviarla por correo al hospital una vez esté en su domicilio												

INDICADOR Nº 10	CALIDAD DEL SERVICIO PERCIBIDA POR EL PACIENTE: INFORMACIÓN RECIBIDA												
PROCESO	QUIROFANO					SUBPROCESO							
Objetivo	Conocer la satisfacción general de los pacientes que han recibido nuestro servicio												
Fórmula	Análisis de los datos obtenidos de una encuesta que valora, entre otros ítems, la información recibida												
Fuente de información	Encuestas entregadas a los pacientes intervenidos					Tipo		tasa					
Muestra	100% de la encuestas					Método		Retrospectivo					
Periodicidad	semestral					Responsable		Atención al Paciente					
VALOR Objetivo>50% de valoración positiva													
Fecha AÑO 2006													
Firma													
OBSERVACIONES	A todos los pacientes que han sido intervenidos en nuestro hospital se le entregará una encuesta en planta, antes de irse de alta, que deberán enviarla por correo al hospital una vez esté en su domicilio												

INDICADOR Nº 11	ADECUACIÓN DEL PRODUCTO TERMINADO DE ESTERILIZACIÓN											
PROCESO	QUIROFANO					**SUBPROCESO**		ESTERILIZACIÓN				
Objetivo	Conocer la adecuación del producto final de esterilización											
Fórmula												
Fuente de información	Hojas de registro de controles y pegatina con fecha de esterilización y manipulador					**Tipo**		tasa				
Muestra						**Método**		Retrospectivo				
Periodicidad	semestral					**Responsable**		Atención al Paciente				
VALOR **Objetivo=**												
Fecha **AÑO 2006**												
Firma												
OBSERVACIONES												

INDICADOR Nº 12	Nº INTERVENCIONES POR SESIÓN QUIRÚRGICA											
PROCESO	QUIRÓFANO					**SUBPROCESO**		CIRUGIA				
Objetivo	Conocer el rendimiento de los distintos servicios quirúrgicos.											
Fórmula	$\frac{\text{Nº intervenciones en cirugía con ingreso}}{\text{Nº sesiones reservadas}}$											
Fuente de información	Aplicación informática de gestión de quirófanos "Aurora" y el módulo de explotación de datos "Data Ware House"					**Tipo**		Indice				
Muestra	100 intervenciones en cirugía con ingreso					**Método**		Retrospectivo				
Periodicidad	Mensual					**Responsable**		Responsable de Admisión				
VALOR **Objetivo=**												
Fecha **AÑO 2006**												
Firma												
OBSERVACIONES	La información obtenida se analizará de forma individualizada por servicios.											

INDICADOR Nº 13	ADECUACIÓN EN LA PREPARACIÓN DE QUIRÓFANOS											
PROCESO	QUIROFANO			PROCEDIMIENTO		LIMPIEZA						
Objetivo	Comprobar la eficacia del servicio de limpieza de quirófanos en cuanto a la preparación de los mismos para la cirugía y La adecuación al protocolo de limpieza existente.											
Fórmula	Nº casillas de registro de trabajo de limpieza realizado sin firma / Nº casillas totales de la hoja de registro de firma de trabajo de limpieza realizado X 100											
Fuente de información	Hoja de registros de firmas de trabajo de limpieza realizado					Tipo		tasa				
Muestra	100% casos					Método		Retrospectivo				
Periodicidad	trimestral					Responsable		Supervisión de enfermería de Quirófanos				
VALOR Objetivo=												
Fecha AÑO 2006												
Firma												
OBSERVACIONES												

TAREAS	PERSONAL			
LUGAR	CELADOR/ AUXILIAR EXTERIORES	ENFERMERIA	ANESTESISTA	CIRUJANO
PLANTA	Traslado a Área quirúrgica	<u>Preparación del paciente (Historia y necesidades):</u> - Preparar documentación (Historia Clínica) - Preoperatorio - Sangre - Profilaxis antibiótica - Profilaxis tromboembílica - Coger vía - Pruebas complementarias - Consentimiento Informado. - Ctes. Previas - Dieta e higiene (ayuno, limpio, sin joyas, cosmética, etc) - Rasurado, pintado		
RECEPCIÓN DE PACIENTES	Traslado a quirófano	- Control de accesos. - Vestuario. Reposición - Recepción del paciente. - Identificación y registro. - Comprobación de Historia y necesidades. - Traslado a quirófano.	Visto Bueno de la Historia y necesidades.	
QUIROFANO	Posición del paciente	<u>Preparación del Quirófano:</u> - Esterilización. Instrumental. - Limpieza. - Control Microbiológico. - Materiales y fármacos.Reposición - Condiciones ambientales. Temperatura y Humedad (mantenimiento) <u>Preparación Anestésica:</u> - Monitorización. - Vías. - Sondaje. - Etc. <u>Preparación Quirúrgica:</u> - Posición del paciente - Pintar. - Campo quirúrgico	Acto anestésico	Acto quirúrgico
		Lavado de manos		
URPA REANIMACIÓN		- Registro y recepción del paciente. - Cuidados postquirúrgicos inmediatos (control de sangrado, dolor, micción, movilidad,etc) - Vigilancia monitorizada (control de ctes, conciencia, respiración,etc)	Atención médica	

PROCEDIMIENTOS QUE GENERA EL PROCESO
Protocolo de profilaxis antibiótica en cirugía
Procedimiento de Profilaxis tromboembólica en cirugía.
Procedimiento de Consentimiento Informado.
Procedimiento de Recepción, preparación del paciente quirúrgico (comprobación de HªCª y necesidades)
Procedimiento de Control de Acceso y Vestuario del personal de quirófano. Lavado de manos
Procedimiento de Limpieza de Quirófanos
Procedimiento de Esterilización.
Procedimiento de Acondicionamiento de un quirófano (Condiciones ambientales, materiales y fármacos).
Procedimiento de Control Microbiológico
Procedimiento de Información a familiares de paciente quirúrgico
Procedimeinto de Preparación Anestésica
Procedimiento del Acto Anestésico
Procedimiento de Preparación Quirúrgica
Procedimiento de Acto Quirúrgico (guía clínica intervención, cuidados intraoperatorios de enfermería)
Procedimiento de Atención al paciente postquirúrgico en URPA/REA (vigilancia monitorizada, cuidados post- inmediatos)

Diagrama de flujo: Consentimiento informado en cirugía

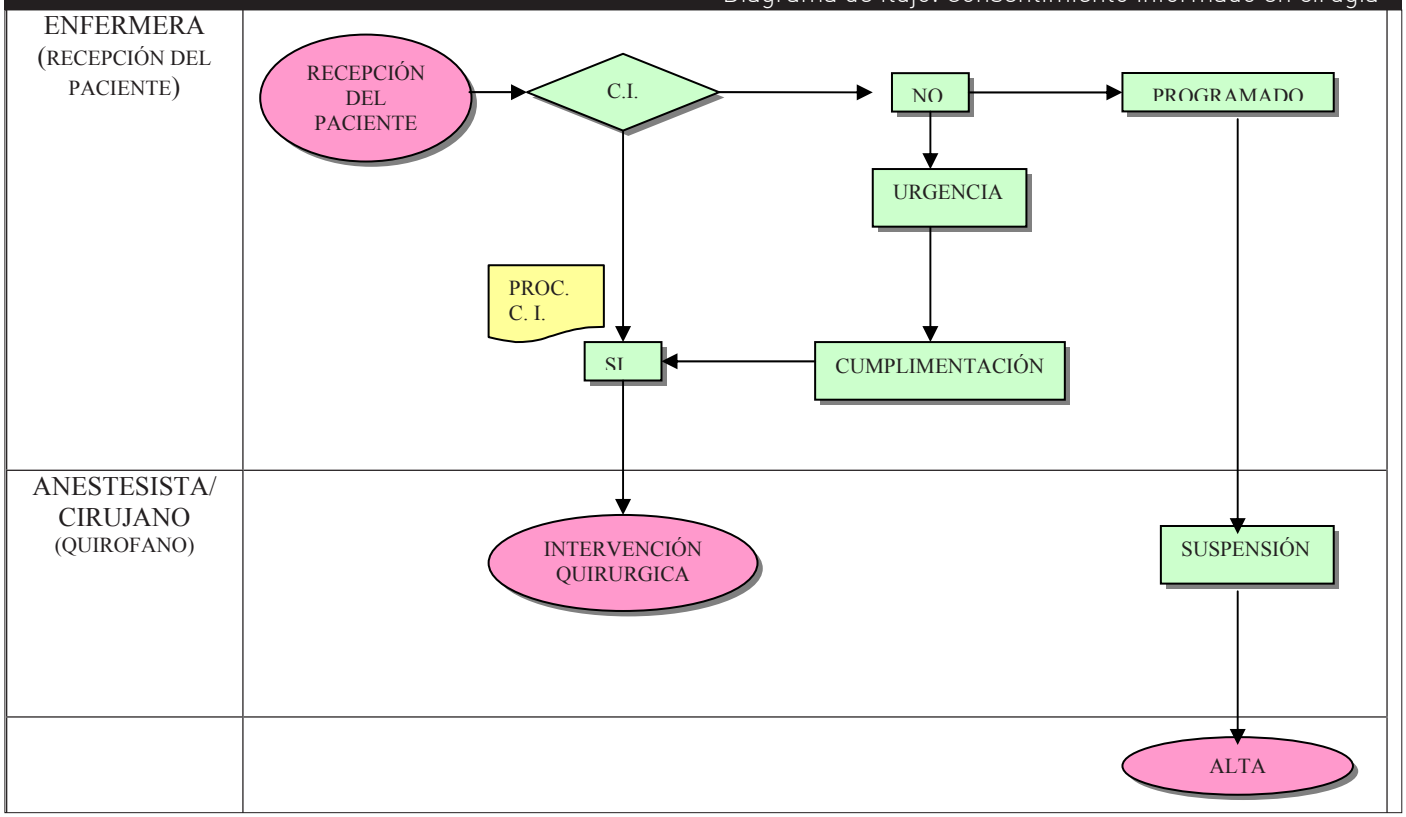
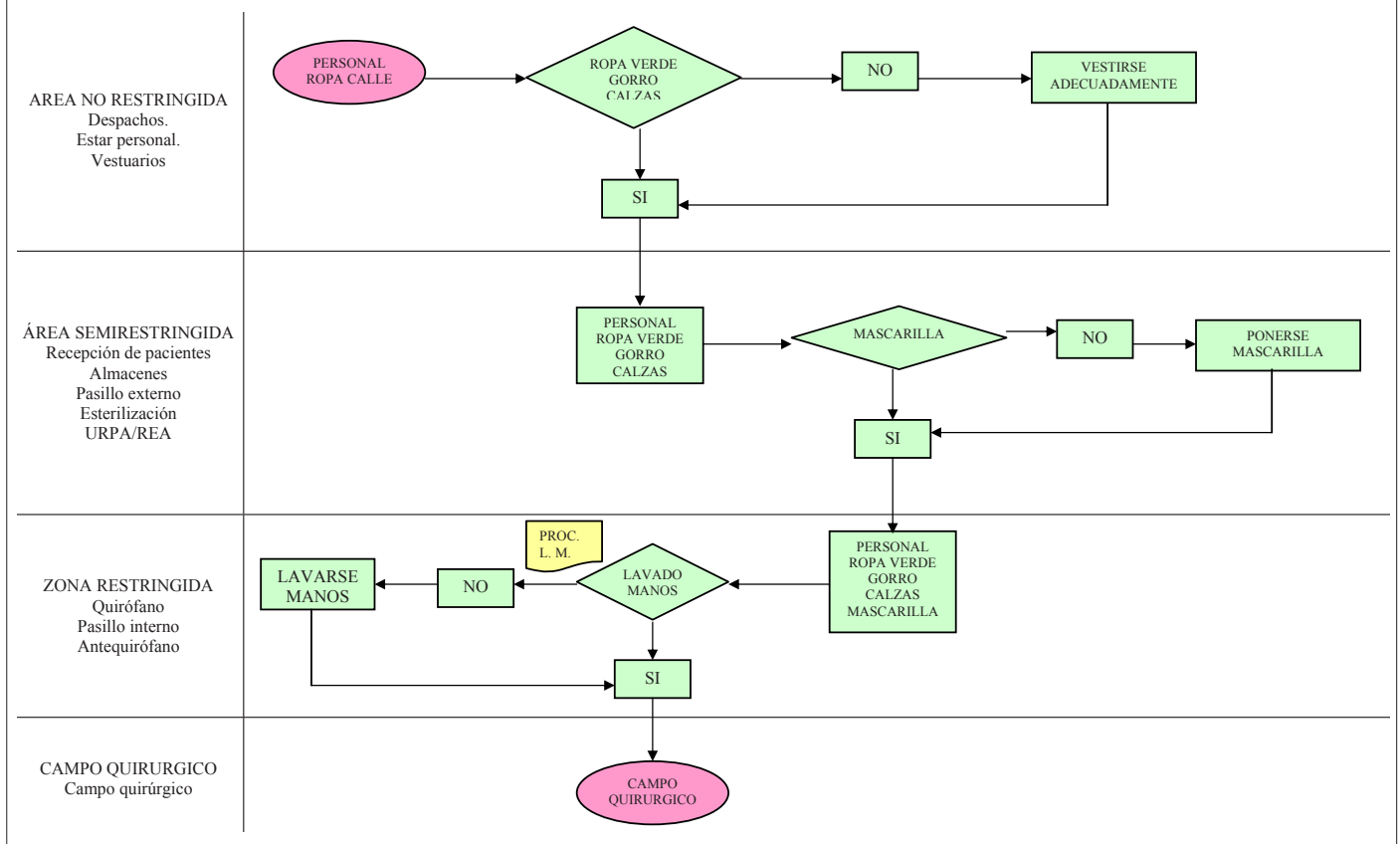


Diagrama de flujo: Control de acceso en área quirúrgica



PROCESOS
4.11.- HOSPITAL MORALES MESEGUER

Procesos

4.11.1. Consultas externas

Ficha de proceso: consultas externas

Proceso: CONSULTAS EXTERNAS

Tipo: CLAVE

Definición:

Atención especializada ambulatoria al paciente, destinado al diagnóstico, control clínico, prevención, tratamiento y cuidados sanitarios, con el mayor nivel de calidad y eficacia.

Inicio de proceso:

Solicitud de cita para consulta en atención especializada.

Fin del proceso:

Alta del paciente desde consultas, derivación a otra especialidad, otro Centro, Urgencias, hospitalización o cita para revisión.

Actividades:

-Citar al paciente. Registrar y asignar consulta
-Enviar de listados de consulta a archivos y preparar las historias para su remisión a las consultas.
-Recepcionar al paciente en la consulta
-Atender al paciente en la consulta médica.
-Cumplimentar la documentación clínica.
-Atender al paciente en la consulta de enfermería.
-Realizar pruebas especiales en la consulta.
- Citar las pruebas complementarias
- Informar al paciente
- Atender a familiares.
- Alta del paciente.
- Derivar a otra especialidad, otro centro o urgencias.
- Ingresar.
- Derivar para revisión
- Gestionar el transporte sanitario
- Realizar docencia e investigación en la consulta

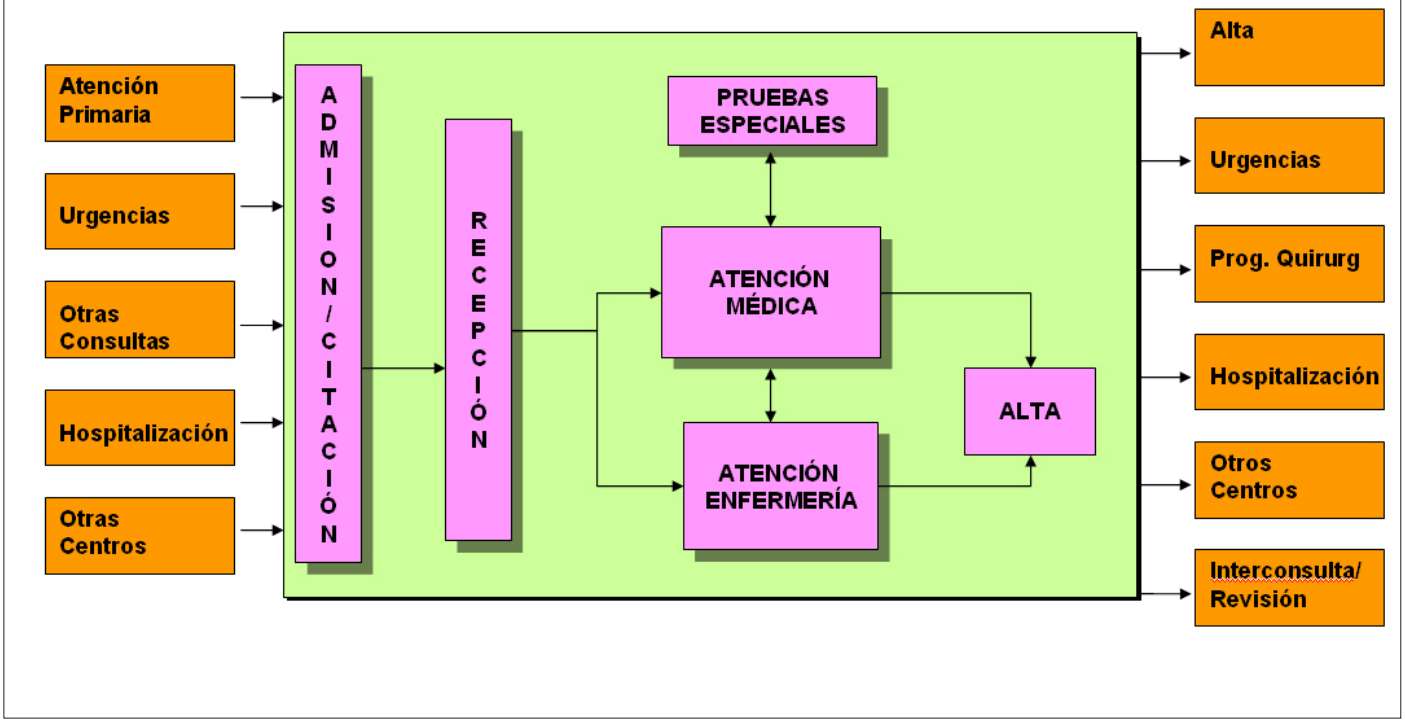
Proveedores:

Proveedor	Entrada	Requisitos
Profesionales del Hospital	Revisiones Interconsultas urgencias	Citación en la misma consulta Derivación por hoja interconsulta Cita desde urgencias o llamada directa a consulta
Profesionales de Atención Primaria	cita	Formulario especifico de citación

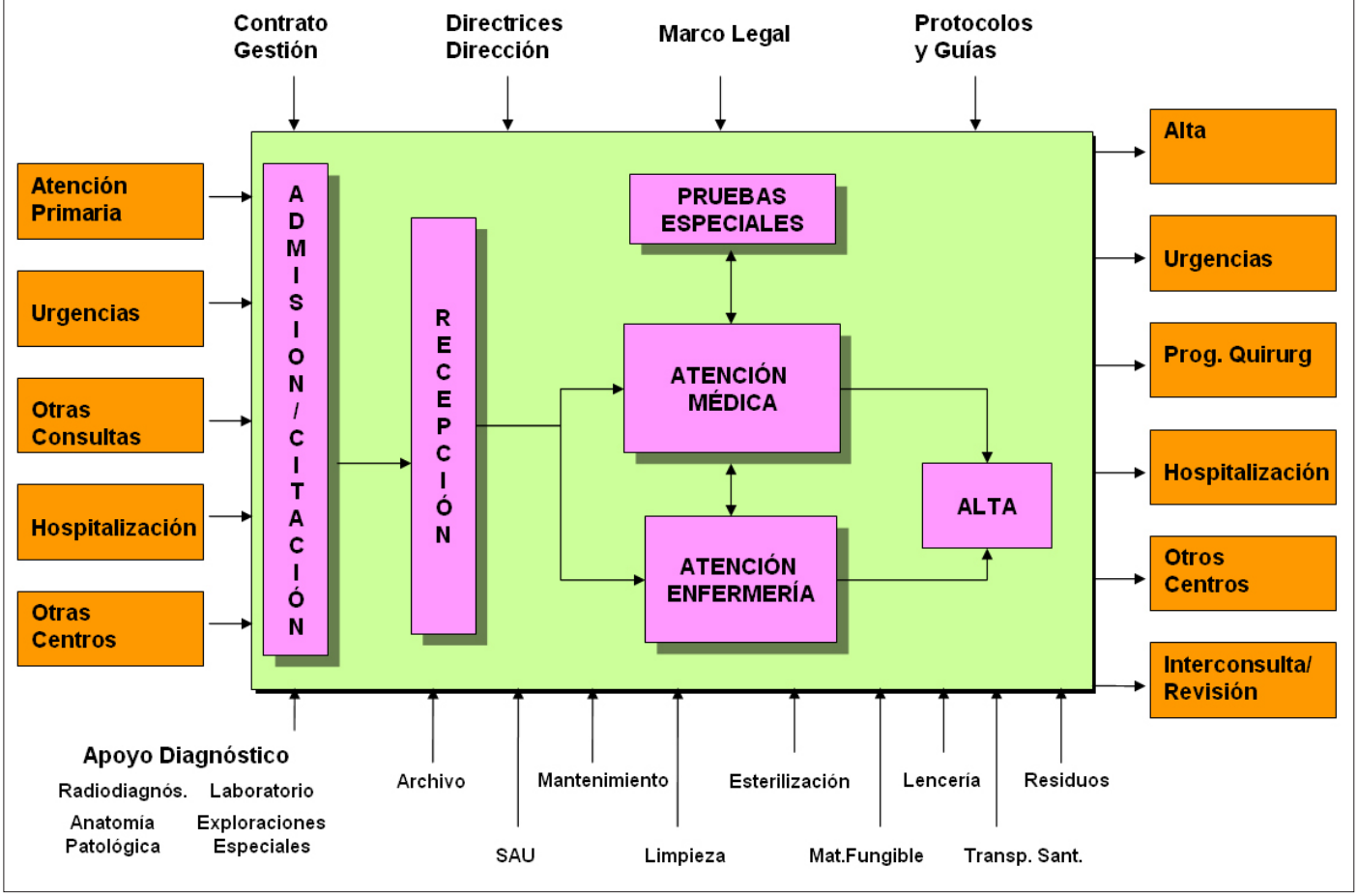
Clientes:

