

# LA GESTIÓN POR PROCESOS

# ¿porqué el enfoque a procesos?

...**algunos** problemas de las organizaciones sanitarias que dificultan tener buenos resultados sostenidos en el tiempo ...

# La calidad es algo más que la científico-técnica



Problemas que preocupan al paciente:

Esperas

Déficit Información

Trato inadecuado

Trámites difíciles acceso

Falta intimidad...



La calidad es algo más que calidad científico técnica, es preciso incorporar la perspectiva del paciente a la hora de dar respuesta a sus necesidades

# No vernos como un sistema



***Nuestras organizaciones son como el organismo humano, el mal funcionamiento en un punto puede acabar teniendo repercusión en cualquier otro lugar***



**Las descoordinaciones entre unidades provocan problemas de seguridad e insatisfacción del paciente**

**Retrasos diagnósticos y terapéuticos  
Cancelaciones  
Prolongaciones de estancia....**



**Problemas organizativos**  
**Mucho tiempo**  
**resolviendo problemas**  
**Riesgo de conflicto entre**  
**profesionales**



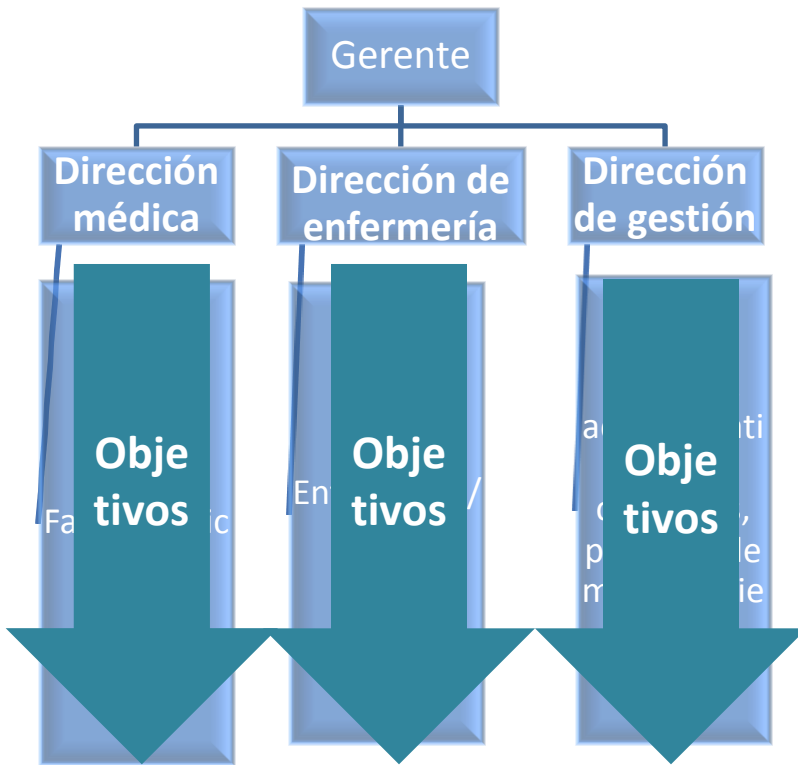
**Comienzan a aparecer**  
**actitudes no**  
**colaborativas**



**Pérdida lenta de**  
**motivación**

**Facilitan el riesgo de conflictos entre profesionales y la aparición de incidencias que mantienen muy ocupados a profesionales y directivos resolviendo problemas**