	Necesidades	Salidas
Paciente pendiente de estudio	-Llegar a establecer un diagnóstico. -Información adecuada. -trato correcto	-alta tras diagnóstico y tratamiento, si precisa. -revisión -programación de pruebas especiales -programación de cirugía -ingreso
Paciente para revisión	-Comprobar resultados pendientes. -Información adecuada. -trato correcto	-alta tras diagnóstico y tratamiento, si precisa. - Nueva revisión -programación de pruebas especiales -programación de cirugía -ingreso

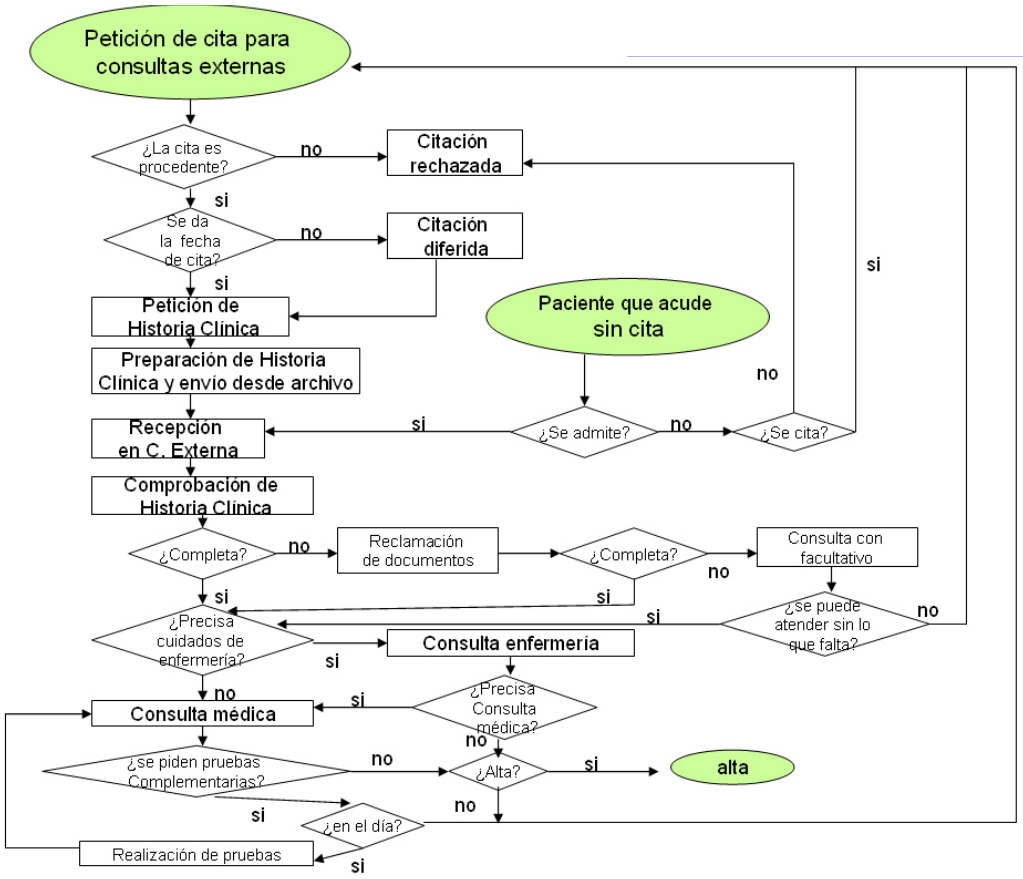
Proceso consultas externas: nivel 1



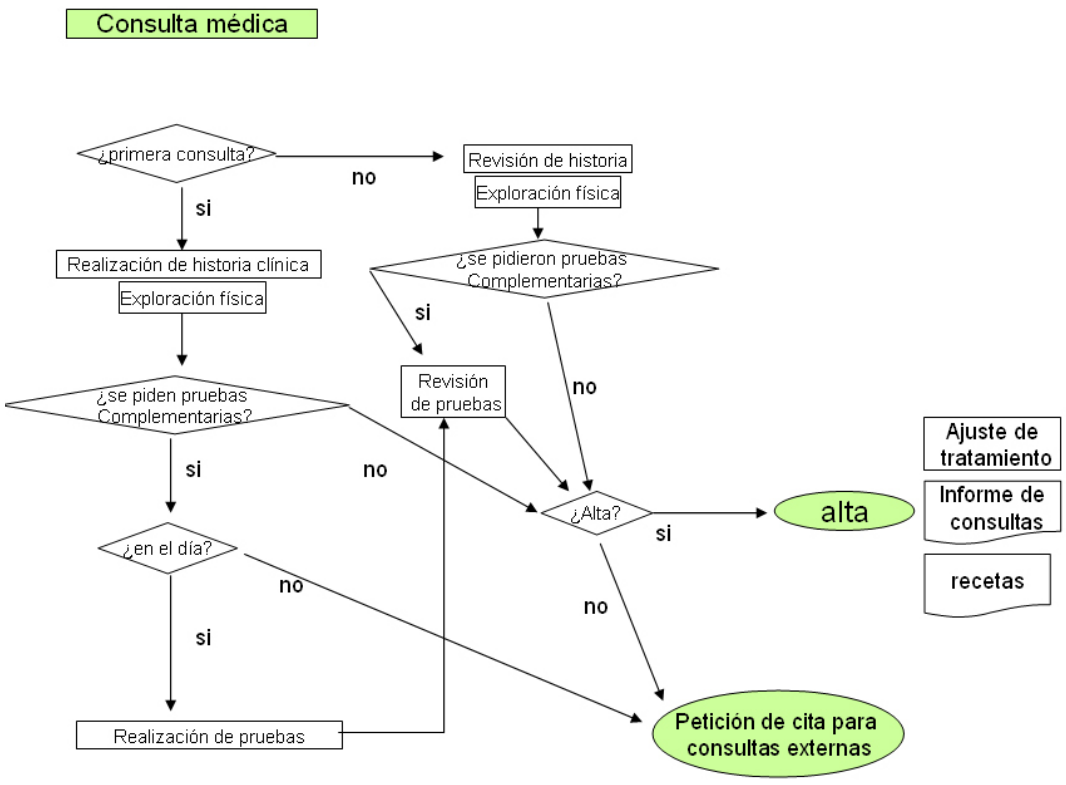
Proceso consultas externas: nivel 1



Flujograma: consultas externas



Flujograma: consultas externas



Indicadores

Indicador	Perioricidad
Número de consultas	mensual
Número de pacientes pendientes de primera visita	mensual
Número de pacientes por tramo de demora	mensual
Demora media	mensual
Demora máxima	mensual
Espera media	mensual
Rendimiento de la agenda	mensual
Espera del paciente en consulta el día de la atención	semestral
% expedición de 1ª receta	semestral
Rendimiento consultas/local	semestral
% de pacientes reprogramados por consulta de cada especialidad	semestral
% cancelación de consultas	semestral
Informe de Consulta Externa	semestral
Satisfacción del usuario	anual

Gestora del Proceso: Mª Luisa Rueda
Fecha de revisión: Mayo de 2008

Procesos

4.11.2. Hospital de día médico

Proceso: HOSPITAL DE DIA MÉDICO.

Tipo: CLAVE.

Definición:

Es la atención al paciente, de carácter no quirúrgico, intervencionista o no, referido a tratamientos y cuidados especiales que no requieren ingreso y no pueden ser realizados en consultas externas.

Inicio de proceso

Solicitud de cuidados y tratamiento en el HDM.

Fin del proceso

Alta del paciente de la unidad hacia consultas externas, otro Centro, Urgencias, hospitalización o domicilio.

Actividades:

-Citar al paciente.
-Recepcionar al paciente
-Atender al paciente en el Hospital de Día Médico.
-Administrar el tratamiento pautado.
-Cumplimentar la documentación clínica.
-Atender al paciente en la consulta de enfermería.
-Realizar pruebas especiales en la consulta.
- Informar al paciente
- Atender a familiares.
- Dar el alta del paciente.
- Derivar a consultas, otro centro o urgencias.
- Ingresar.
- Derivar para revisión
- Gestionar el transporte sanitario
- Realizar docencia e investigación en la consulta

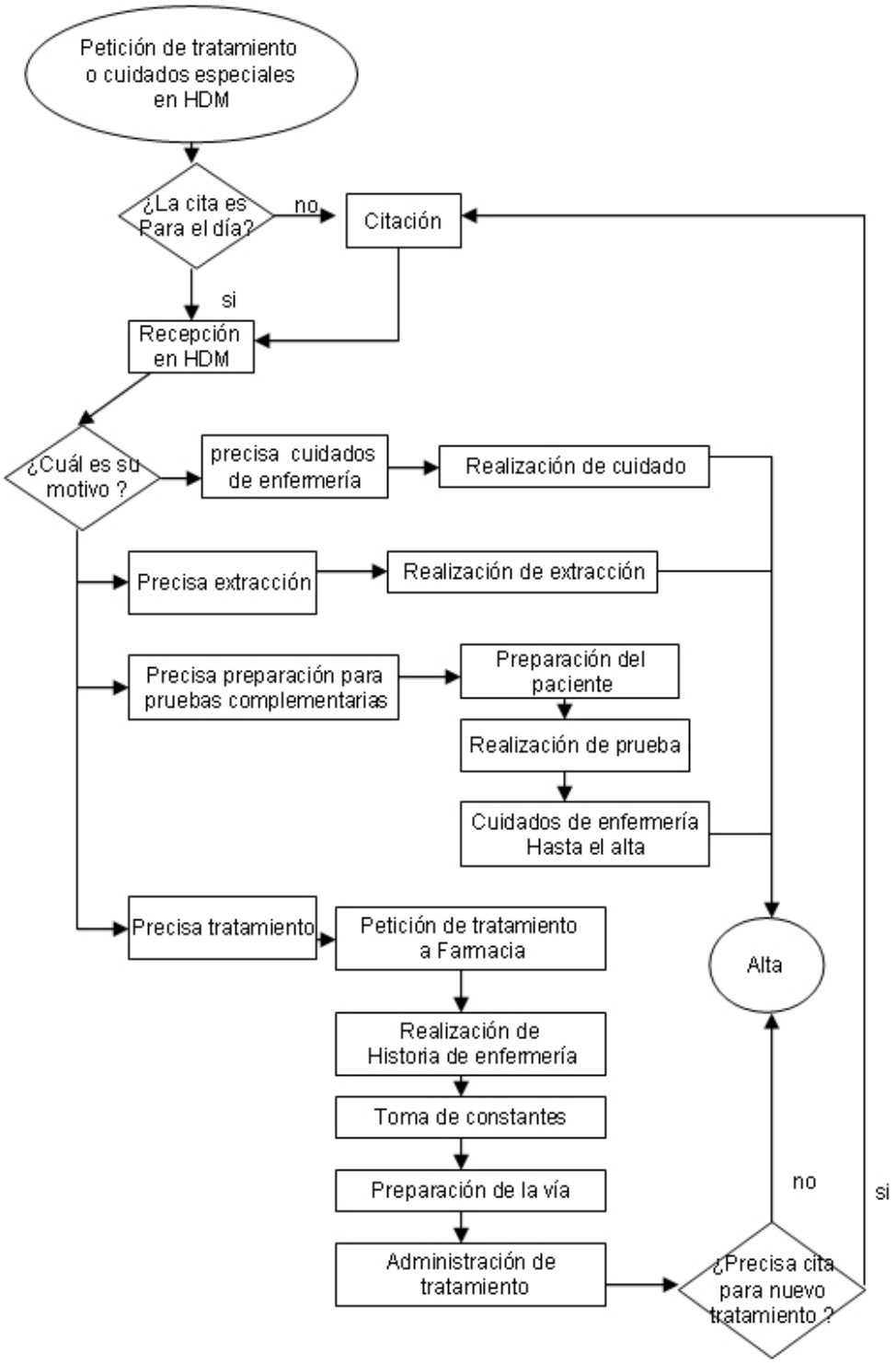
Proveedores:

PROVEEDOR	ENTRADA	REQUISITOS
Profesionales del Hospital	Interconsultas Urgencias cita	Prescripción en consultas externas de cuidado o tratamiento en HDM
Profesionales de otros Hospitales	cita	Prescripción en consultas externas de cuidado o tratamiento en HDM
Profesionales Centro de Hemodonación	cita	Prescripción en consultas externas de cuidado o tratamiento en HDM

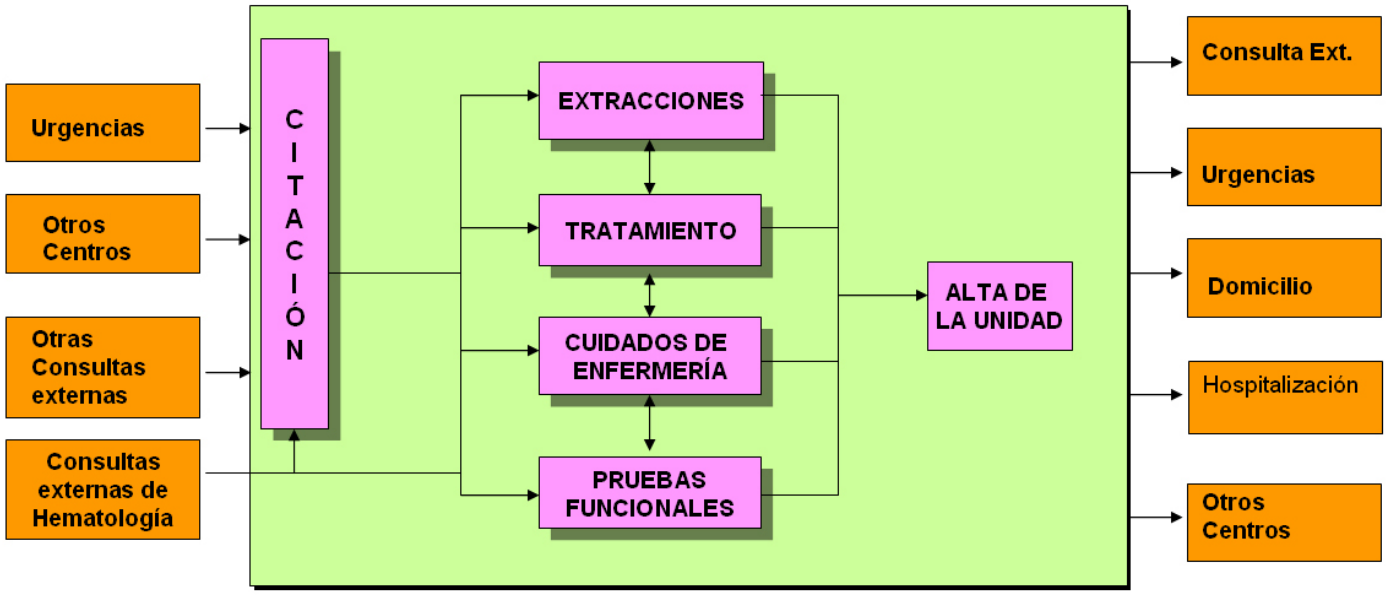
Clientes:

	ENTRADA	REQUISITOS
Paciente para tratamiento.	Aplicación de tratamiento prescrito.	-alta tras tratamiento.
Paciente para diagnóstico	Realización de pruebas diagnósticas	-alta tras realización de la prueba.

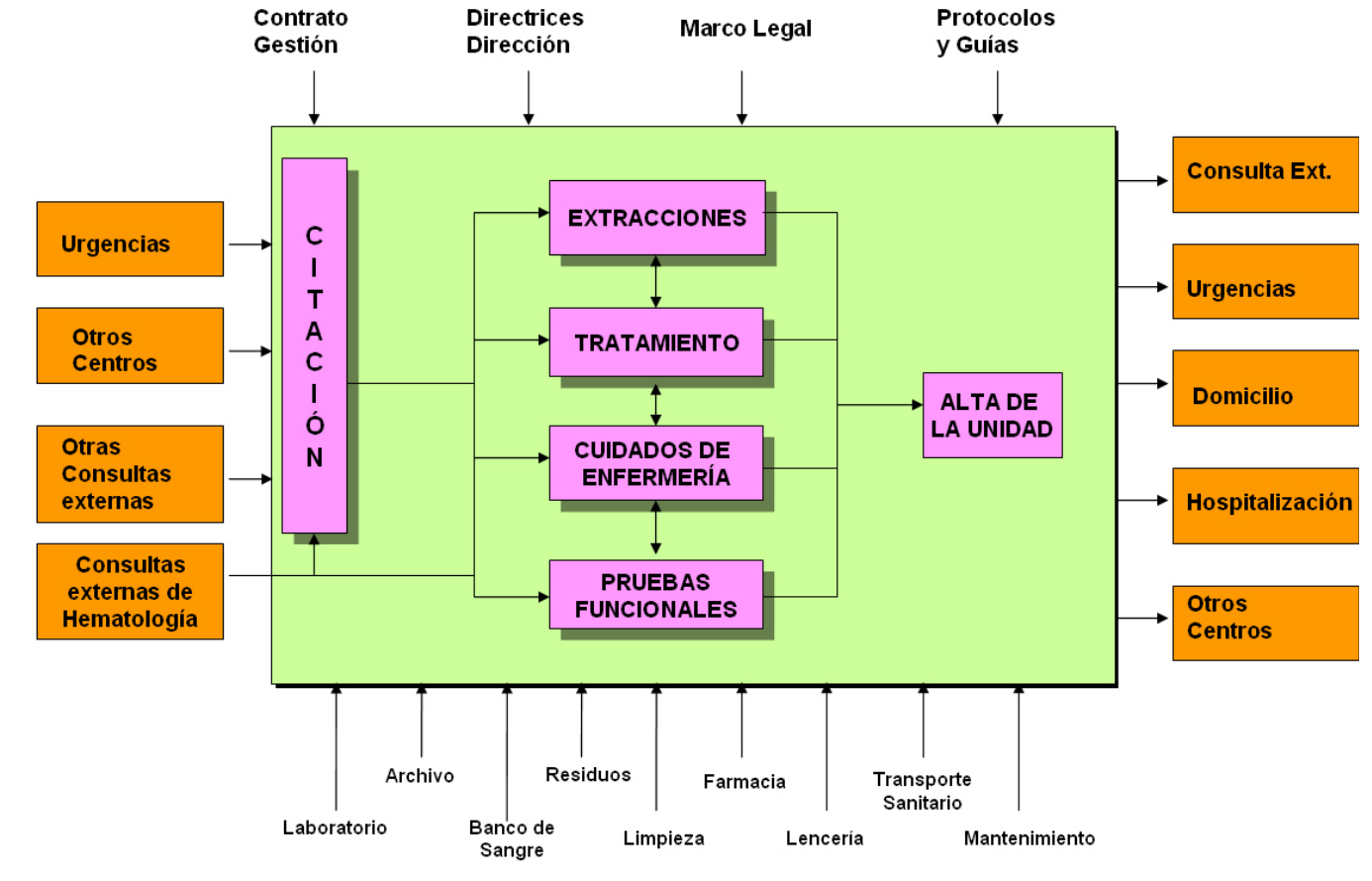
Flujograma: Hospital de día Médico



Proceso Hospital de día Médico: Nivel 1



Proceso Hospital de día Médico: Nivel 1



Indicador	Perioricidad
Número de consultas	mensual
Número de pacientes	mensual
% de ocupación	mensual
Número de tratamientos quimioterápicos	mensual
Número de extracciones	mensual
Media de pacientes por día	mensual
Media de pacientes por puesto	mensual
Espera del paciente en consulta el día de la atención	mensual
Número de vías centrales	**semestral**
Satisfacción del usuario	**anual**

Gestora del Proceso: Geli Cos Zapata
Fecha de revisión: Mayo de 2008

PROCESOS
4.12.- HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ROMÁN ALBERCA