# La gestión por colectivos



***Los profesionales trabajan en equipos multidisciplinares***

***Los resultados son consecuencia del trabajo de todos ellos***

**Objetivos comunes**







**Cancelación de intervenciones, pruebas, sesiones, consultas...**

**Prolongaciones de estancia**

**Necesidad de repetir pruebas**

**Muestras que no se pueden analizar**

**Material que no llega a tiempo**

**Fármacos no utilizados**

**Mucho tiempo de los profesionales para resolver problemas,....**

**Causan bolsas de ineficiencia**

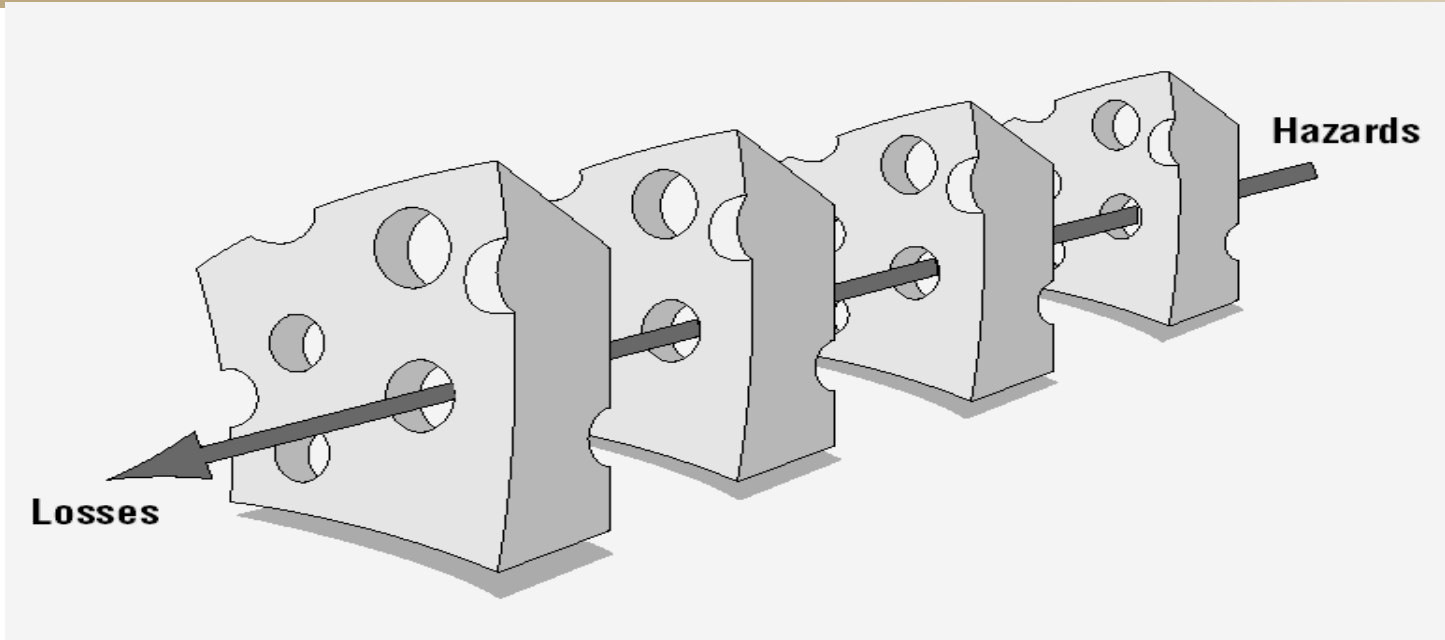
# Escasa cultura de análisis de resultados