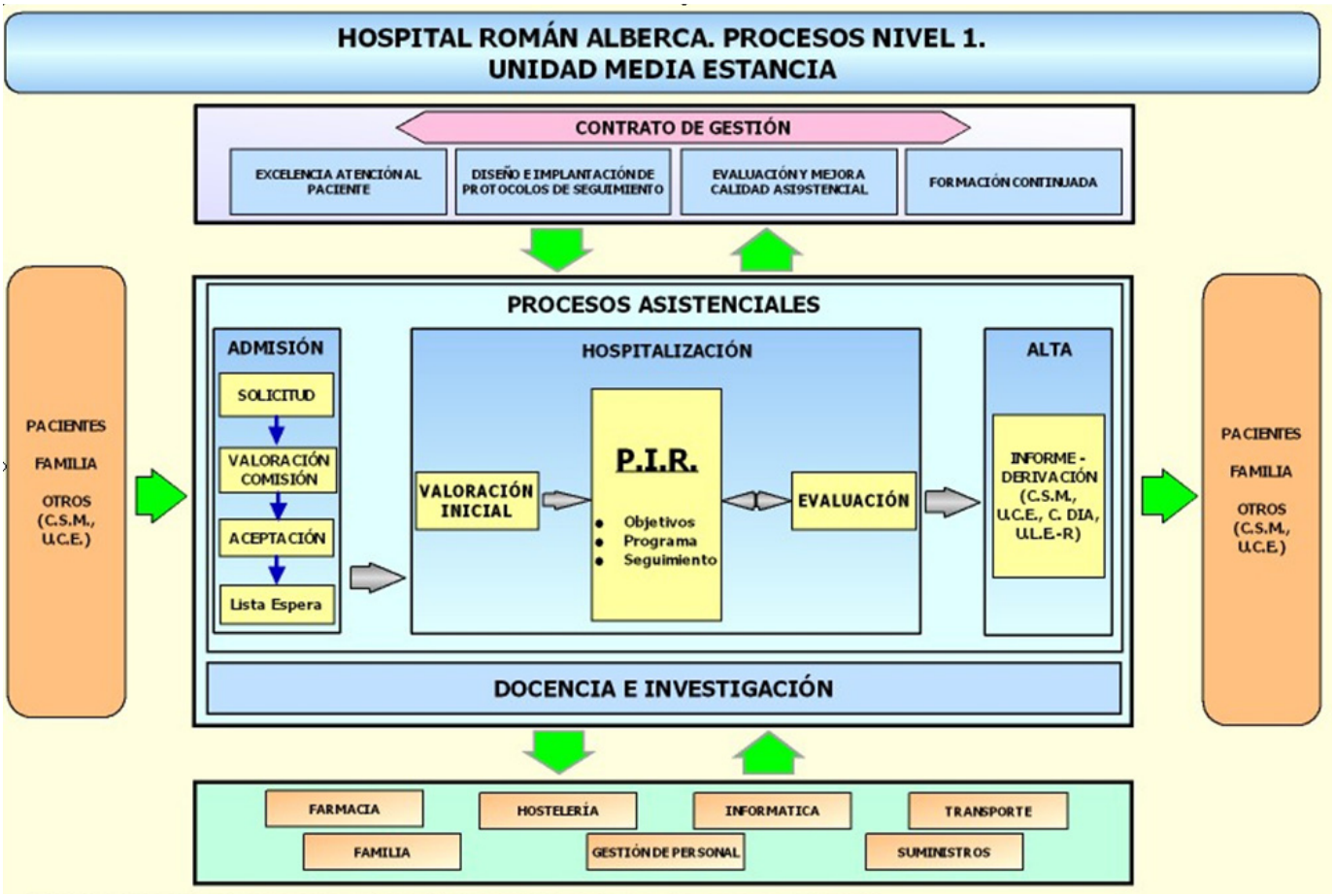
Procesos

4.12.1. Unidad de media estancia

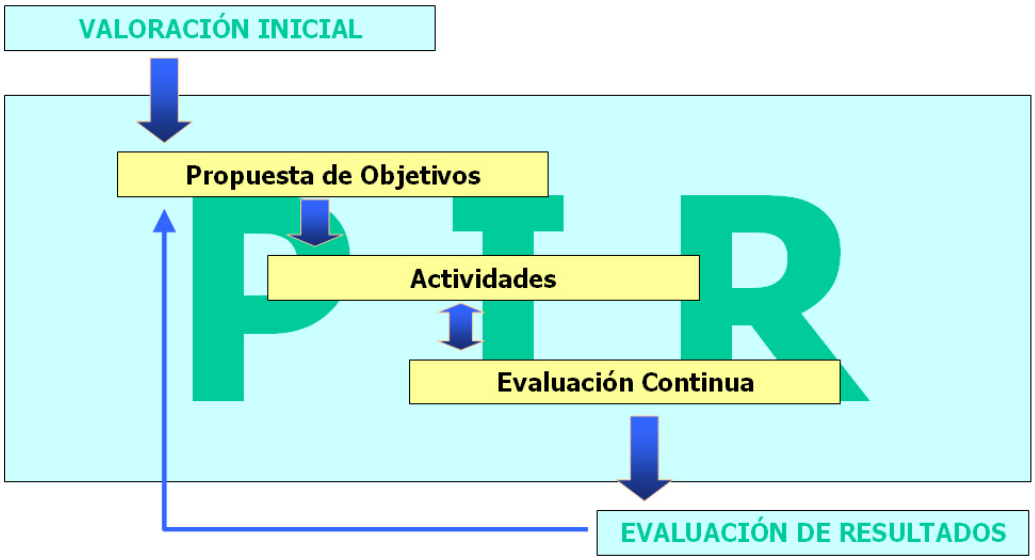
Misión

Atención integral de pacientes con trastorno mental severo que requieran un proceso de rehabilitación en regimen hospitalario tras su estabilización clínica para su reincorporación a su ámbito socio-familiar o derivación a un recurso asistencial más adecuado.

Proceso: Unidad de media estancia



Proceso: Unidad de media estancia



Indicador: Adecuación formal de las solicitudes.

Descripción: Número de solicitudes que cumplen con los requisitos para ser valorados por la comisión.
Cálculo: (% Nº Solicitudes que cumplen los requisitos /Nº Solicitudes.) x 100
Tipo: Proceso / Adecuación
Objetivo: Conocer el número de solicitudes que se presentan bien cumplimentadas.
Frecuencia: Trimestral
Inclusión: Todas las solicitudes recibidas de C.S.M. o U.C.E. Exclusión: Las que no vienen de C.S.M. ó U.C.E.
Fuente: Registro de solicitudes y Sistemas de información (Selene).
Referencias: Datos de la misma unidad en periodos anteriores.

Indicador: Adecuación clínica de las solicitudes

Descripción: Número de solicitudes que cumplen con los criterios clínicos y sociales de ingreso.
Cálculo: (% Nº Solicitudes admitidas /Nº Solicitudes presentadas a la comisión) x 100
Tipo: Proceso / Adecuación
Objetivo: Ingresar a pacientes para los cuales la rehabilitación en media estancia sea pertinente.
Frecuencia: Trimestral
Inclusión: Todas las solicitudes que valora la comisión Exclusión: Ninguna
Fuente: Registro de solicitudes y Sistemas de información (Selene).
Referencias: Datos de la misma unidad en periodos anteriores.

Indicador: Estancia media al alta

Descripción: Estancia Media de pacientes en U.M.E. al Alta.
Cálculo: Nº de días de estancia al alta desde el ingreso / Nº de altas de U.M.E. en el período
Tipo: Proceso / Actividad
Objetivo: Optimizar el uso de recursos.
Frecuencia: Trimestral
Inclusión: Pacientes de alta en U.M.E. en el período. Exclusión: Pacientes éxitus, fuga, estancia menor de 15 días y estancia mayor de 2 años.
Fuente: Sistemas de información (Selene).
Referencias: Contrato de gestión y otros hospitales.

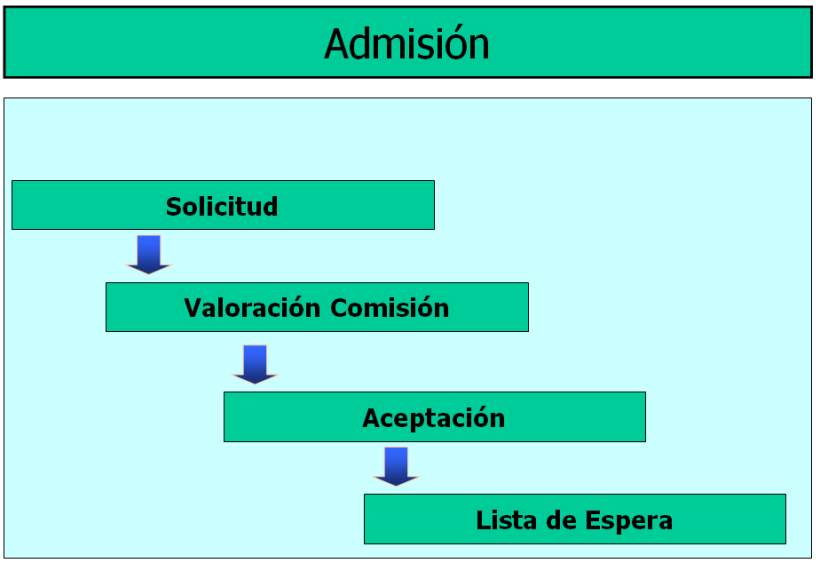
Indicador: Firma del consentimiento informado

Descripción: Número de documentos de consentimiento informado que han sido firmados por la familia del paciente.
Cálculo: (% Nº documentos firmados /Nº Ingresos.) x 100
Tipo: Resultado
Objetivo: Valorar el que los familiares conozcan los objetivos del ingreso y colaboren en la rehabilitación de sus familias.
Frecuencia: Trimestral
Inclusión: Todas las solicitudes admitidas. Exclusión: Ninguno
Fuente: Documento estándar de consentimiento informado.
Referencias: Datos de la misma unidad en periodos anteriores.

Indicador: Continuidad asistencial

Descripción: Nº de pacientes que al alta son remitidos a C.S.M., Centro de Día o Unidad de Rehabilitación.
Cálculo: (Total de pacientes remitidos a otras instituciones o cualquier otro recurso socio-sanitario al alta en el periodo / total de pacientes al alta al periodo) x 100
Tipo: Resultado / Efectividad
Objetivo: Garantizar la asistencia socio-sanitaria al alta al paciente ingresado en la unidad de rehabilitación.
Frecuencia: Trimestral
Inclusión: Pacientes de alta en el período. Exclusión: Pacientes éxitus, fuga.
Fuente: Sistemas de información (Selene), informes de alta.
Referencias: Datos de la propia unidad en periodos anteriores y datos de otros hospitales.

Proceso: Unidad de media estancia



Valoración Inicial

Antecedentes e Historia Previa

- Aspectos Clínicos
- Aspectos Sociales
- Antecedentes Biográficos
- Antecedentes Familiares.
- Nivel Premórbido
- Antecedentes Personales

Exploración Psicopatológica

- Conciencia de Enfermedad y Medicación
- Actividad Vida Diaria
- Afrontamiento Personal y Social
- Funcionamiento Cognitivo
- Redes de Apoyo
- Desempeño laboral

Propuesta de Objetivos

- En cuánto a su enfermedad y tratamiento
- Autonomía Personal
- Capacidades Cognitivas
- Psicomotricidad, Relajación y Autocontrol
- Ocio y Tiempo Libre
- Area Familiar
- Situación Social y Comunitaria
- Formación y Empleo
- Otros

Actividades

1-Programa de acogida.
2-Rehabilitación de déficits cognitivos.
3-Psicoeducación, administración de la medicación y prevención de recaidas.
4-Habilidades de autocontrol y manejo del estrés.
5-Entrenamiento en habilidades sociales, ocio y tiempo libre.
6-Psicoeducación con familias.
7-Terapia cognitivo-conductual, parasíntomas positivos.
8-Entrenamiento en actividades de la vida diaria.
9-Programa de actividades físicas y psicomotricidad.
10-Integración en recursos comunitarios.v

Solicitud

- **Informe Psiquiátrico**
  - Motivo de Ingreso
  - Historia Clínica
  - Objetivos de Rehabilitación
- **Informe Social**
  - Situación Familiar
  - Situación Económico-Laboral
  - Situación Cultural-Escolar
  - Características del entorno social

Valoración comisión

- **Criterios de Inclusión**
  - Fracaso Tratamientos Previos por:
    - Falta de respuesta terapeútica
    - Falta de cumplimiento terapeútico
    - Deficiente apoyo socio-familiar
  - Posibilidad de externalización

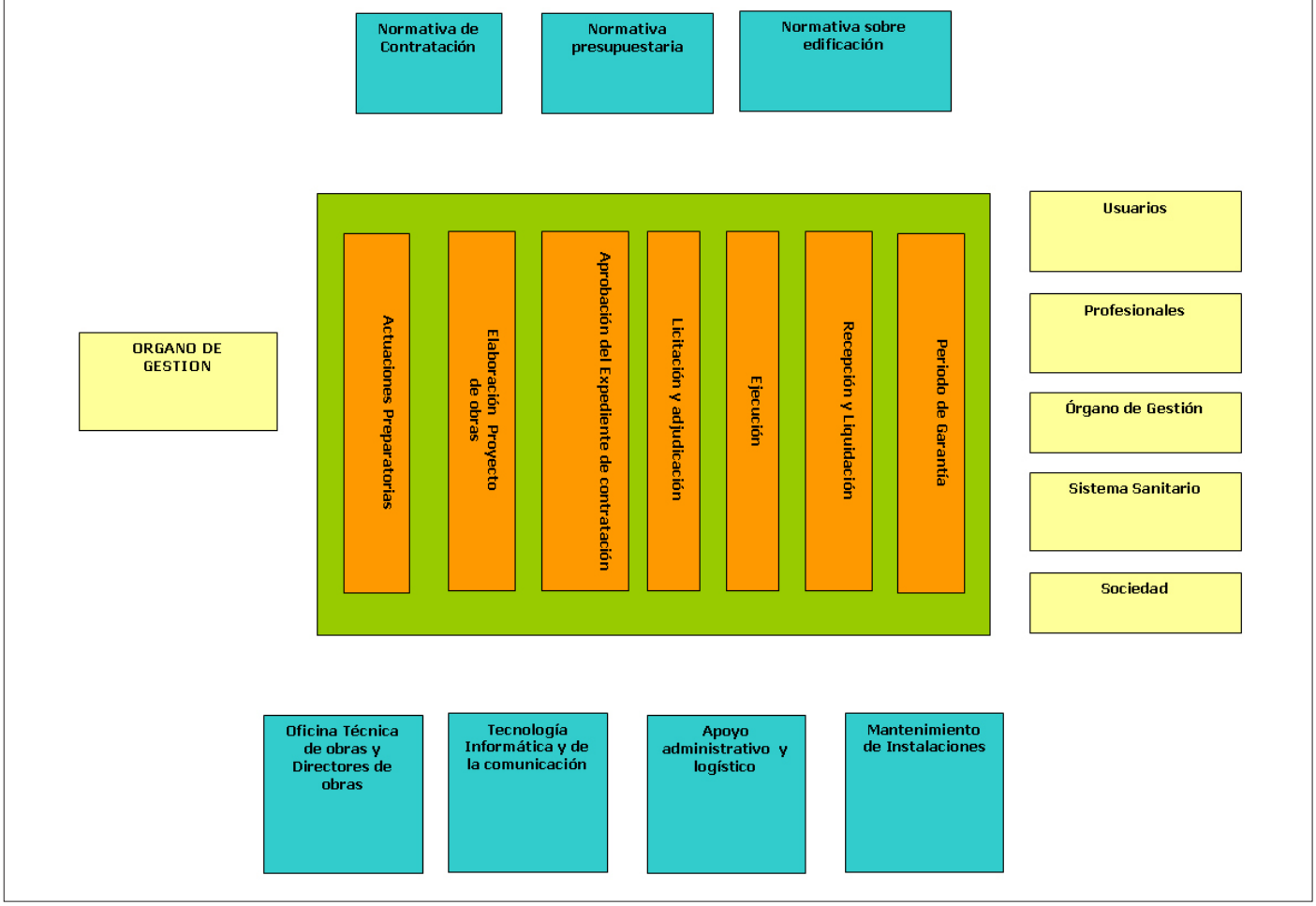
- **Criterios de Exclusión**
  - Demencia
  - Retraso mental
  - Mayores de 60 años

PROCESOS
4.13.- SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA DEL S.M.S.

PROCESOS

4.13.1. Contratación de obras

Proceso: Contratación de Obras



MISIÓN:

Tramitar expedientes de contratación de obras, de acuerdo con la normativa vigente, para dar respuesta a la demanda de atención sanitaria de la población protegida.

LIMITES DEL PROCESO:

Límite inicial.- Propuesta por el órgano de Gestión (Central o Periférico), acompañado de los pliegos de prescripciones técnicas y propuesta de pliego de cláusulas administrativas y el inicio será por resolución del Director Gerente para la apertura del expediente

Límite final.- Recepción y liquidación de la obra.

SUBPROCESOS:

El proceso de contratación de obras se desarrolla a través de los siguientes subprocesos:

I. Actuaciones preparatorias
II. Elaboración, supervisión y aprobación del Proyecto de obras
III. Aprobación del expediente de contratación.
IV. Licitación y adjudicación.
V. Ejecución de la obra
VI. Recepción y liquidación de la obra
VII Periodo de garantía

PROVEEDORES/ ENTRADAS/ REQUISITOS:

Proveedor: Órgano de Gestión que efectúa la propuesta.

Entrada: Propuesta de Contratación.

Requisitos: Los establecidos en la normativa vigente.

CUALES SON SUS CLIENTES/ SALIDAS/ NECESIDADES:

a) Cliente. Usuario del Sistema Sanitario.
Necesidad. Estructura asistencial inadecuada o Insuficiente (por ejemplo evitar desplazamientos).

b) Cliente. Profesionales.
Necesidad. Espacio adecuado para desarrollar su actividad profesional.

c) Cliente. Órgano Gestor.
Necesidad. Satisfacer las demandas de los usuarios.

d) Cliente. Sistema Sanitario
Necesidad. Mantener los estándares de calidad exigibles.

e) Cliente. Sociedad.
Necesidad. Alcanzar los niveles de salud adecuados.

GUÍAS Y RECURSOS:

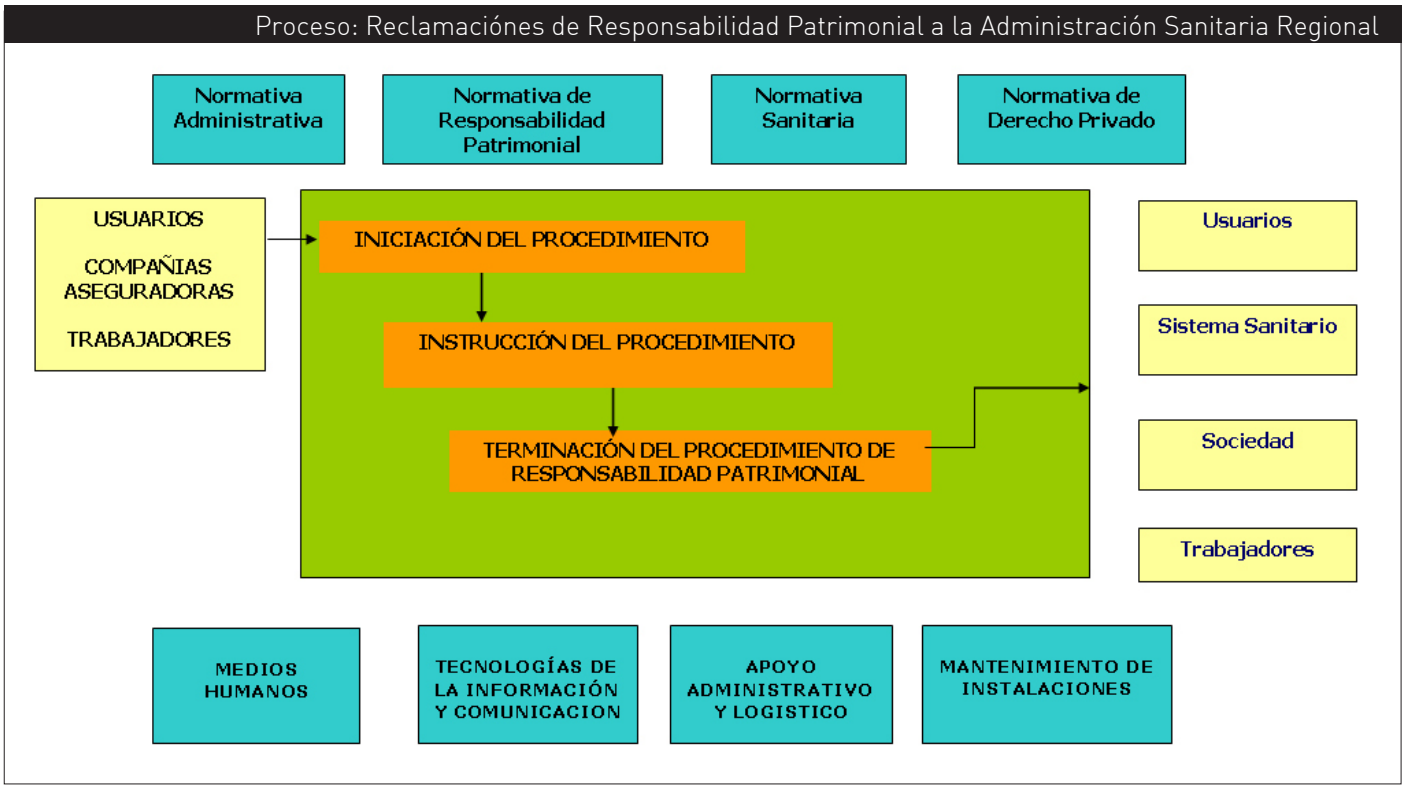
- GUIAS.
Marco normativo para la contratación pública.
Normas presupuestarias.
Normas para la edificación y seguridad de edificios públicos.

- RECURSOS.
Oficina Técnica de Obras y Directores de Obra.
Medios técnicos: tecnología informática y de la comunicación.
Medios de apoyo administrativo y logística: Registro de documentación, material y suministros.
Mantenimiento de instalaciones. Limpieza y conservación.

INDICADORES:
- Número de reclamaciones/impugnaciones de empresas licitadoras.
- Número de modificaciones que se efectúan al contrato de obra adjudicado.
- Incumplimiento de los plazos establecidos para la ejecución de la obra, expresado en porcentajes.
- Porcentaje de desviación del gasto sobre el presupuesto inicial.

PROCESOS

4.13.2. Reclamación de Responsabilidad Patrimonial a la Administración Sanitaria Regional



1. MISIÓN:

Que.- Determinar y gestionar si los particulares tienen derecho a ser indemnizados de toda lesión que sufran en sus bienes o derechos a consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.

Para que.- Atender las demandas de los usuarios, y responder de una posible asistencia sanitaria deficiente.

Para quien.- Todos los responsables del Servicio Murciano de Salud, Secretaria General Técnica, (Servicio Jurídico), Gerente del Servicio Murciano de Salud, Gestores de Hospitales y Gerencias de Atención Primaria.

Elementos del entorno directamente afectados.

- Cliente.
- Equipo Humano.
- Proveedores.
- Sociedad.
- Sistema Sanitario.

2. LIMITES DEL PROCESO.

Limite Inicial.- la interposición de reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Murciano de Salud.

Límite final.- Resolución de la Reclamación de responsabilidad patrimonial por la Gerencia del Servicio Murciano de Salud, en vía administrativa.

En vía judicial interposición y resolución de recurso contencioso- administrativo

3. SUBPROCESOS.

a) INICIACIÓN DEL PROCEDIMIENTO, mediante interposición de Reclamación de responsabilidad patrimonial, bien de Oficio o por reclamación de los interesados.

b) INSTRUCCIÓN DEL PROCEDIMIENTO, mediante la realización de las actuaciones necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos necesarios para dictar una resolución.

c) TERMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO, que podrá ser Convencional (por Resolución) o no Convencional cuando se produce por Desistimiento, Caducidad o Renuncia

4. PROVEEDORES / ENTRADAS / REQUISITOS.

- PROVEEDOR: Hecho Causante.
- ENTRADAS: Escrito de Reclamación Patrimonial.
- REQUISITOS: La reclamación debe contener todos los requisitos que dispone el Art. 6 del RD. 429/1993

5. CLIENTES / SALIDAS / NECESIDADES.

a) Cliente.- Usuario de sistema sanitario.
Necesidad.- Recibir una indemnización por el posible daño sufrido a consecuencia de acto sanitario.

b) Cliente.- Sistema Sanitario
Necesidad.- Mantener los estándares de calidad exigibles, comprobando donde se producen los funcionamiento deficitarios, y mejorándolos.

c) Cliente.- Trabajadores.
Necesidad.- Dar respuestas a las posibles contingencias sobrevenidas en y durante la actividad laboral.

6. GUIAS Y RECURSOS.

GUIAS:

- Normativa Administrativa.
- Normativa de Responsabilidad Patrimonial.
- Normativa sanitaria.

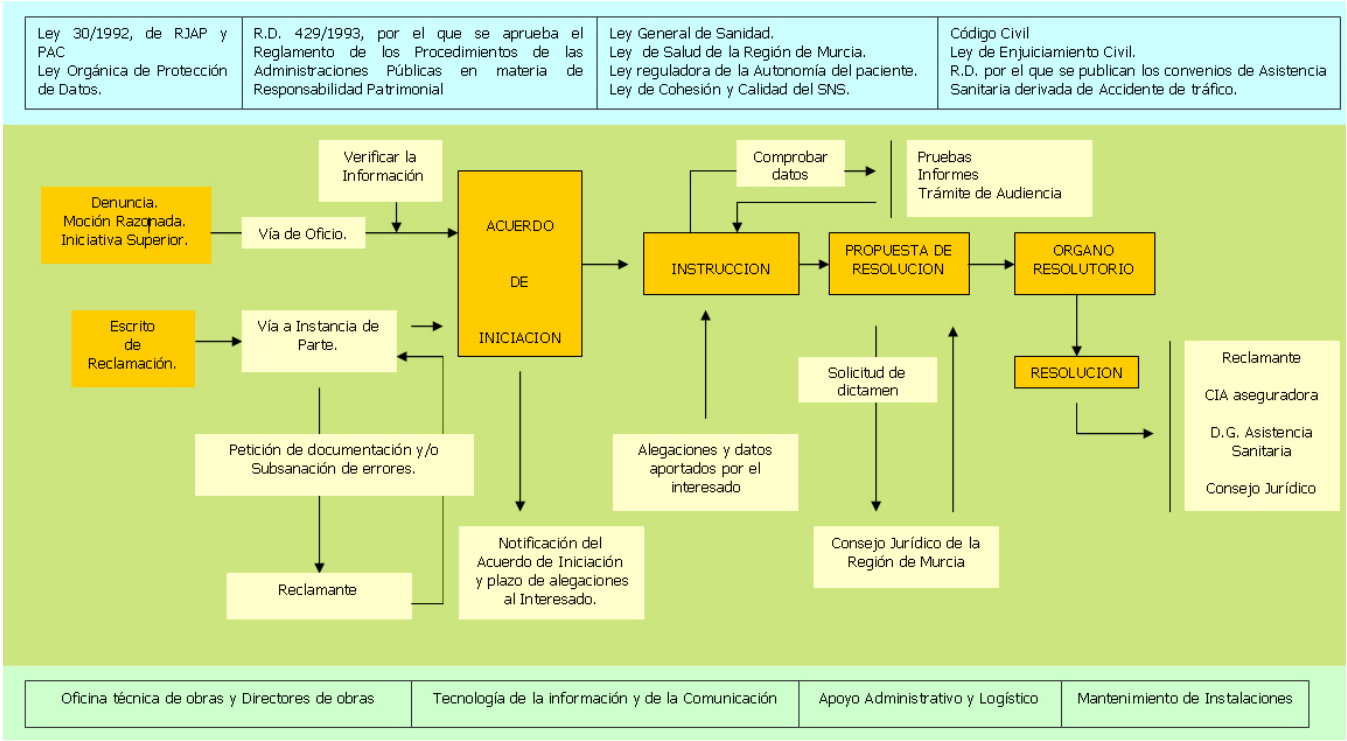
RECURSOS:

a) Medios Humanos para tramitar las reclamaciones, en el ámbito administrativo como jurídico.
b) Medios Técnicos:
   - Tecnología de la información y de la comunicación.
   - Bases de datos de jurisprudencia, completa y actualizada.
   - Formularios de procedimiento estandarizados.
   - Software específico para la gestión de la tramitación de expedientes.
c) Medios de apoyo administrativo y logística: Registro de documentación, material y suministros.
d) Mantenimiento de instalaciones. Limpieza y conservación.

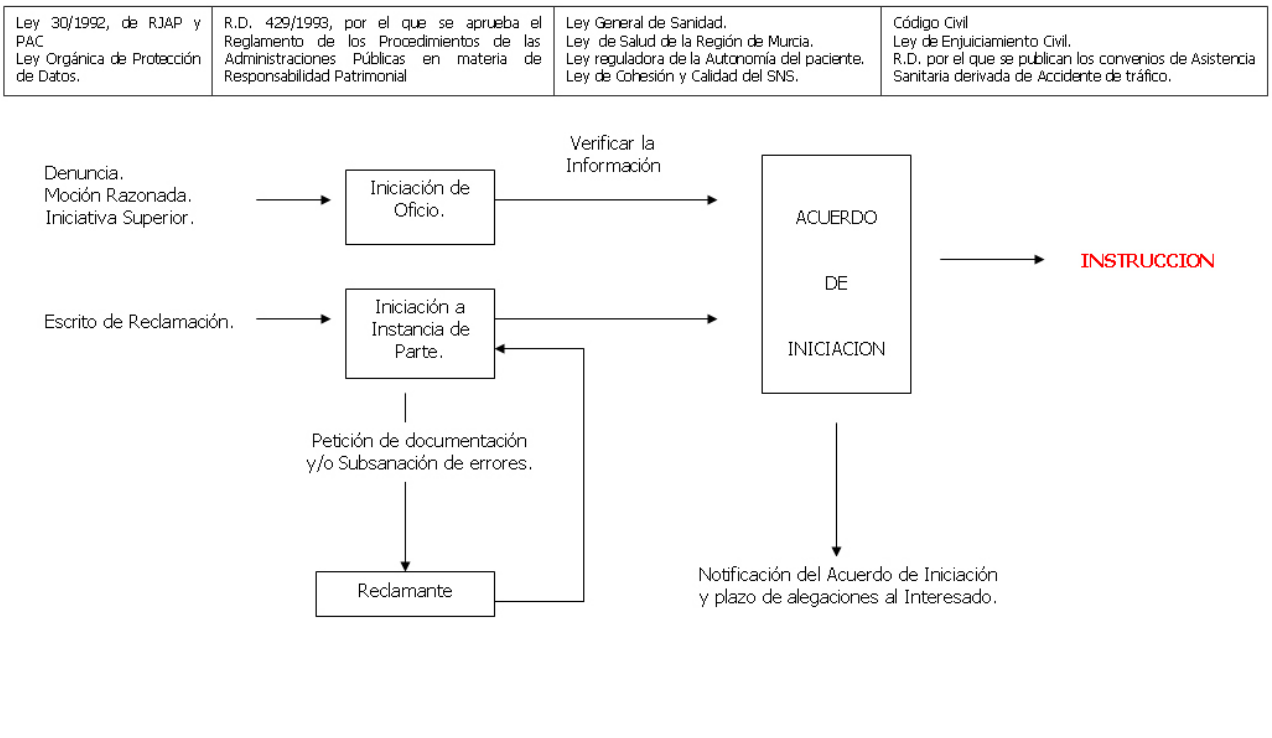
7. INDICADORES.

- Porcentaje de reclamaciones tramitadas.
- Porcentaje de reclamaciones estimadas y desestimadas.
- Porcentaje de reclamaciones no resueltas.
- Porcentaje de Dictámenes del Consejo Jurídico favorables y desfavorables.
- Índice de satisfacción del usuario con la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad, expresado como porcentaje.
- Índice de satisfacción de empleados con comunicación de objetivos y planes, expresado como porcentaje.
- Plazos medios de resolución de expedientes.
- Cuantía de la indemnización solicitada y de la indemnización otorgada.

Proceso: Reclamaciónes de Responsabilidad Patrimonial a la Administración Sanitaria Regional

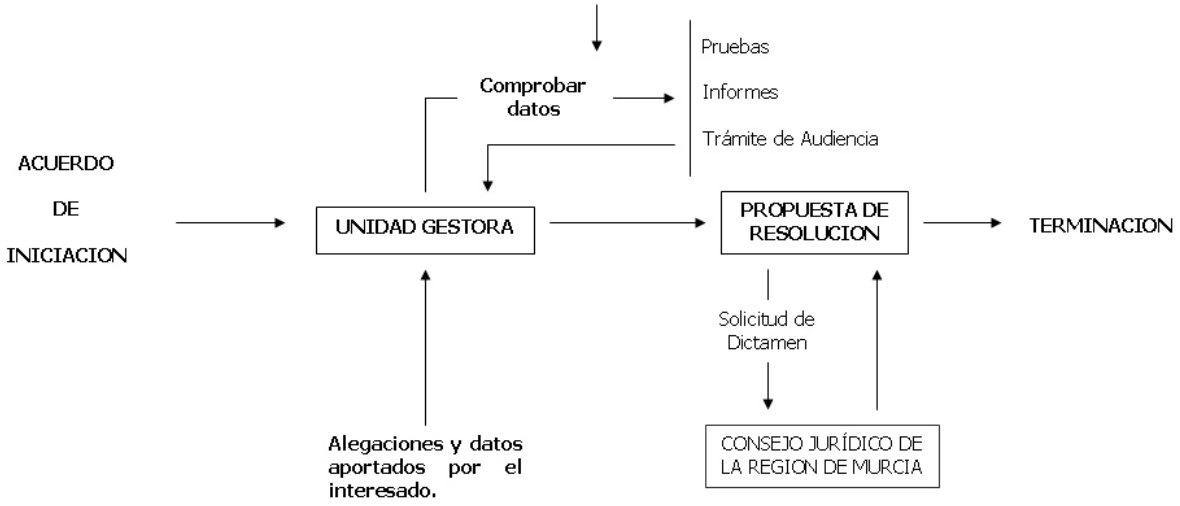


Subproceso: Iniciación



Subproceso: Instrucción

Ley 30/1992, de RJAP y PAC Ley Orgánica de Protección de Datos.	R.D. 429/1993, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial	Ley General de Sanidad. Ley de Salud de la Región de Murcia. Ley reguladora de la Autonomía del paciente. Ley de Cohesión y Calidad del SNS.	Código Civil Ley de Enjuiciamiento Civil. R.D. por el que se publican los convenios de Asistencia Sanitaria derivada de Accidente de tráfico.



Subproceso: Terminación

Ley 30/1992, de RJAP y PAC Ley Orgánica de Protección de Datos.	R.D. 429/1993, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial	Ley General de Sanidad. Ley de Salud de la Región de Murcia. Ley reguladora de la Autonomía del paciente. Ley de Cohesión y Calidad del SNS.	Código Civil Ley de Enjuiciamiento Civil. R.D. por el que se publican los convenios de Asistencia Sanitaria derivada de Accidente de tráfico.

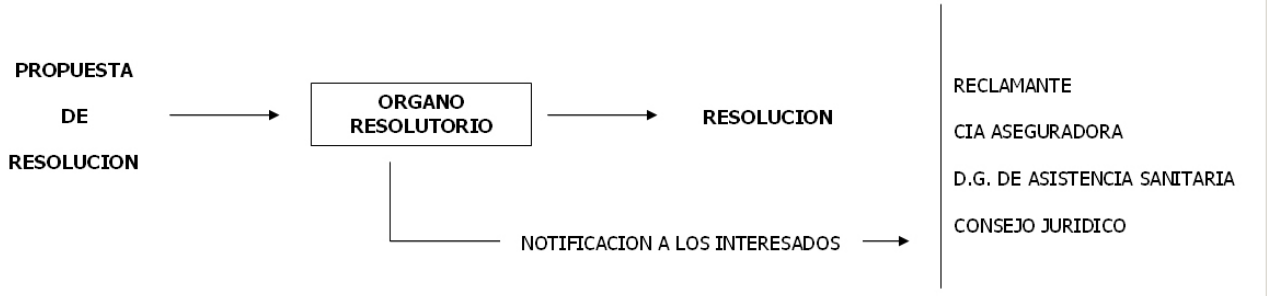
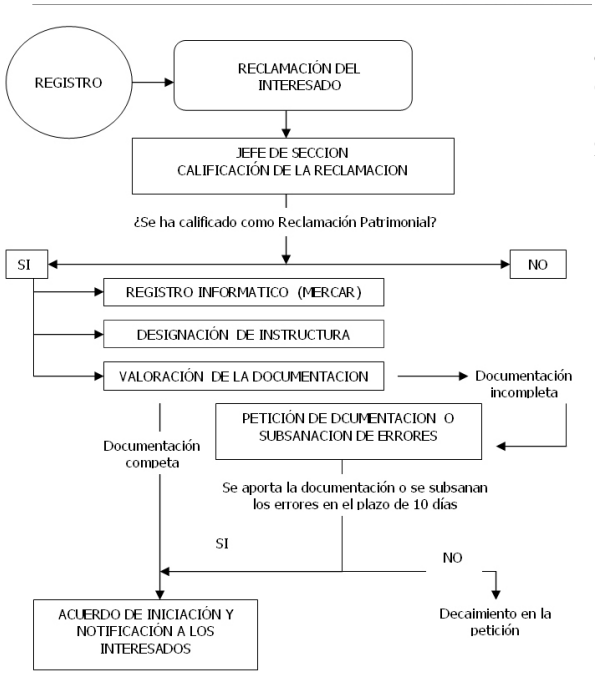


Diagrama de Flujo: Fase de Iniciación



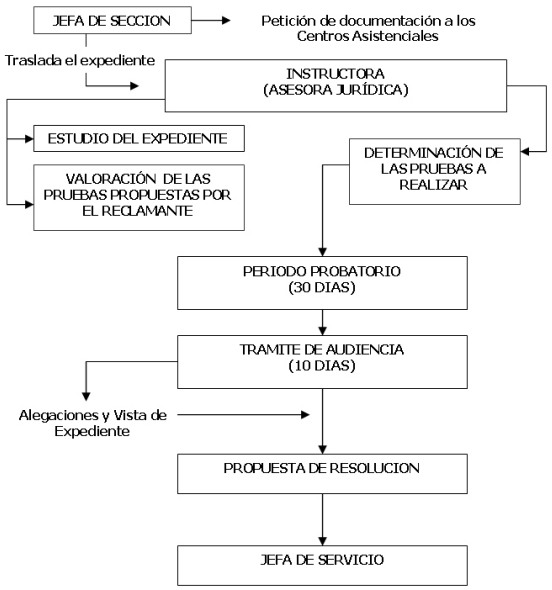
La reclamación del interesado, procedente del Registro, pasa a la Jefa de Sección que en colaboración con la Jefa del Servicio Jurídico la califica.

Si la reclamación es calificada como RECLAMCION DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL:

a) La Jefa de Servicio designa Instructora
b) La Jefa de Sección procede a:

- Registrar la Reclamación en el programa informático establecido (MERCAR).
- Si de la valoración de la documentación que acompaña a la Reclamación se deduce que o bien no está completa, o tiene errores; se pide, al interesado, la documentación pertinente y/o a subsanar los errores observados. Los plazos para aportar documentación o subsanar errores es de diez días.
- En el caso de que la documentación esté completa o se haya aportado, por parte del interesado, de la documentación solicitada en el plazo establecido, se produce el ACUERDO DE INICIACIÓN DE EXPEDIENTE Y NOTIFICACIÓN A LOS INTERESADOS (Reclamante, Dirección General de Asistencia Sanitaria, Dirección General de Régimen Económico)

Diagrama de Flujo: Fase de Instrucción



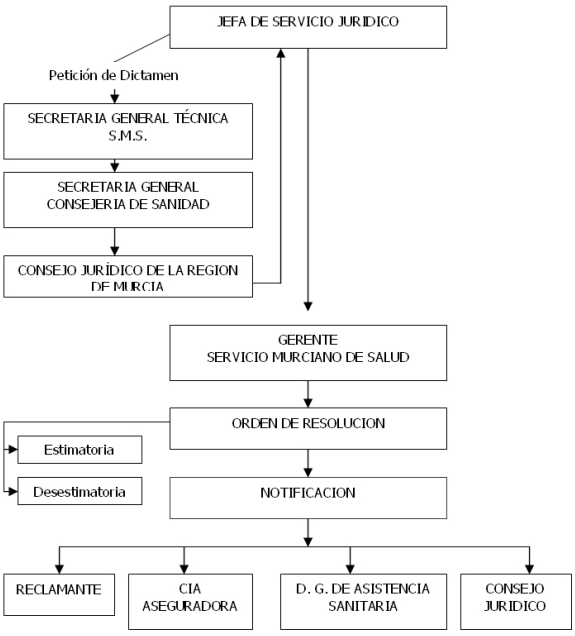
La Jefa de Sección solicita la documentación precisa a los Centros Asistenciales (Historia Clínica e Informes) y cuando esta se recibe, traslada el Expediente de Reclamación Patrimonial a la Instructora designada.

El Expediente Administrativo es enviado, por la Jefa de Sección, a la Instructora asignada, que cuenta con el apoyo de un Auxiliar Administrativo.

La Instructora después del estudio del Expediente y la valoración de las pruebas propuestas por el Reclamante, determina las pruebas a realizar, abriendo un período probatorio de 30 días.
Terminado dicho periodo, e instruido todo el expediente, se abrirá un trámite de audiencia y vista del Expediente de 10 días.

Posteriormente la Instructora elabora la Propuesta de Resolución, que remite a la Jefa de Servicio para su conformidad.

Diagrama de Flujo: Fase de Resolución



La Jefa de Servicio remite el Expediente al Consejo Jurídico para la emisión de Dictamen al Consejo Jurídico a través de la Secretaría General Técnica del S.M.S. y de la Secretaría General de la Consejería de Sanidad.

Después de recibido el Dictamen del Consejo Jurídico se envía al Gerente del Servicio Murciano de Salud quién Resuelve por delegación de la Consejería de Sanidad.

La Orden de Resolución se notifica a los interesados:

- Reclamante.
- Compañía Aseguradora.
- Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- Consejo Jurídico.