*¿Tenemos buenos resultados? ¿Podríamos mejorarlos?*

**Mejora continua**

# No prevenir los fallos



## Factores contribuyentes

**Procesos. Protocolos**  
**Trabajo en equipo**  
**Comunicación**  
**Formación de los profesionales**

**Paciente**  
**Información sobre el paciente**  
**Equipos**  
**Materiales, fármacos**  
**Factores ambientales**

**Hay que conocer los factores que facilitan los fallos**



## Algunos problemas,...

**1**

**No solo calidad... científico técnica**

**2**

**No vernos como un sistema**

**3**

**Objetivos por colectivos**

**4**

**El análisis de los resultados**

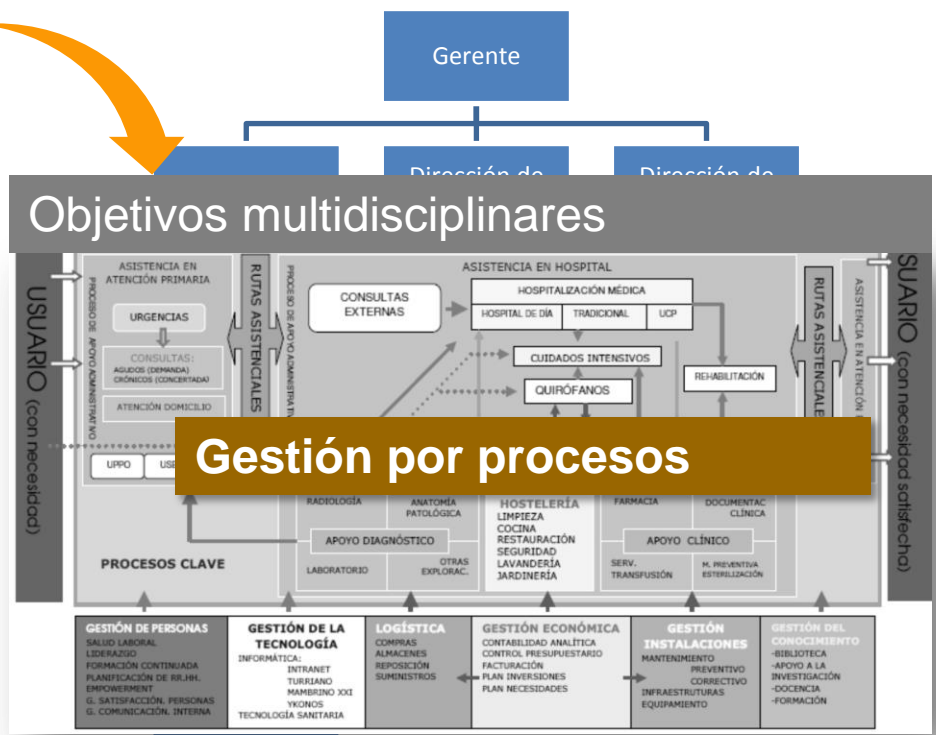
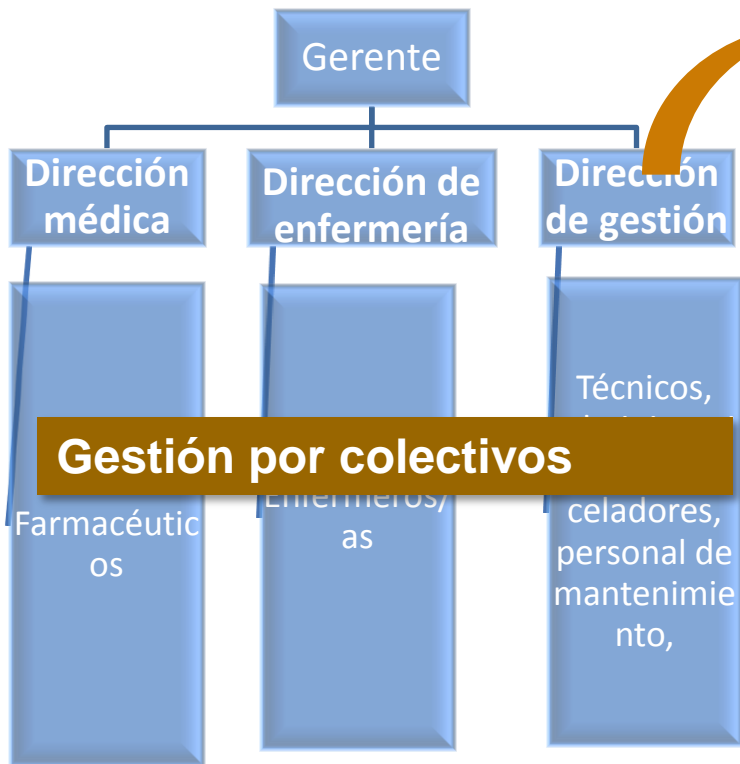
**5**

**No prevenir los fallos**

¿...soluciones...?

**Si seguimos los pasos que propone la gestión por procesos vamos a poder ir dando respuesta a estos problemas y conseguir buenos resultados sostenidos en el tiempo**

# Giro de 90°



**Los resultados no los consigue cada colectivo por separado**



# Paso 1

Diseña tu mapa de procesos  
¿Qué hace tu organización?  
¿Cómo se organiza para hacerlo?



**Equipo  
directivo**



SE  
CONSE  
DE SA  
ALIA

# Procesos estratégicos

USUARIO (con necesidad)

## Procesos operativos Cliente = paciente

## Procesos de apoyo Cliente interno

# Paso 2

Nombra al equipo de diseño  
**MULTIDISCIPLINAR**  
Traslada los objetivos a  
conseguir a cada proceso



~~Gestión por colectivos~~



**Gestión por procesos  
multidisciplinares**

# Objetivos para el equipo del proceso

## 1. Resultados del proceso

- **Efectividad.** Se realiza el proceso y se consigue los resultados previstos
- **Accesibilidad.** Prioridades de atención
- **Adecuación** en el uso de recursos
- **Seguridad.** Incidencia de eventos adversos

## 2. Satisfacción del paciente

## 3. Respuesta a los procesos con los que tiene relación



# Paso 3

## Gestiona los procesos

1-Diseña el proceso

2-Implanta el proceso

3-Analiza tus fallos y tus resultados

Introduce mejoras



**Equipo de  
proceso**

# 3.1.-Diseña el proceso



**Entradas**



Requisitos legales  
Requisitos del paciente  
Requisitos técnicos



**Actividades**

**Salidas**





**Recursos**

		NOMBRE DEL PROCESO	CÓDIGO
			Revisión
			Fecha:
			Página 1 de 3

**PROCESO DE**

# Ficha del proceso

1. Misión
2. Clientes
3. Alcance
4. Puntos críticos. Requisitos legales, del cliente y técnicos
5. Mapa del proceso. Actividades. Responsables. Registros
6. Interacciones con otros procesos. Entradas y salidas
7. Profesionales. Competencias
8. Equipamiento
9. Equipo gestor
10. Indicadores