PROCESOS
4.14.- SUBDIRECIÓN GENERAL DE SALUD MENTAL

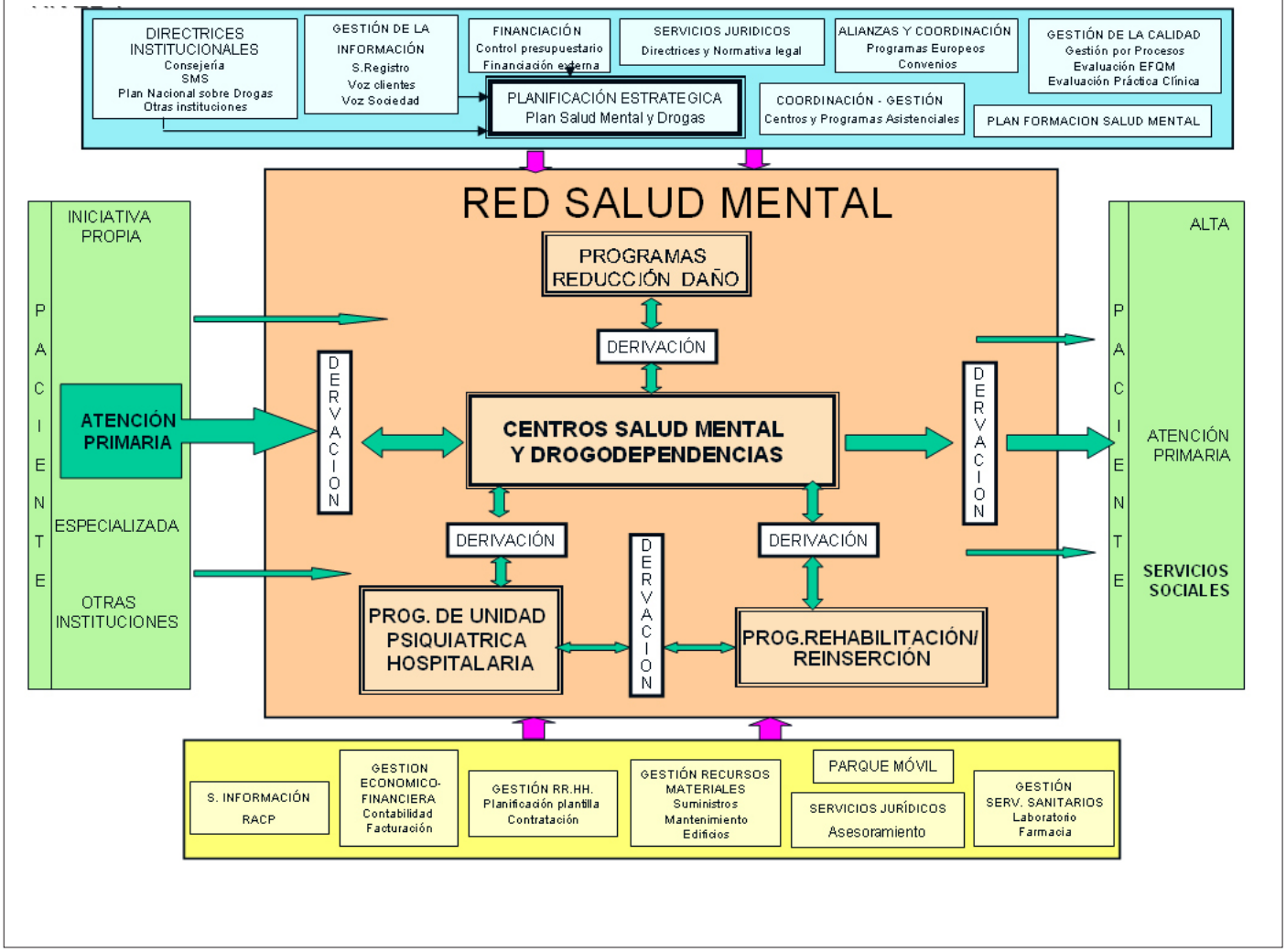
PROCESOS

4.14.1. Continuidad de cuidados en pacientes con problemas de salud mental

Misión

Asegurar la continuidad de cuidados asistenciales en los problemas de Salud Mental y Drogodependencias a los pacientes de la Región de Murcia, desde su atención a nivel ambulatorio y hospitalario, así como su paso a otros recursos asistenciales de la red como son los programas de rehabilitación/reinserción, garantizando su correcto abordaje y orientación de una manera eficaz y eficiente.

Proceso: continuidad de cuidados a pacientes con problemas de salud mental



LÍMITES

Inicial: Paciente que acude con problemas de Salud Mental o Drogodependencias a la red de Salud Mental desde Atención Primaria preferentemente, desde especializada, desde otras instituciones o por iniciativa propia.

Final: Paciente dado de alta, o con su demanda atendida.

PROVEEDORES:

Pacientes con problemas de salud mental y/o drogodependencias.
Familiares de los anteriores.
Profesionales (médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y auxiliares) de los centros de la red de salud mental y drogodependencias
Asociaciones y otras instituciones con las que se mantiene convenio de colaboración para determinados recursos.

CLIENTES:

Pacientes de la Región de Murcia que necesitan ser atendidos en la red de recursos de salud mental. Familiares de enfermos mentales y/o drogodependientes que necesitan asesoramiento sobre como deben seguir el abordaje de la enfermedad de su familiar, y que en ocasiones también necesitan tratamiento.

GUIAS:

1.-Planificación Estratégica
- · Plan Autonómico sobre Drogas
- · Plan de Salud Mental

2.-Coordinación y supervisión de las ONGs e Instituciones con las que se han concertado recursos asistenciales.

3.- Criterios para la Coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental. (Documento Técnico 1: Coordinación, actuación y derivación entre salud mental y atención primaria. Plan de Salud Mental 1999/2001).

4.-Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 1999/2001. Guía de atención ambulatoria a adultos.

5.- Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 1999/2001. Guía de rehabilitación y reinserción psicosocial en salud mental.

6.-Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 1999/2001. Organización, funcionamiento y evaluación de centros de salud mental. Atención infanto-juvenil.

7.- Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 1999/2001. Guía para la organización, funcionamiento y evaluación de los servicios de hospitalización psiquiátrica.

8.-Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 1999/2001. Organización, funcionamiento y evaluación de centros de salud mental. Atención a drogodependencias.

9.-Protocolo: Derivación Hospital- Atención Ambulatoria

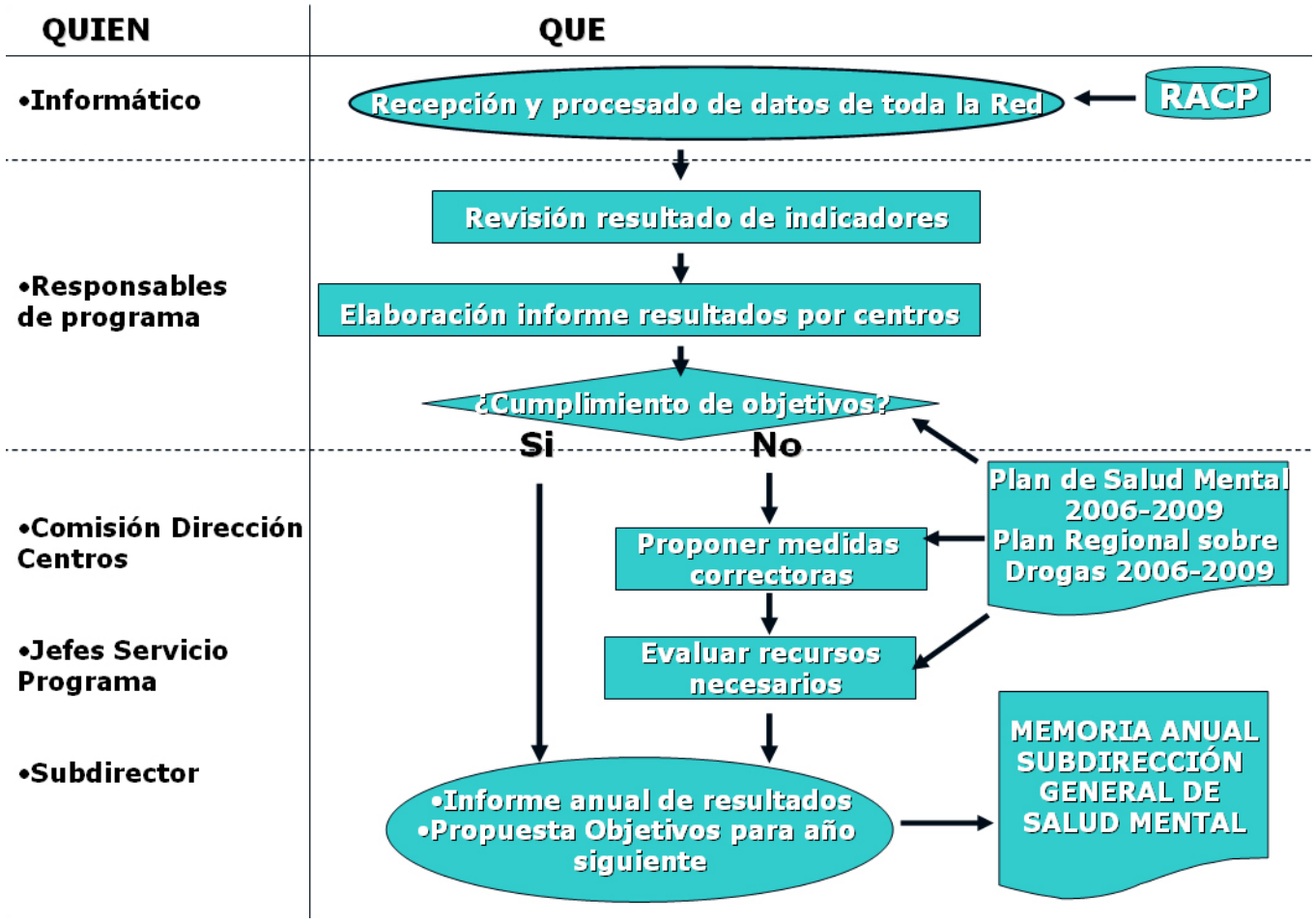
RECURSOS:

Sistemas de información
Gestión de Recursos Humanos
Gestión de Recursos Materiales
Parque Móvil

Proceso: continuidad de cuidados a pacientes con problemas de salud mental

ACTIVIDAD	QUIÉN	CÓMO	CUANDO	REGISTROS DOCUMENTOS
Procesar datos	Informático	-Recogida de datos -Elaboración de tablas resumen de actividad	Mensual	-RACP -Hojas registro protocolo derivación
Elaborar resumen resultados	Responsables: ·P. Drogas ·P.Rehabilitación ·P. Adultos ·P. Infanto-Juv.	-Elabor. resultados indicadores -Valorac.desviación de objetivos -Elabor. informe de resultados por centros	Anual	Resumen de tablas de las diferentes derivaciones como parte de la Memoria de la Actividad Asistencial
Revisar cumplimiento de objetivos	-Subdirector -Jefe de servicio de Programa -Comisión de dirección de Centros	-Discusión resultados de cumplimiento en comisión de dirección -Evaluar recursos necesarios -Proponer medidas correctoras generales	Anual	- Medidas correctoras generales - Listado de objetivos para año siguiente

Proceso: continuidad de cuidados a pacientes con problemas de salud mental



Ficha de proceso: continuidad de cuidados a pacientes con problemas de salud mental

PROPIETARIO:
Jefe de servicio de programas asistenciales y rehabilitación, Jefe de servicio de Drogodependencias.

MISIÓN:
Asegurar la continuidad de cuidados asistenciales en los problemas de Salud Mental y Drogodependencias a los pacientes de la Región de Murcia, desde su atención a nivel ambulatorio y hospitalario, así como su paso a otros recursos asistenciales de la red como son los programas de rehabilitación/reinserción, garantizando su correcto abordaje y orientación de una manera eficaz y eficiente.

ALCANCE:
- Empieza: Cuando un paciente entra en la Red por un problema de salud mental.
- Incluye: La atención requerida en cada caso, en cualquiera de los recursos de la red.
- Termina: Cuando el paciente es dado de alta, o su demanda ha quedado atendida.

ENTRADAS:
Pacientes que necesitan ser atendidos en la Red de Salud Mental

PROVEEDORES:
Pacientes con problemas de S.M.,sus familiares, profesionales de los centros asistenciales y asociaciones e instituciones colaboradoras.

SALIDAS:
Pacientes que son dados de alta o cuya demanda ha sido atendida.

CLIENTES:
Pacientes de la Región de Murcia que necesitan ser atendidos en la red de recursos de salud mental, y sus familiares.

INDICADORES:

1.- % de pacientes que finalizan el proceso de derivación a CSM/CAD
2.- % de pacientes que finalizan el proceso de derivación de CSM/CAD - P. Rehabilitación
3.- % de pacientes que finalizan el proceso de derivación de P. Rehabilitación/Reinserción- C.S.M./C.A.D
4.- % de pacientes que finalizan el proceso de derivación de CAD-U.D.H
5.- % de pacientes que finalizan el proceso de derivación de U.P.H.-C.S.M
6.- % de pacientes que finalizan el proceso de derivación de CSM-U.P.H.
7.- % de pacientes que finalizan el proceso de derivación de U.D.H-Comunidad Terapéutica
8.- % de pacientes que finalizan el proceso de derivación de P. Rehabilitación-U.P.H
9.-% de pacientes que finalizan el proceso de derivación de PRD-CAD
10.- % de pacientes que finalizan el proceso de derivación de C. de Rehabilitación-P. Inserción Socio-Laboral
11.-nº de incorporaciones al mundo laboral.
12.- % de pacientes que son dados de alta en el CSM/CAD pero con seguimiento en atención primaria
13.- % de pacientes que son dados de alta terapéutica en el CSM/CAD

VALIDADO POR:
Subdirección General de Salud Mental .

INSPECCIONES:
Inspección anual

DOCUMENTOS Y/O REGISTROS:
Registro de Citas de los diferentes programas y recursos.
Programa R.A.C.P.
Protocolos de derivación de cada recurso/programa

RECURSOS:
- Humanos: Informático, auxiliar administrativo, responsables de programa de los diferentes recursos , Jefes de servicio y coordinadores de la SGSM, Subdirector.
- Materiales: Programa informático y demás material oficina

Indicador: % de pacientes que finalizan el proceso de derivación a C.S.M./C.A.D.

Definición:
% de pacientes citados por Atención Primaria con patología psiquiátrica (que quedaría incluida en alguno de los siguientes grupos: orgánicos, afectivos, ansiedad, psicóticos y personalidad) que acuden a la primera cita del programa correspondiente del Centro de Salud Mental y Drogodependencias.

Tipo de indicador:
De efectividad.

Fundamento:
Nos permite comprobar la continuidad de cuidados en el paso de los pacientes con enfermedad mental desde Atención Primaria a los CSM-CAD , y comparar entre los centros de las distintas áreas sanitarias.
Es efectivo para detectar oportunidades de mejora.

Población del indicador:
Criterios de inclusión: Todo paciente con patología mental citado por Atención Primaria con día y hora en el Centro de Salud Mental/CAD correspondiente.

Datos a recoger:
Nº total de pacientes derivados desde programa mostrador de Atención Primaria a los Centros de Salud Mental/Drogas.
Nº total de pacientes que han acudido a la cita en el CSM/CAD correspondiente durante ese año.

Estándares disponibles:
Media: comparación por centros respecto a la media del programa.

Periodicidad:
Anual.

Indicador: % de pacientes que finalizan el proceso de derivación de C.S.M./C.A.D. - p.rehabilitación

Definición:
% de pacientes con Trastorno Mental Grave[1] y/o problemas de drogodependencias con escasa o nula integración socio-familiar y laboral que se encuentran en tratamiento en los CSM/CAD y que acuden a la primera cita del programa correspondiente de Rehabilitación.

Tipo de indicador:
De efectividad.

Fundamento:
Nos permite comprobar la continuidad de cuidados en el paso de los pacientes desde el CSM/CAD a los P. de Rehabilitación, para dotar o potenciar habilidades físicas, emocionales, intelectuales y sociales.
Es efectivo para detectar oportunidades de mejora.

Población del indicador:
Criterios de inclusión: Todo paciente de los CSM/CAD con Trastorno Mental Grave y/o problemas de drogodependencias que es citado en el Centro de Rehabilitación correspondiente.

Datos a recoger:
·Nº total de pacientes con TMG derivados desde el CSM al C. de Rehabilitación
·Nº total de pacientes con TMG que han acudido a la cita en el P. Rehabilitación correspondiente durante ese año.

Estándares disponibles:
Media: comparación por centros respecto a la media del programa.

Periodicidad:
Anual.

Indicador: % de pacientes que finalizan el proceso de derivación de p.rehabilitación/reinserción - C.S.M./C.A.D.

Definición:
% de pacientes con TMG o drogodependencias en Programas de Rehabilitación-Reinserción que son derivados a su CSM/CAD de referencia.

Tipo de indicador:
De efectividad.

Fundamento:
Mide la efectividad del proceso de derivación de los pacientes de los Programas de Rehabilitación-Reinserción a los CSM/CAD.

Población del indicador:
% de pacientes de los Programas de Rehabilitación-Reinserción que son derivados para atención ambulatoria en su CSM/CAD

Datos a recoger:
1.- Nº de pacientes con problemas de salud mental/drogas que son derivado desde los P. De Rehabilitación-Reinserción al CSM/CAD
2.- Nº de pacientes derivado de los C. de Rehabilitación-Reinserción que acuden a la cita en el CSM/CAD ese año.

Estándares disponibles:
Patrones de años anteriores
Media: comparación por centros respecto a la media del programa

Periodicidad:
Anual.

Indicador: % de pacientes que finalizan el proceso de derivación de C.A.D- U.D.H.

Definición:
% de pacientes con problemas de drogodependencias citados por los CAD que acuden a la primera cita para ingreso la Unidad correspondiente de Desintoxicación Hospitalaria.

Tipo de indicador:
De efectividad

Fundamento:
Nos permite comprobar la continuidad de cuidados en el paso de los pacientes del CAD con problemas de drogodependencias que se encuentran en alguna de las situaciones siguientes:

- Policonsumo
- Patología orgánica grave
- No soporte psicosocial
- Fracaso de intentos ambulatorios previos Fracaso de intentos ambulatorios previos y que necesitan ingreso en la Unidad Hospitalaria de Desintoxicación.
- Ingreso programado en Comunidad Terapéutica

Es efectivo para detectar oportunidades de mejora

Población del indicador:
Criterios de inclusión: Todo paciente de los CAD que es citado en la U.D.H. correspondiente.

Datos a recoger:
·Nº total de pacientes derivados desde el CAD a la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria
·Nº total de pacientes que han acudido a la cita de la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria correspondiente durante ese año.

Estándares disponibles:
Patrones de años anteriores.
Media: comparación por centros respecto a la media del programa.

•Periodicidad:
Anual

Indicador: % de pacientes que finalizan el proceso de derivación de U.P.H. - C.S.M.

Definición:
% de pacientes con TMG que ha sido tratado en la U.P.H.y que al alta hospitalaria es derivado a su CSM de referencia

Tipo de indicador:
De efectividad.

Fundamento:
Mide la efectividad del proceso de derivación desde el alta de la U.P.H. hasta el CSM.

Población del indicador:
Pacientes con TMG que debido a la aparición o re-agudización de su enfermedad han sido ingresados en la U.P.H. y tras su estabilización deben continuar seguimiento en su CSM de referencia.

Datos a recoger:
-Nº de pacientes con TMG que es dado de alta de la U.P.H. y es derivado al CSM
-Nº de pacientes derivados de la U.P.H. que acude a la cita en el CSM ese año.

Estándares disponibles:
Patrones de años anteriores

Periodicidad:
Anual

Indicador: % de pacientes que finalizan el proceso de derivación de C.S.M. - U.P.H.

Definición:
% de pacientes con TMG en CSM que sufre una agudización de su enfermedad y es ingresado en la U.P.H.

Tipo de indicador:
De efectividad.

Fundamento:
Mide la efectividad del proceso de hospitalización en la U.P.H.

Población del indicador:
Pacientes con TMG y en tratamiento en el CSM, que sufren una agudización o crisis de su enfermedad y requieren ingreso en la U.P.H. dado que no pueden ser tratados en la comunidad.

Datos a recoger:
- Nº de pacientes del CSM con TMG que padece un agravamiento de su enfermedad psiquiátrica y es derivado a la U.P.H.
- Nº de pacientes del CSM con TMG que es ingresado en la U.P.H durante ese año.

Estándares disponibles:
Patrones de años anteriores

Periodicidad:
Anual.

Indicador: % de pacientes que finalizan el proceso de derivación de U.D.H. - Comunidad terapéutica

Definición:
% de pacientes con problemas de drogodependencias ingresados en la U.D.H y que al alta acuden a cita para ingreso en Comunidad Terapéutica.

Tipo de indicador:
De efectividad.

Fundamento:
Nos permite comprobar la continuidad de cuidados en el paso de los pacientes con problemas de drogodependencias desde la U.D.H. donde se han sometido a un programa de desintoxicación, a la Comunidad Terapéutica, debido a que por sus características necesitan alejamiento permanente del entorno sociofamiliar .
Es efectivo para detectar oportunidades de mejora.

Población del indicador:
Criterios de inclusión: Todo paciente que ingresa en la U.D.H. y al alta es derivado a una Comunidad Terapéutica.

Datos a recoger:
- Nº total de pacientes que al alta desde la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria son derivados a Comunidad Terapéutica.
- Nº total de pacientes que han acudido a la cita de Comunidad Terapéutica correspondiente durante ese año.

Estándares disponibles:
Patrones de años anteriores.

Periodicidad:
Anual.

Indicador: % de pacientes que finalizan el proceso de derivación de p. rehabilitación - U.P.H.

Definición:
% de pacientes con TMG en Programas de Rehabilitación-Reinserción que sufre una agudización de su enfermedad y es ingresado en la U.P.H.

Tipo de indicador:
De efectividad.

Fundamento:
Mide la efectividad del proceso de derivación de los pacientes de los Programas de Rehabilitación-Reinserción a la U.P.H.

Población del indicador:
Pacientes con TMG en P de Rehabilitación , que sufren una agudización o crisis de su enfermedad y requieren ingreso en la U.P.H. dado que no pueden ser tratados en los centros ambulatorios.

Datos a recoger:
- Nº de pacientes los Centros de Rehabilitación con TMG que padece un agravamiento de su enfermedad psiquiátrica y es derivado a la U.P.H.
- Nº de pacientes de los Centros de Rehabilitación con TMG que es ingresado en la U.P.H.

Estándares disponibles:
Media: comparación por centros respecto a la media del programa.

Periodicidad:
Anual.

Indicador: % De pacientes que finalizan el proceso de derivación de PRD-CAD

Definición:
% de pacientes del Programa de Reducción de Daños que acuden a la primera cita del programa correspondiente del Centro de Drogodependencias.

Tipo de indicador:
De efectividad.

Fundamento:
Nos permite comprobar la continuidad de cuidados en el paso de los pacientes desde el PRD, que es un bajo umbral, al CAD.
Es efectivo para detectar oportunidades de mejora y normalización de pacientes que se encontraban fuera de la red sanitaria.

Población del indicador:
Criterios de inclusión: Todo paciente del PRD que es citado en el CAD correspondiente.

Datos a recoger:
· Nº total de pacientes derivados desde el PRD al CAD
· Nº total de pacientes que han acudido a la cita en el CAD correspondiente durante ese año.

Estándares disponibles:
Patrones de años anteriores.

Periodicidad:
Anual

Indicador: % De pacientes que finalizan el proceso de derivación de c. De rehabilitación-p. Inserción socio-laboral

Definición:
% de pacientes con TMG y/o Drogodependencias citados por los C. de Rehabilitación que acuden a la primera cita del programa correspondiente de Inserción Socio-Laboral

Tipo de indicador:
De efectividad.

Fundamento:
Nos permite comprobar la continuidad de cuidados en el paso de los pacientes con TMG y/o Drogodependencias desde el C. de Rehabilitación al P. de Inserción Socio-Laboral, donde adquieren habilidades para incorporarse al mundo laboral.
Es efectivo para detectar oportunidades de mejora.

Población del indicador:
Criterios de inclusión: Todo paciente con TMG y/o Drogodependencias del Centro de Rehabilitación que es citado en el P. de Inserción Socio-Laboral correspondiente.

Datos a recoger:
- Nº total de pacientes con TMG y/o Drogodependencias derivados desde el C. de Rehabilitación al P. de Inserción Socio-laboral.
- Nº total de pacientes con TMG y/o Drogodependencias que han acudido a la cita en el P. de Inserción Socio-Laboral correspondiente durante ese año.

Estándares disponibles:
Media: comparación por centros respecto a la media del programa.

Periodicidad:
Anual.

Indicador: Nº de incorporaciones al mundo laboral.

Definición:
% de pacientes en programa de Inserción Laboral que ha conseguido un contrato de trabajo.

Tipo de indicador:
De efectividad.

Fundamento:
Mide la efectividad del proceso de rehabilitación.

Población del indicador:
Criterios de inclusión: Pacientes en programa de Inserción Laboral
Criterios de exclusión: Pacientes en Programa de Rehabilitación

Datos a recoger:
Registro del Programa de Inserción Laboral
Registro del Programa de Seguimiento.

Estándares disponibles:
Patrones de años anteriores

Periodicidad:
Anual.

Indicador: % De pacientes que son dados de alta en el CSM/CAD pero con seguimiento en atención primaria.

Definición:
% de pacientes que han permanecido en tratamiento en el CSM/CAD y que son dados de alta para seguimiento por Atención Primaria

Tipo de indicador:
De efectividad.

Fundamento:
Nos permite comprobar la continuidad de cuidados de los pacientes en tratamiento en los CSM/CAD.

Población del indicador:
Criterios de inclusión: Todo paciente en tratamiento en el CSM/CAD que es dado de alta con seguimiento por Atención Primaria.

Datos a recoger:
Nº total de pacientes en tratamiento en un año.
Nº total de altas en un año.
Nº total de altas con seguimiento en A.P. en un año.

Estándares disponibles:
Patrones de años anteriores.
Media: comparación por centros

Periodicidad:
Anual.

Indicador: % De pacientes que son dados de alta terapeútica en el CSM/CAD.

Definición:
% de pacientes que han permanecido en tratamiento en el CSM/CAD y que son dados de alta terapéutica.

Tipo de indicador:
De efectividad.

Fundamento:
Nos permite comprobar la continuidad de cuidados de los pacientes en tratamiento en los CSM/CAD.

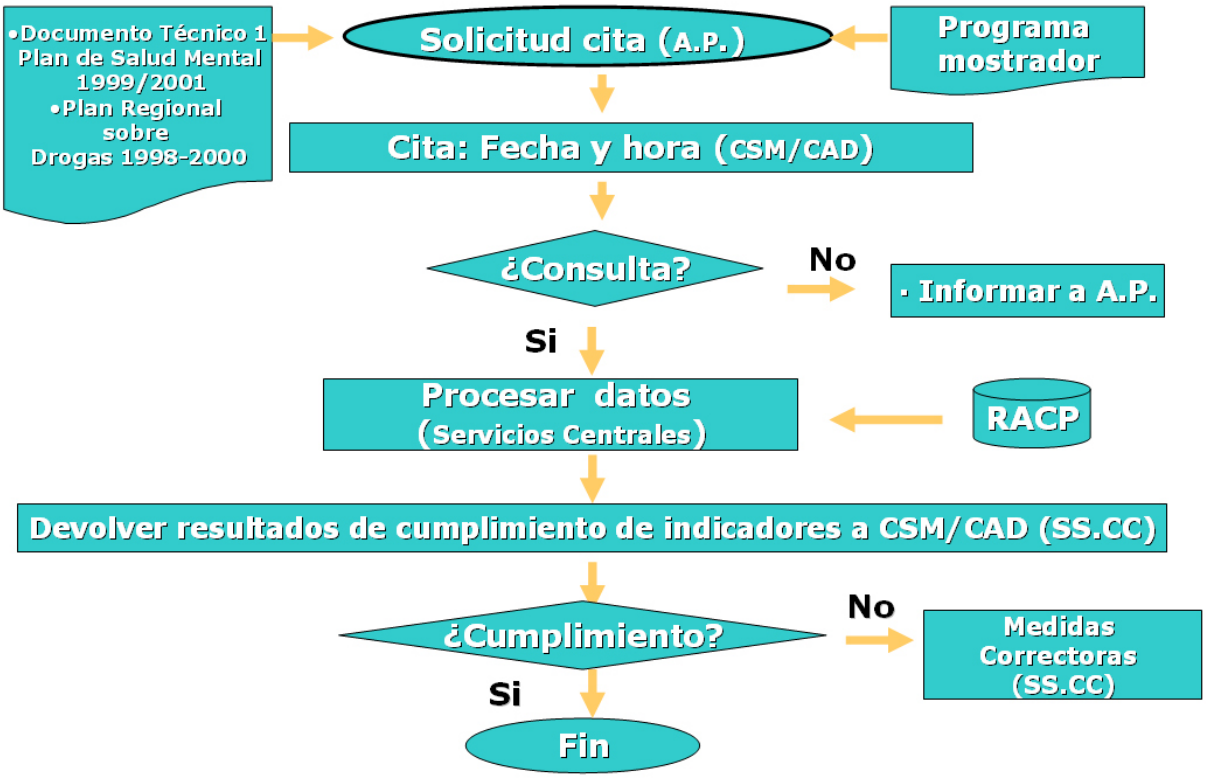
Población del indicador:
Criterios de inclusión: Todo paciente en tratamiento en el CSM/CAD que es dado de alta terapéutica.

Datos a recoger:
Nº total de pacientes en tratamiento en un año.
Nº total de altas en un año
Nº total de altas terapéuticas en un año.

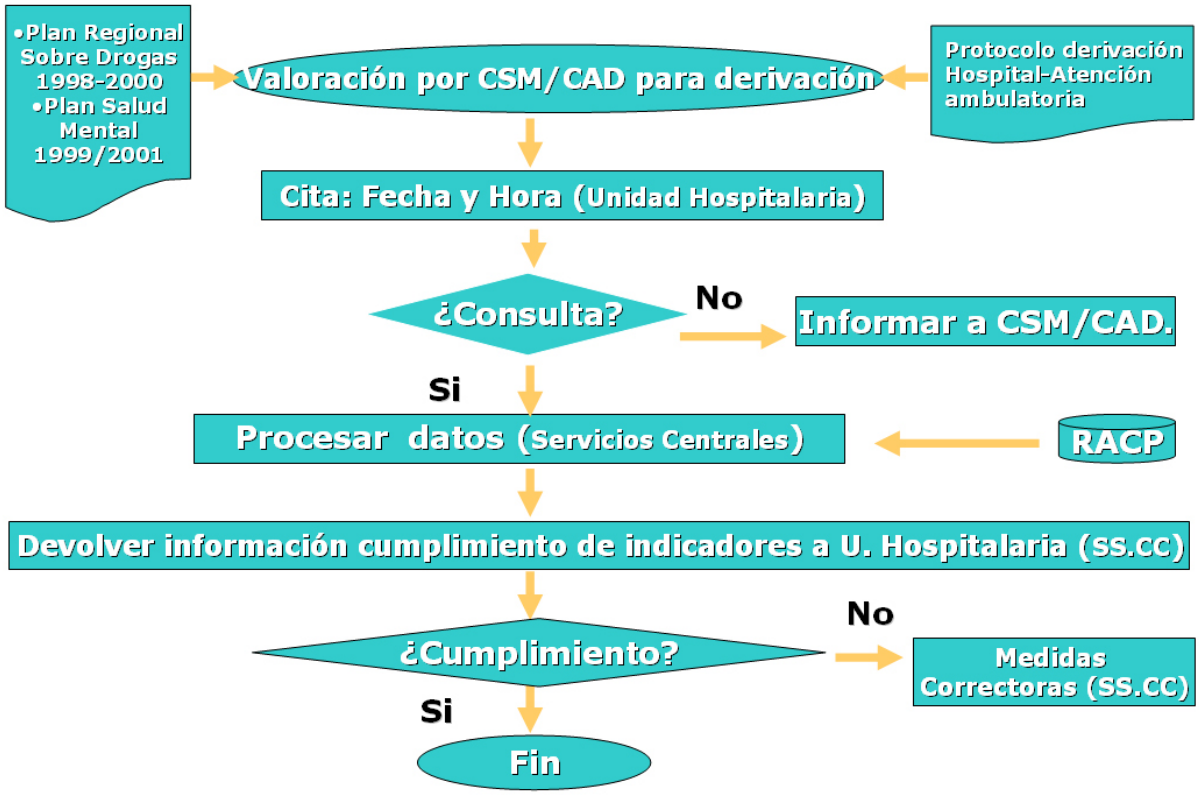
Estándares disponibles:
Patrones de años anteriores.
Media: comparación por centros

Periodicidad:
Anual

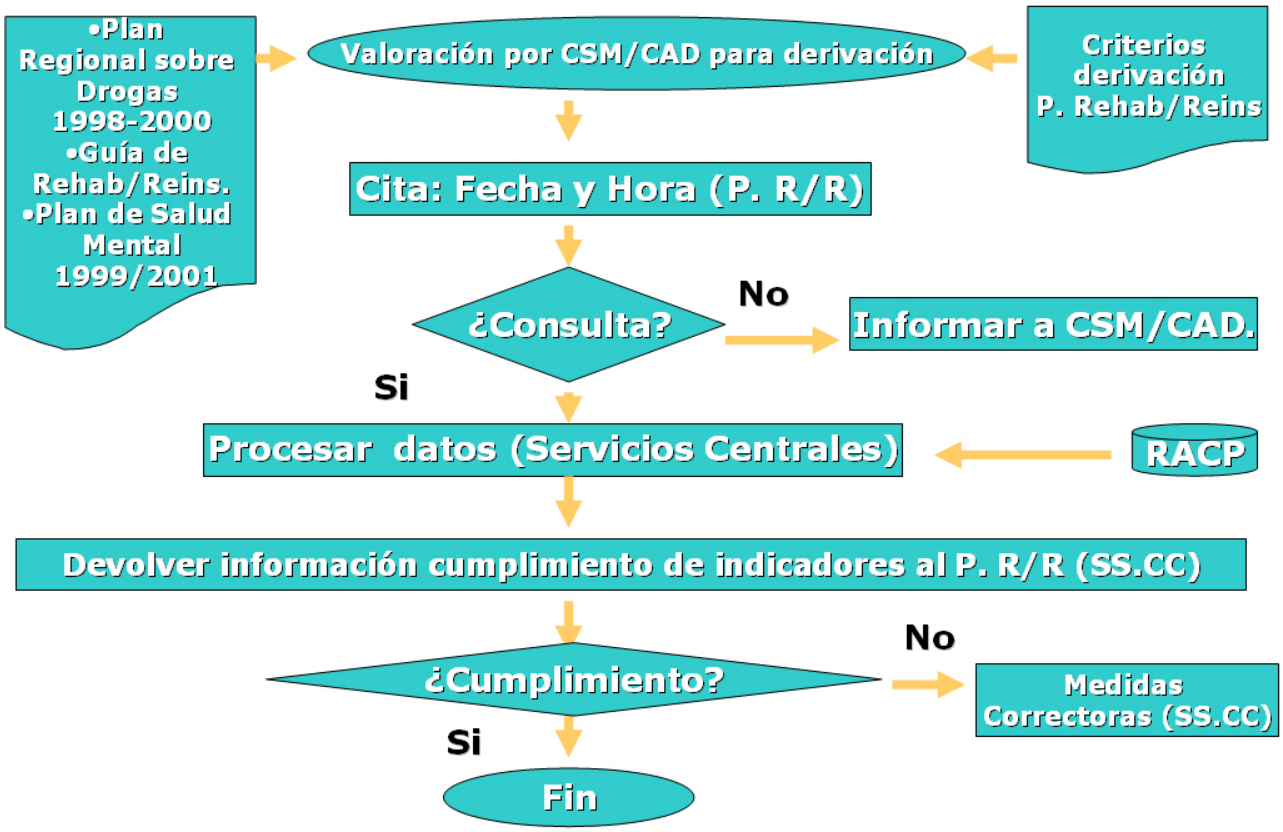
Derivación A.P. - CSM/CAD



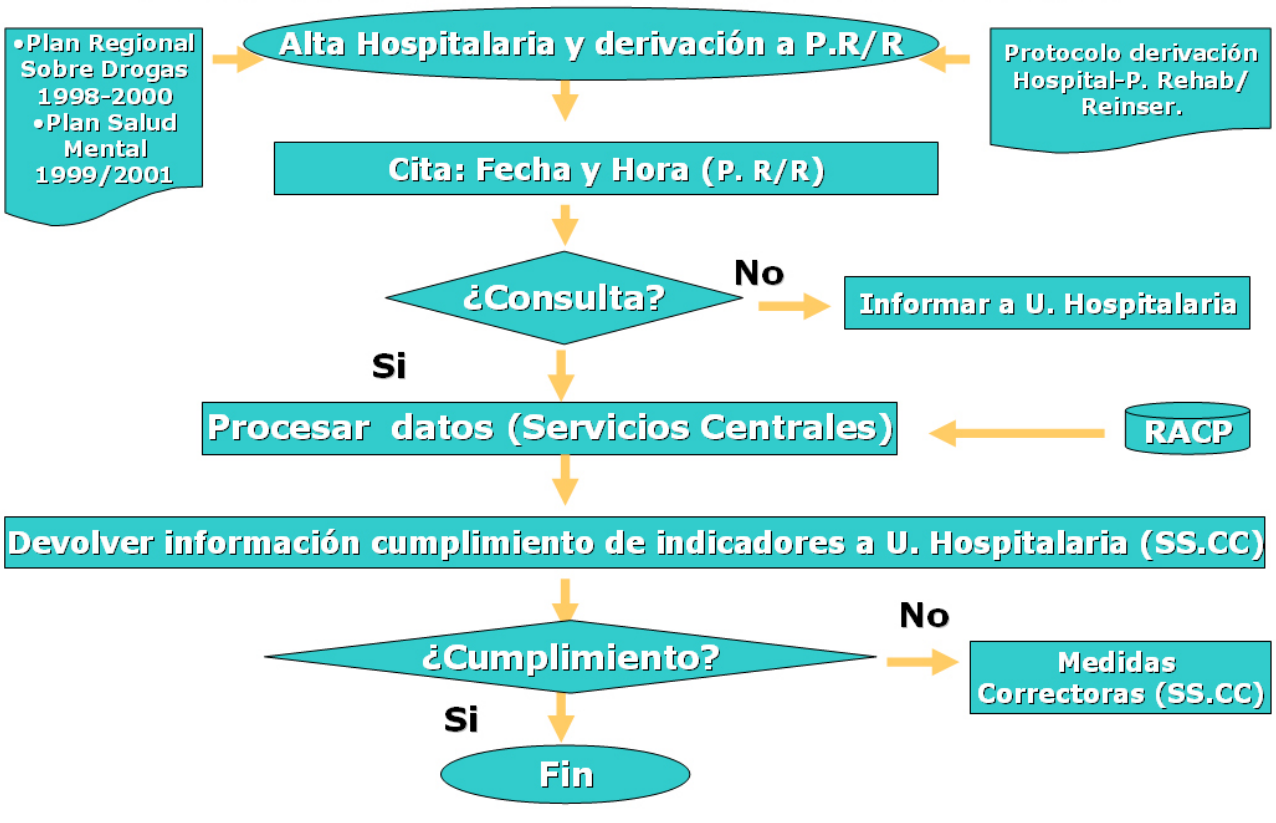
Derivación CSM/CAD - Atención Hospitalaria



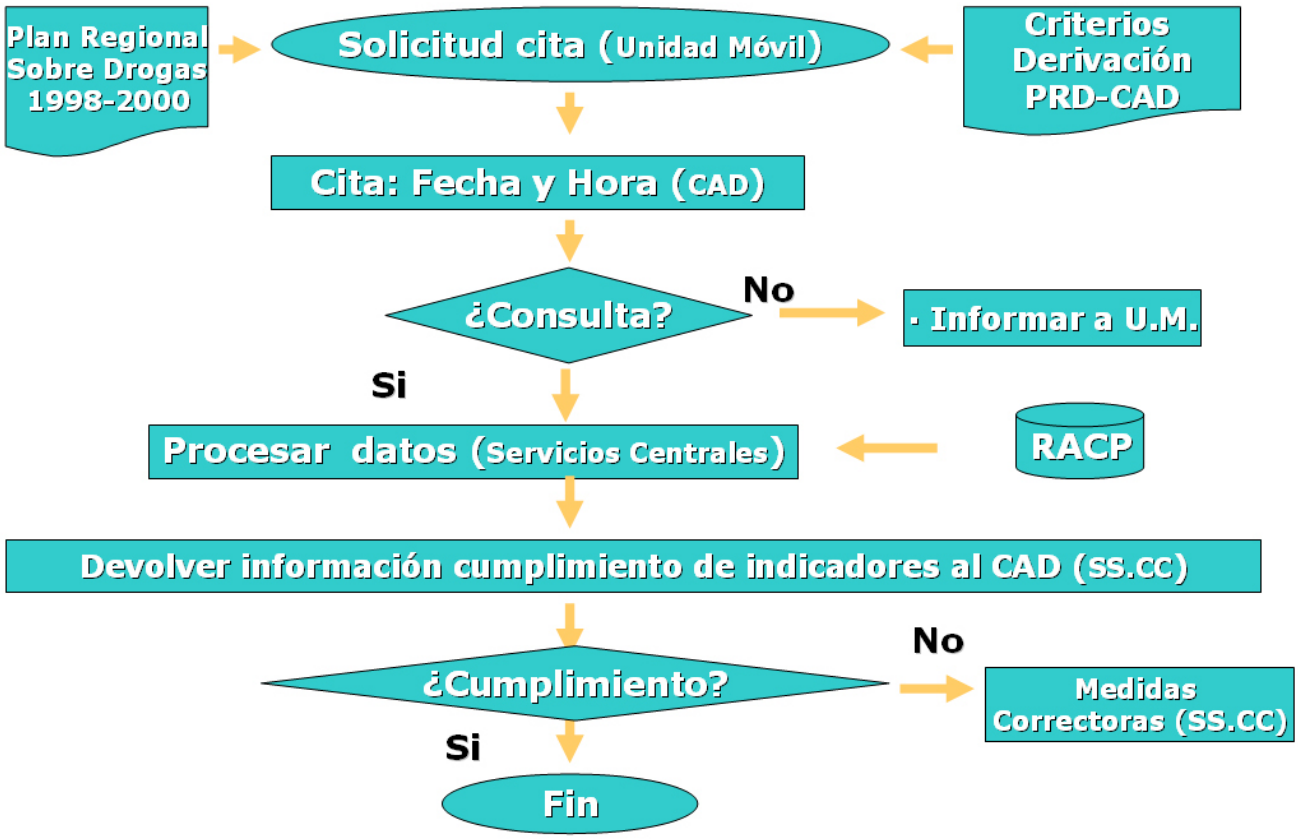
Derivación CSM/CAD - P. Rehabilitación / Reinserción



Derivación U. Hospitalaria - P. Rehabilitación / Reinserción



Derivación PRD-CAD



PROCESOS
4.15.- DIRECCIÓN GENERAL RÉGIMEN ECONÓMICO Y PRESTACIONES DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

PROCESOS

4.15.1. Conciertos del S.M.S. con centros privados

Ficha del proceso: conciertos del S.M.S. con centros privados

DEFINICION

Realizar Y Gestionar CONCIERTOS / CONTRATOS para responder a las necesidades de los Centros Públicos y usuarios del SMS

INICIO DEL PROCESO

- Cuando la demanda a los Centros Públicos es superior a su capacidad de respuesta
- Cuando los recursos de los Centros Públicos son insuficientes.
- Cuando en el Sistema Público no cuenta con prestaciones de las incluías en el RD 63/95

FINAL DEL PROCESO

- Cuando ha sido resuelta la necesidad del paciente y / o Centro Sanitario demandante
- Facturación de la actividad realizada por el Centro Concertado

SUBPROCESOS

Cada Contrato que se realiza, según la oferta que puede cubrir el centro privado:

1. Agudos (Hospitalización)
2. Crónicos (H. Media y Larga estancia)
3. Procesos Quirúrgicos (CMA, Cirugía Menor Ambulatoria,)
4. Pruebas Diagnósticas
5. Tratamientos Ambulatorios (Rehabilitación, Cámara Hiperbárica, Diálisis, Radioterapia, Reproducción Asistida)
6. Tratamientos Domiciliarios (Terapia respiratoria)
7. Urgencias
8. Transporte Sanitario

- Propuesta de Asistencia Sanitaria por una demanda
- Seguimiento y Control Sanitario (Calidad)
- Circuito Administrativo: Autorización y Facturación

PROVEEDORES

- Centros Públicos
- Usuario SMS que cumplan los criterios de adecuación de asistencia y los tiempos máximos establecidos en demora de atención

CLIENTES

- USUARIOS del SMS en lista de espera de Hospitales / Centros de Salud de la red sanitaria del SMS
- Hospitales/ Centros Públicos y Concertados

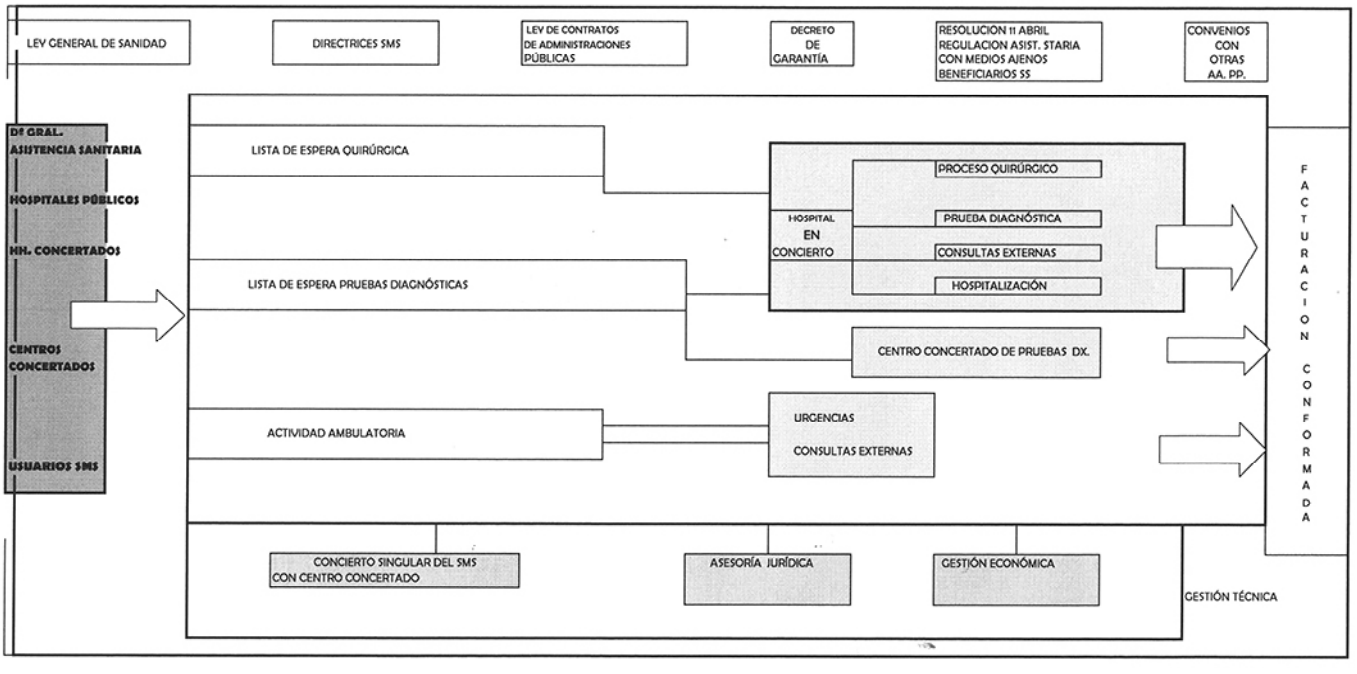
GUÍAS Y RECURSOS

- Ley General de Sanidad
- Ley de Contratos de Administraciones Públicas
- Ley de Cohesión y Calidad (16/2003)
- Resolución 11 abril 1980 sobre Regulación de Asistencia Sanitaria con medios ajenos a los beneficiarios de la Seguridad Social
- Real Decreto 605/2003, Gestión de Listas de Espera.
- Decreto de Garantía Asistencial nº25/ 2006 de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia
- Centros Concertados
- Sistema de Información para seguimiento
- Visitas a Centros Concertados
- Circuito Económico para evaluación
- Circuito Técnico (Por hacer)

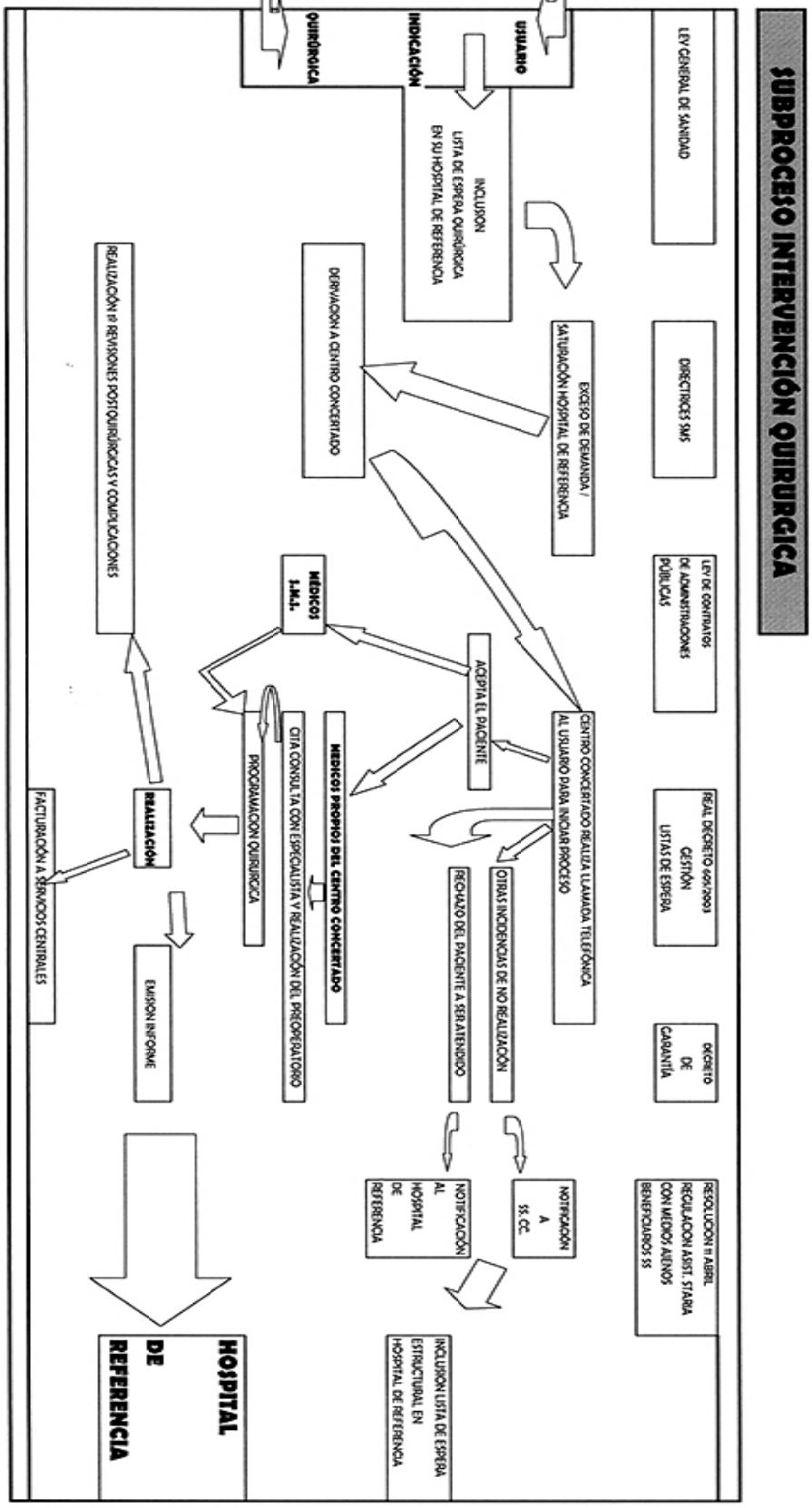
INDICADORES

- **INDICADORES GLOBALES:** Nº atenciones / centro concertado y Coste
- **INDICADORES ESPECÍFICOS:**
  - Transporte Sanitario
  - Cumplimiento de Características Técnico-Sanitarias de las ambulancias
  - Cumplimiento de DEMORAS MÁXIMAS Y MÍNIMAS admisibles según convenio
  - Incidencias registradas :
  - Reclamaciones ↓180 (referencia año 2005) *deficiencias en el trato humano y profesional dispensado por la dotación del vehículo hacia el paciente o su entorno
- **HABILITAS (Rehabilitación):** Condiciones de prescripciones técnicas del contrato
  1. Días de demora en la citación
  2. Días de demora en el inicio de tratamiento
  3. % Adecuación tratamiento / Prescripción
  4. % informes realizados tras finalización de tratamiento
  5. Nº reclamaciones
- **EURUS(Terapia Respiratoria Domiciliaria):** Condiciones de prescripciones técnicas del contrato
  1. % Acude la empresa en las primeras 24 horas de recibir el aviso
  2. Nº Reclamaciones
- **EFIGIE(Radiodiagnóstico):** Condiciones de prescripciones técnicas del contrato
  1. % Incidencias
  2. Nº Pruebas realizadas sin informar
- **PROCESOS QUIRÚRGICOS**
  1. % complicaciones registradas
  2. % reclamaciones
  3. Cumplimiento del convenio
  4. % Rechazo de Atención por parte del Usuario al centro Concertado
- **DIÁLISIS**
  1. % Incidencias
  2. % Reclamaciones
  3. Cumplimiento Pliego
- **CAMARA HIPERBÁRICA**
  1. % Incidencias
  2. % Reclamaciones

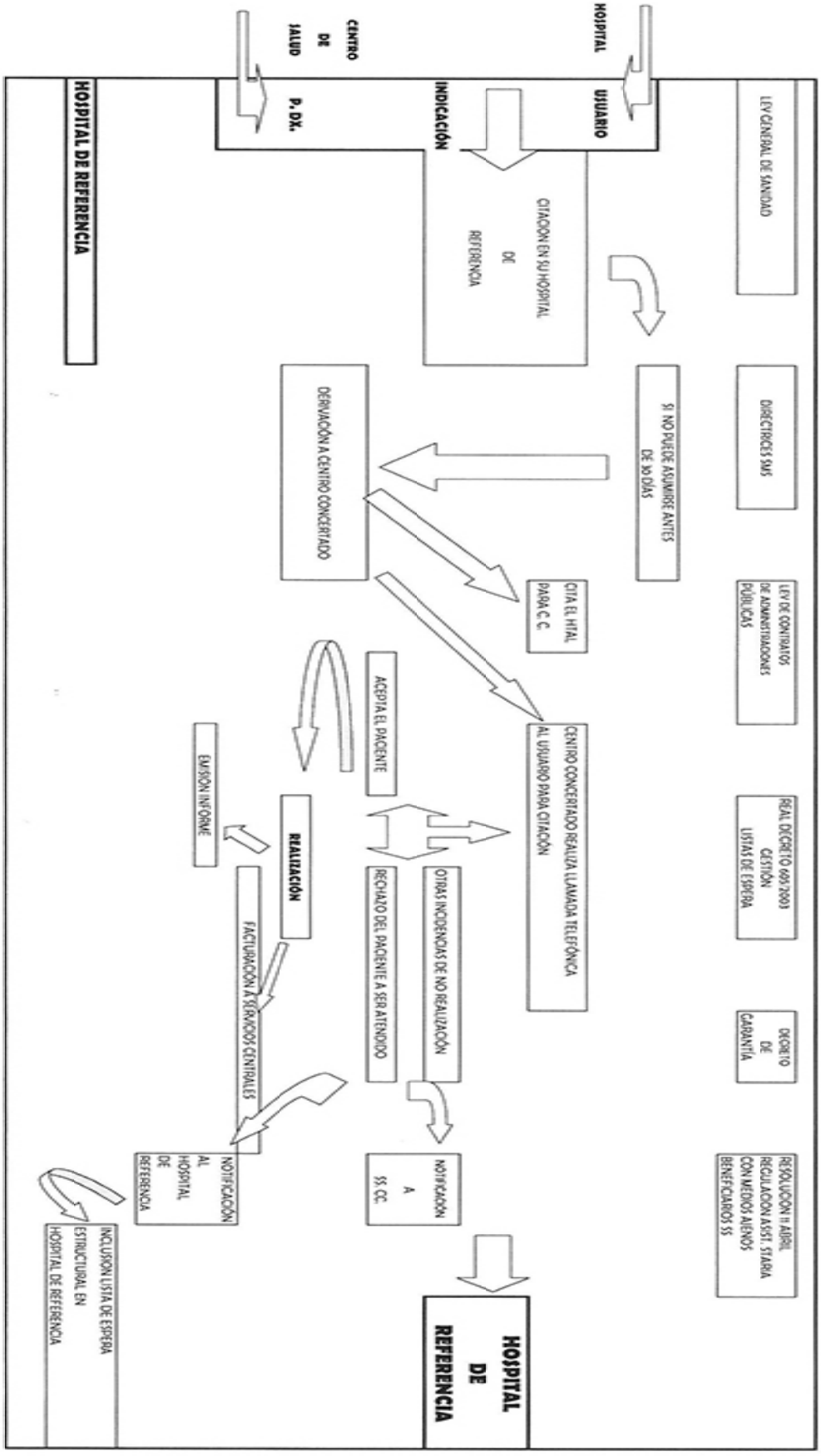
Proceso: Conciertos SMS con centros privados



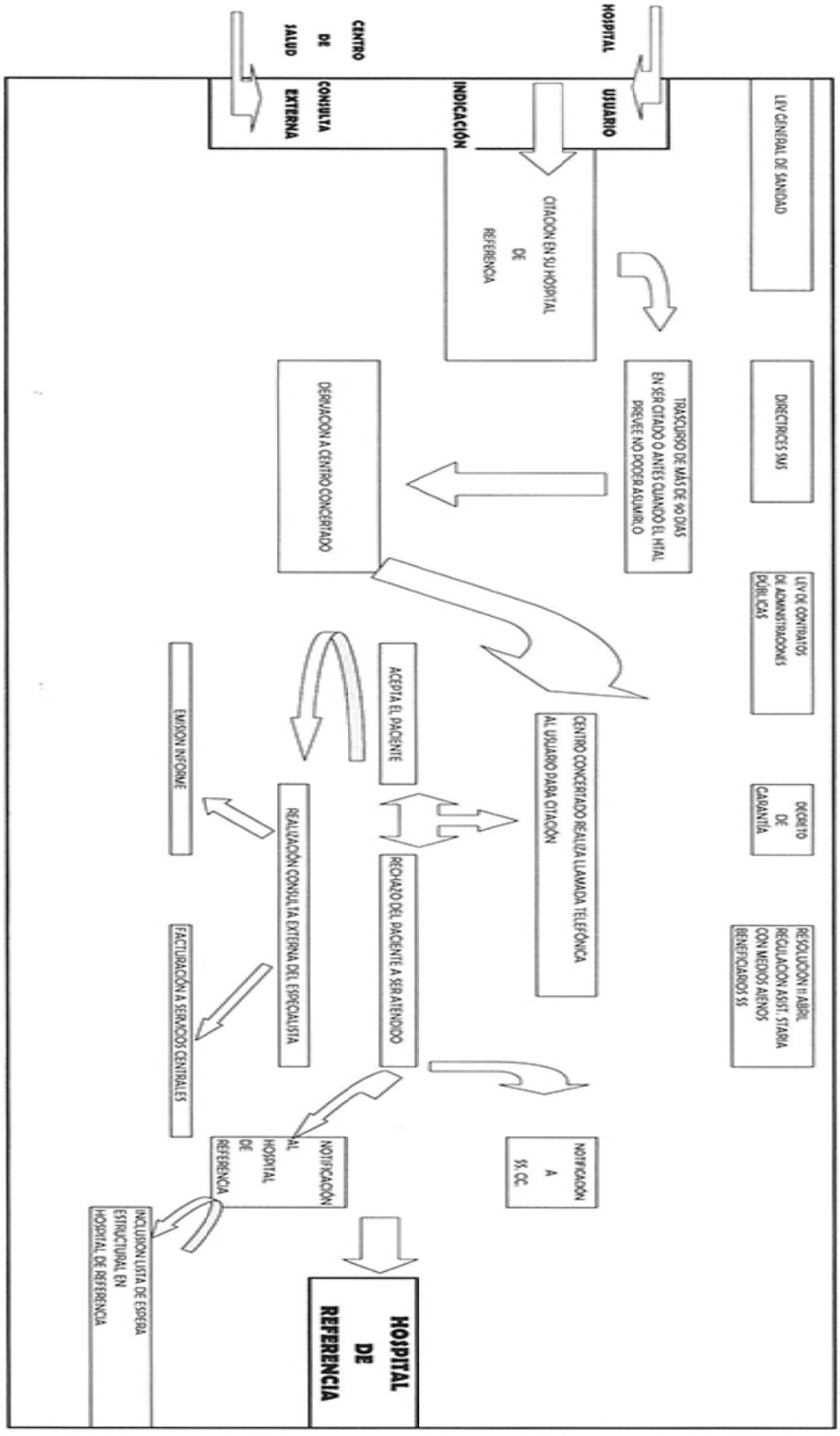
Subproceso: Intervención Quirúrgica



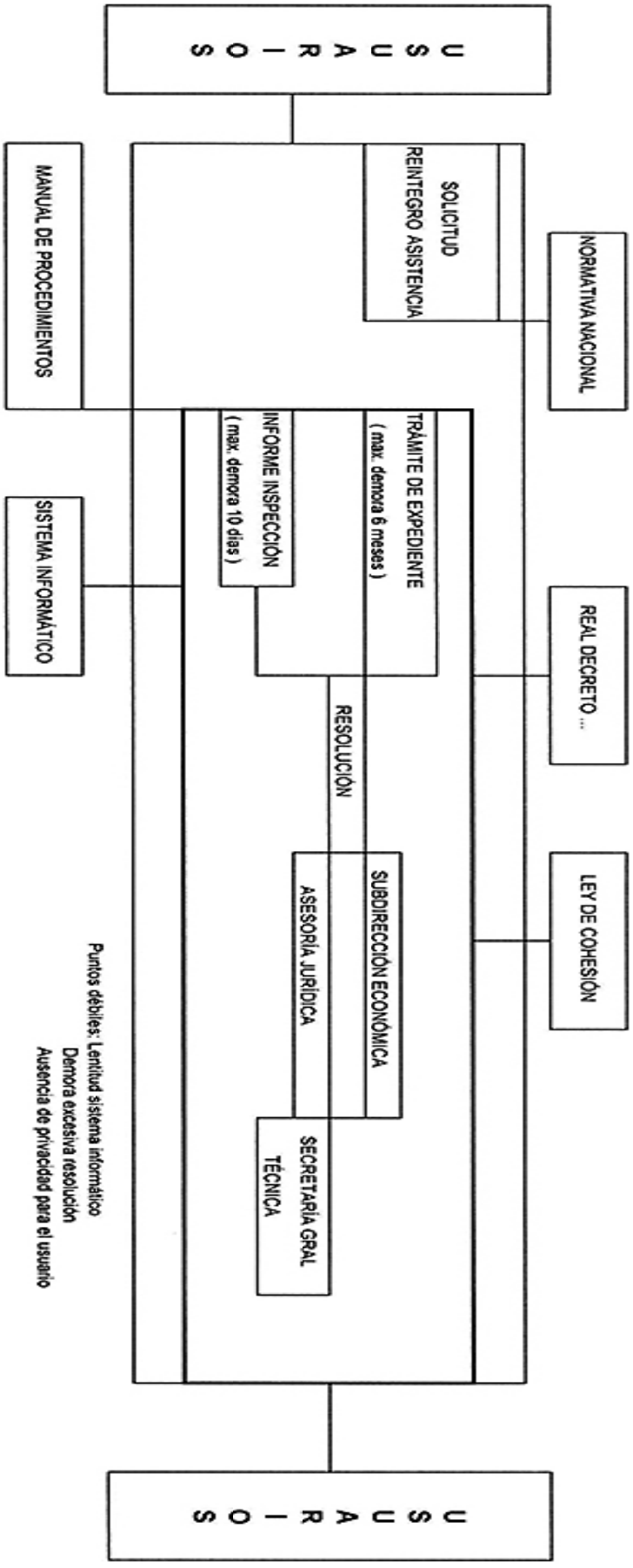
Subproceso: Prueba Diagnóstica



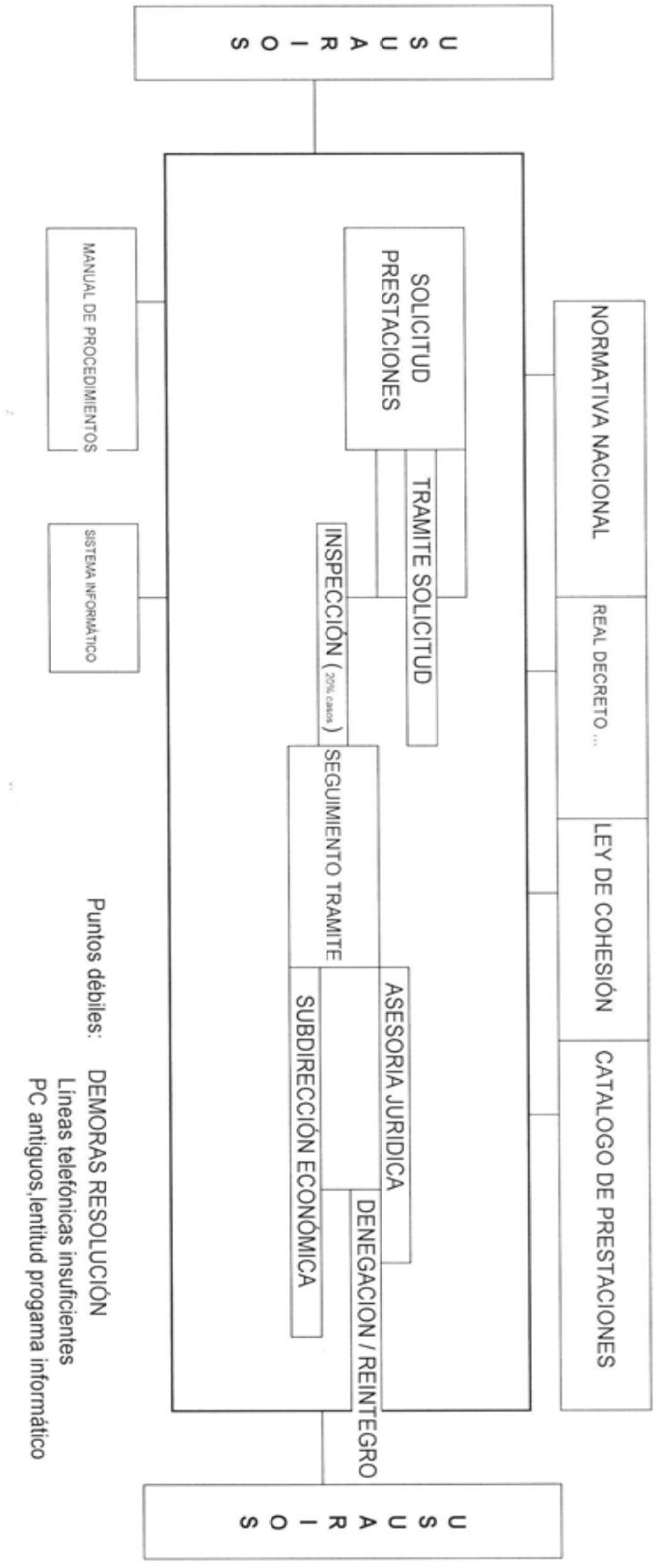
Subproceso: Actividad Ambulatoria



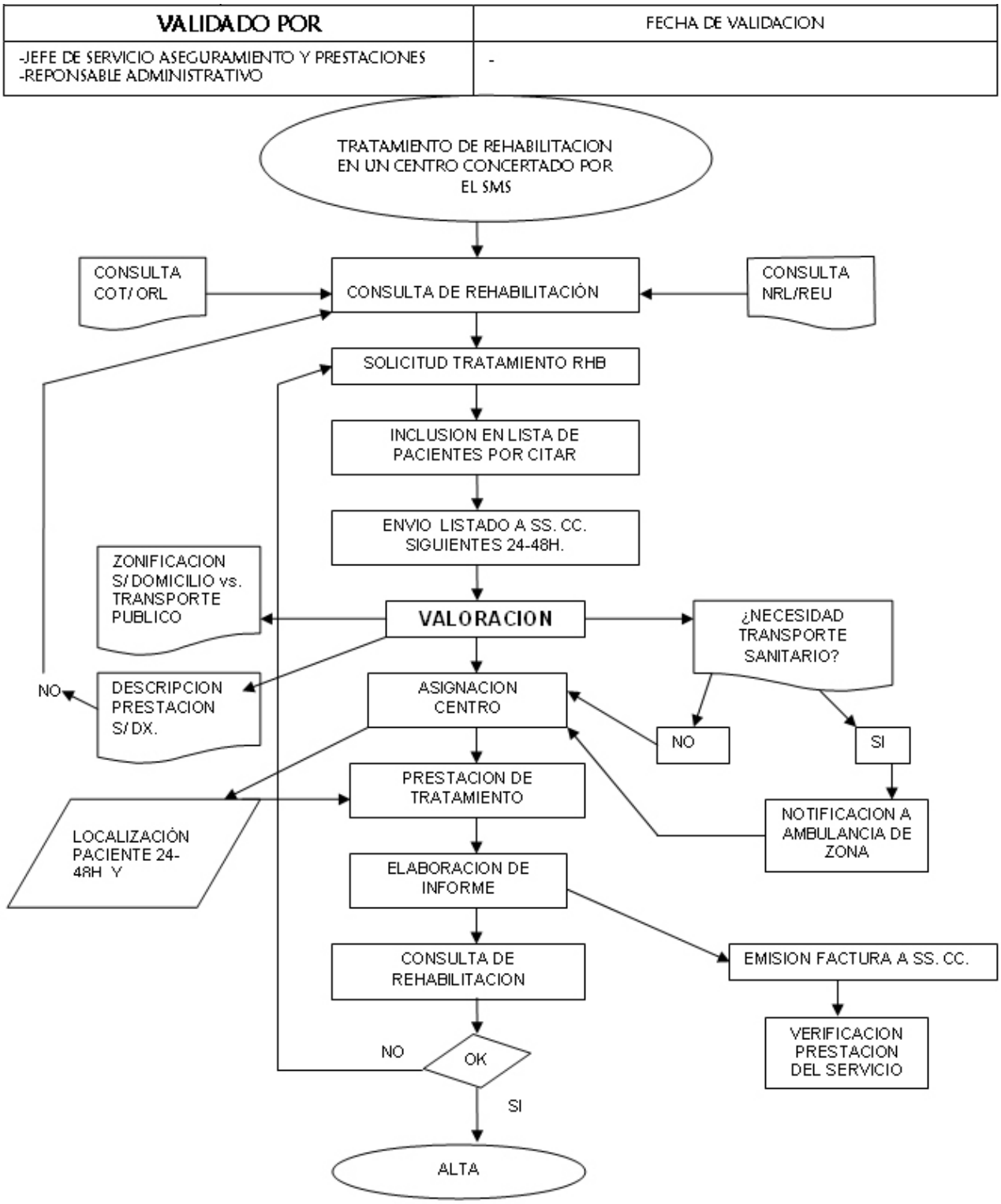
Subproceso: Reintegro gastos



Subproceso: Material ortoprotésico



Flujograma: Tratamiento de rehabilitación en centro concertado



PROCESOS
4.16.- DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

PROCESOS

4.16.1. Contratos de gestión

SERVICIO MURCIANO DE SALUD

PROCESO	TIPO
CONTRATO DE GESTIÓN	*ESTRATÉGICO*

DEFINICIÓN

Proceso de diseño, monitorización, evaluación y cierre del cumplimiento de los Contratos de Gestión del SMS con sus Gerencias de Atención Primaria y Especializada, en el que se establecen los indicadores de actividad, económicos y de calidad necesarios para asegurar una asistencia adecuada a las necesidades de la población al precio establecido.

RESPONSABLE DE PROCESO

CLIENTES

INTERNOS	EXTERNOS
Gerencias de Atención Primaria Gerencias de Atención Especializada Gerencia del SMS Consejería de Sanidad	Usuarios. Grupos y corporaciones sociales. Centros Concertados. Hacienda Trabajo y política social. Gobierno Regional.

ACTIVIDADES O SUBPROCESOS

- Diseño y firma de los contratos de Gestión.
  - Análisis de la demanda asistencial en función de los datos históricos.
  - Estudio de los compromisos en relación con financiación, calidad y actividad (Plan de Salud, Plan Estratégico …).
  - Revisión Cartera de Servicios.
  - Análisis de plantillas.
  - Estudio de la capacidad máxima de las diferentes Gerencias.
  - Estudio de los presupuestos y nuevas acciones delimitadas por las diferentes Gerencias para el siguiente ejercicio.
  - Análisis conjunto SMS.
  - Ponderación incentivos.
  - Envío de borrador y discusión preliminar con las Gerencias.
  - Firma de los Pactos de Gestión.
- Control de los contratos de Gestión:
  - Seguimiento mensual de indicadores.
  - Reunión trimestral individual con las Gerencias
  - Reunión semestral general.
- Evaluación y cierre del cumplimiento:
  - Análisis de indicadores y ajuste al pacto.
  - Ponderación del cumplimiento.
  - Propuesta de reparto de incentivos.
  - Comunicación a las Gerencias

Inicio del proceso	**Fin del proceso**
Diseño del Contrato de Gestión	Cierre de los Contratos de Gestión.

SERVICIO MURCIANO DE SALUD

PROCESO	TIPO
CONTRATO DE GESTIÓN	*ESTRATÉGICO*

ENTRADAS
- Contratos de Gestión ejercicio previo.
- Datos Históricos.
- Presupuestos.
- Grupos de trabajo.

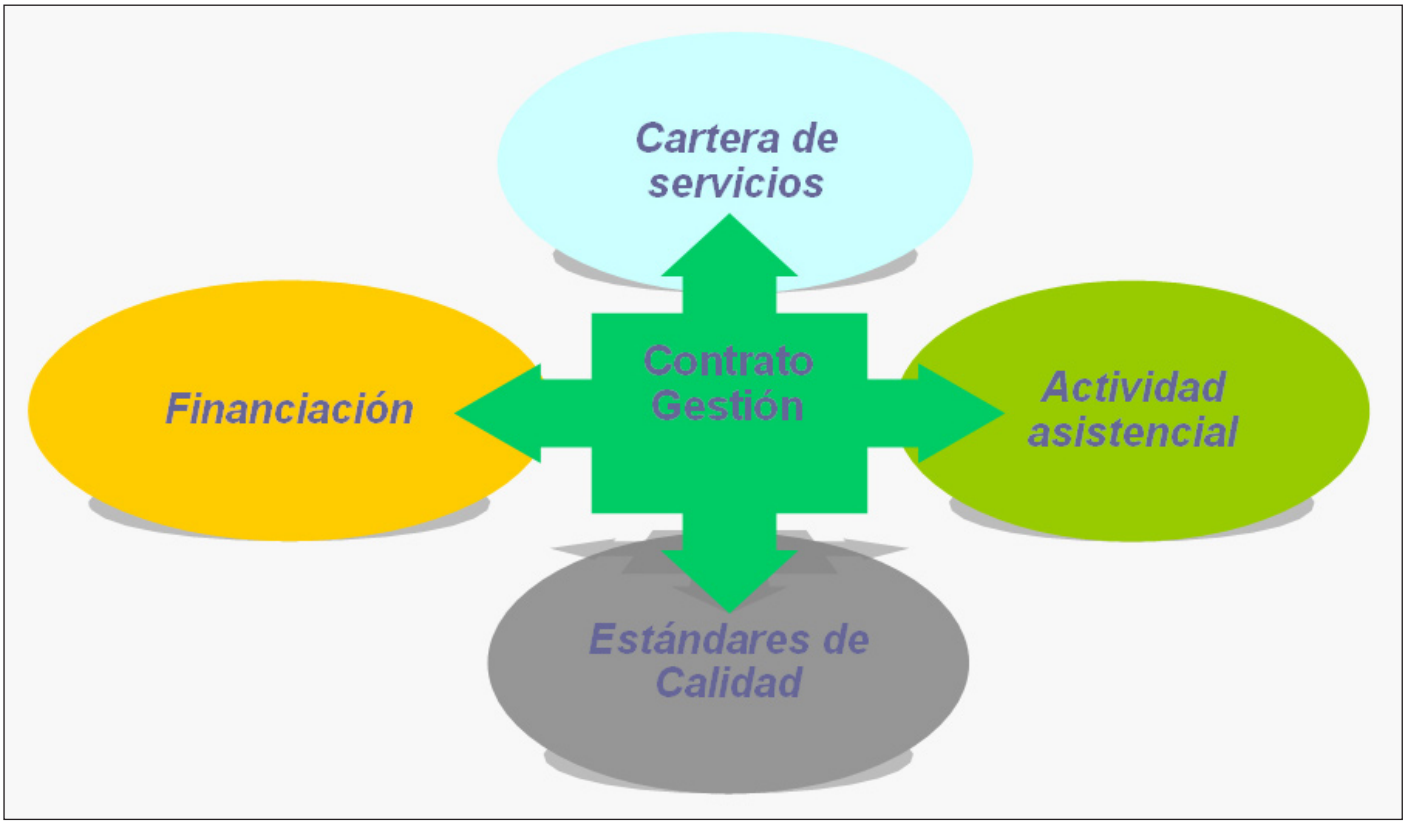
SALIDAS
- Contratos de Gestión elaborados.
- Contratos de Gestión firmados.
- Contratos de Gestión evaluados

CONTROLES
- Normativa de rango Comunitaria, Estatal y Regional.
- Plan de Salud.
- Estrategias sostenibles.
- Compromisos electorales.

MECANISMOS
- Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- Dirección General de Régimen Económico y Prestaciones.
- Dirección General de Recursos humanos.
- Dirección General de Salúd Pública
- Dirección General de Calidad, Formación e Investigación.
- Dirección General de Planificación y política Farmacéutica.
- Secretaría Sectorial de Atención al Ciudadano.

MISIÓN

Proceso de diseño, monitorización, evaluación y cierre del cumplimiento de los Contratos de Gestión del SMS con sus Gerencias de Atención Primaria, Especializada y Salud Mental, en el que se establecen los indicadores de actividad, económicos, de calidad y cartera de Servicios necesarios para asegurar una asistencia adecuada a las necesidades de la población.



PROPIETARIO Y CLIENTES

PROPIETARIO: DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA

CLIENTES INTERNOS	CLIENTES EXTERNOS
Gerencias de Atención Primaria. Gerencias de Hospitalaria. Gerencia del SMS Consejería de Sanidad	Usuarios. Grupos y corporaciones sociales. Centros Concertados. Otros Servicios de Salud. Resto de Sectores Administrativos. Gobierno Regional.

SUBPROCESOS / ACTIVIDADES

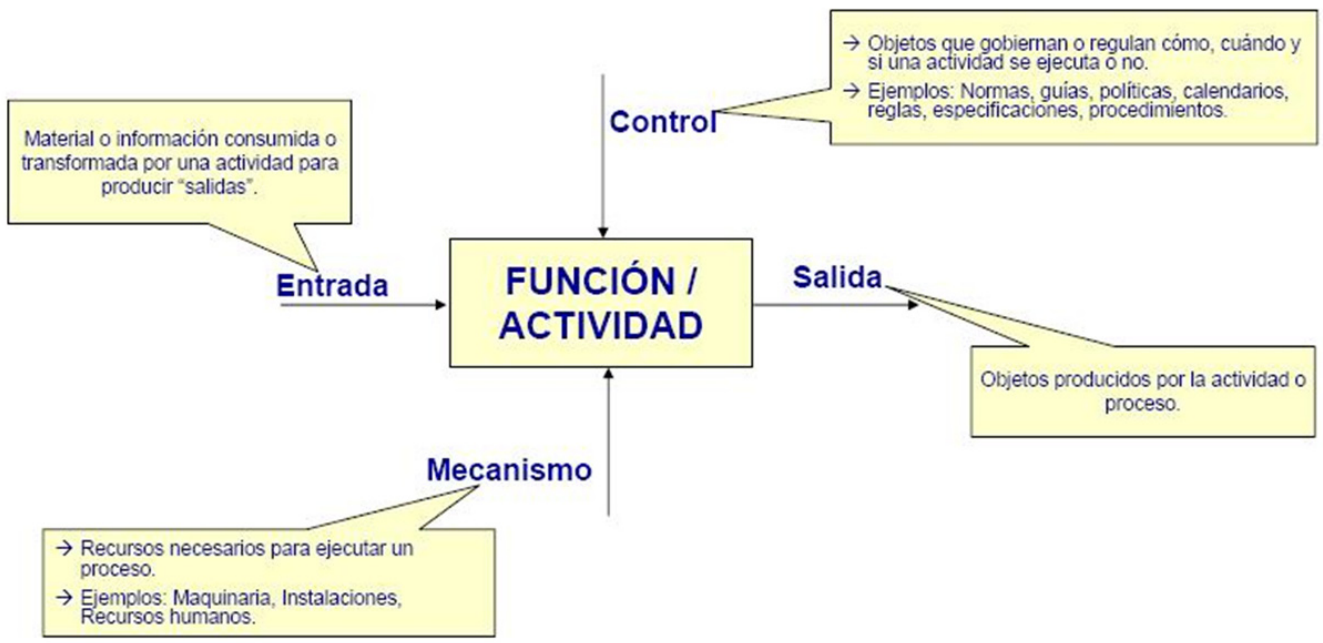
Diseño y firma de los contratos de Gestión.

- Análisis de la demanda asistencial en función de los datos históricos y previsiones de crecimiento.
- Estudio de los compromisos en relación con financiación, calidad y actividad (Plan de Salud, Plan Estratégico ...).
- Revisión Cartera de Servicios.
- Análisis de plantillas.
- Estudio de las previsiones de gasto y nuevas acciones propuestas por las diferentes Gerencias para el siguiente ejercicio.
- Mecanismos de incentivación. Ponderación incentivos.
- Análisis conjunto SMS.
- Envío de borrador y discusión preliminar con las Gerencias.
- Firma de los Pactos de Gestión.

•Monitorización de los contratos de Gestión:
- Seguimiento mensual de indicadores.
- Reunión trimestral individual con las Gerencias
- Reunión semestral general.

•Evaluación y cierre del cumplimiento:
- Análisis de indicadores y ajuste al pacto.
- Ponderación del cumplimiento.
- Propuesta de reparto de incentivos.
- Comunicación de resultados a las Gerencias

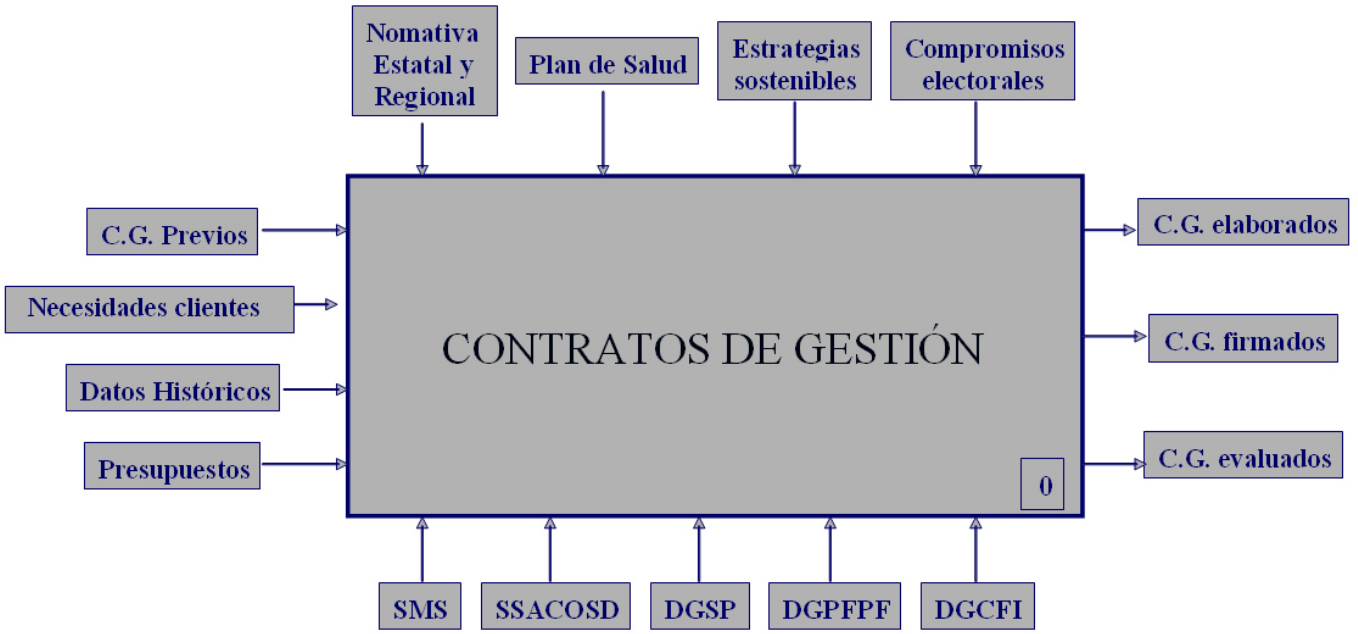
F/S/C/M



ENTRADAS	SALIDAS
• Contratos de Gestión ejercicio previo. • Datos Históricos y previsiones. • Presupuestos. • Necesidades y expectativas de los clientes.	• Contratos de Gestión elaborados. • Contratos de Gestión firmados. • Contratos de Gestión evaluados.

CONTROLES	MECANISMOS
• Normativa de rango Comunitaria, Estatal y Regional. • Plan de Salud. • Estrategias sostenibles. • Compromisos con los ciudadanos.	• Dirección General de Asistencia Sanitaria. • Dirección General de Régimen Económico y Prestaciones. • Dirección General de Recursos humanos. • Dirección General de Salud Pública • Dirección General de Calidad, Formación e Investigación. • Dirección General de Planificación y política Farmacéutica. • Secretaría Sectorial de Atención al Ciudadano.

Proceso: contratos de gestión



Indicadores

INIDICADOR	PERIODICIDAD
Firma de los pactos en el tiempo límite marcado	Anual
Nº Informes mensuales de indicadores de cumplimiento/ total de informes mensuales previstos	Mensual
Nº de reuniones de seguimiento/total de reuniones programadas	Trimestral
Ajuste a las fechas programadas reuniones de seguimiento.	Trimestral
Ajuste a las fechas programadas de cierre	Anual
Grado de cumplimiento de los contratos de gestión por parte de las diferentes gerencias (% por áreas).	Anual

DISEÑO DE PROCESOS EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

Guía metodológica para el diseño de procesos
Resultados: mapas nivel 0 y procesos

Edita: Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.
Editores: Parra-Hidalgo P, Gomis-Cebrián R, y Navarro-Moya FJ.
Dirección de Contacto: Subdirección General de Calidad Asistencial.
C/. Isidoro de la Cierva, 10 –'D0 3ª. Planta.
30001 MURCIA.
Documento descargable en: http://www.programaemca.org

diseño y maquetación_ zest soluciones en comunicación