 	NOMBRE DEL PROCESO	CÓDIGO
		Revisión:
		Fecha:

Página 1 de 9

**FICHA DEL PROCESO DE GESTIÓN  
DE LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN  
EL CENTRO DE MEDICINA  
DEPORTIVA**

1

REGISTRO DE REVISIONES		
MODIFICACIÓN	FECHA	APROBADA POR

Revisado por:	Aprobado por:
Fecha:	Fecha:

GRS, DG Planificación e Innovación. Servicio de Calidad

# Proceso de atención a pacientes....

## DEFINICIÓN GLOBAL DEL PROCESO



Efectividad  
Continuidad  
Adecuación  
Seguridad  
Accesibilidad  
Trato  
Información

### MISIÓN:

¿Qué queremos conseguir con el proceso? ¿Cuál es su razón de ser

### CLIENTES/DESTINATARIOS

¿A qué pacientes va a ir destinado el proceso?

### ALCANCE:

¿Dónde va a comenzar y dónde va a terminar?

# Proceso de .....

# PUNTOS CRÍTICOS. Requisitos legales, del cliente y técnicos

1

¿Hay requisitos técnicos-evidencia?



EFFECTIVIDAD-SEGURIDAD DEL PACIENTE

SEGURIDAD DEL PACIENTE

ADECUACIÓN USO DE RECURSOS

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Qué  
**NO** hacer

2

¿Hay requisitos legales que tengo que cumplir?



- Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
- Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud
- Decreto 40/2003 de 3 de abril, relativo a las guías de información al usuario y a los procedimientos de reclamación y sugerencia en el ámbito sanitario
- Orden SAN/279/2005 de 5 de abril, por el que se desarrolla el procedimiento de tramitación de las reclamaciones y sugerencias en el ámbito sanitario y se regulan la gestión y el análisis de la información derivada de las mismas
- Decreto 101/2005 de 22 de diciembre por el que se regula la historia clínica
- Decreto 30/2007 de 22 de marzo por el que se regula el documento de instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el Registro de Instrucciones previas de Castilla y León
- Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud (anexo III-Informe clínico de urgencias)....

- **Derecho a la información asistencial, titular de la información**
- **Derecho a la intimidad**
- **Respeto de la autonomía del paciente (consentimiento informado, información y consentimiento por escrito, consentimiento por representación, instrucciones previas,**
- **Alta del paciente**
- **Obligatoriedad y contenido del informe de alta**

INSTITUCIÓN DEL CENTRO		APELLIDO		
NOMBRE		DOMICILIO		
ALTA				
Nº CONSULTA	CÓDIGO	F. INGRESO	FECHA INGRESO	
F. INGRESO	F. ALTA	Tipo de ingreso (UFC)	Sistema de Alta (SNA)	
MOTIVO DE INGRESO:				
ANTECEDENTES:				
HISTORIA ACTUAL:				
EDUCACIÓN PROFESIONAL:				
PROCEDIMIENTOS:				
TRATAMIENTO:				
OTRAS RECOMENDACIONES:				
Mediario responsable	Categoría Profesional	Otros profesionales sanitarios	Firma	Página 1 de 1
Mediario responsable	Categoría Profesional	Otros profesionales sanitarios	Firma	Página 1 de 1

Informe de alta

3

¿Qué necesidades y expectativas tienen estos pacientes?

- **Accesibilidad:** fácil acceso a las instalaciones.
- **Competencia de los profesionales**
- **Identificación de los profesionales** (categoría profesional)
- **Confort**
- **Manejo del dolor**
- **Tiempo de espera para atención y tiempo de estancia en el servicio.**
- **Información paciente clara, precisa y suficiente** (diagnóstico, pruebas, tratamiento, cuidados al alta, instrucciones y recomendaciones).
- **Información familiares clara, precisa y suficiente, periódica**
  - Funcionamiento del servicio
  - Tiempo espera, demora previsible
  - Evolución de paciente, cambio de ubicación del paciente (al menos cada 3 horas)
  - Tratamiento y cuidados al alta, controles posteriores
- **Trato. Intimidad** (acompañamiento de familiares, respeto, confidencialidad de la información, intimidad corporal...).

**Puntos críticos:** Actividades, entradas o recursos que si fallan podrían provocar que el proceso no se desarrolle o que su resultado sea inadecuado

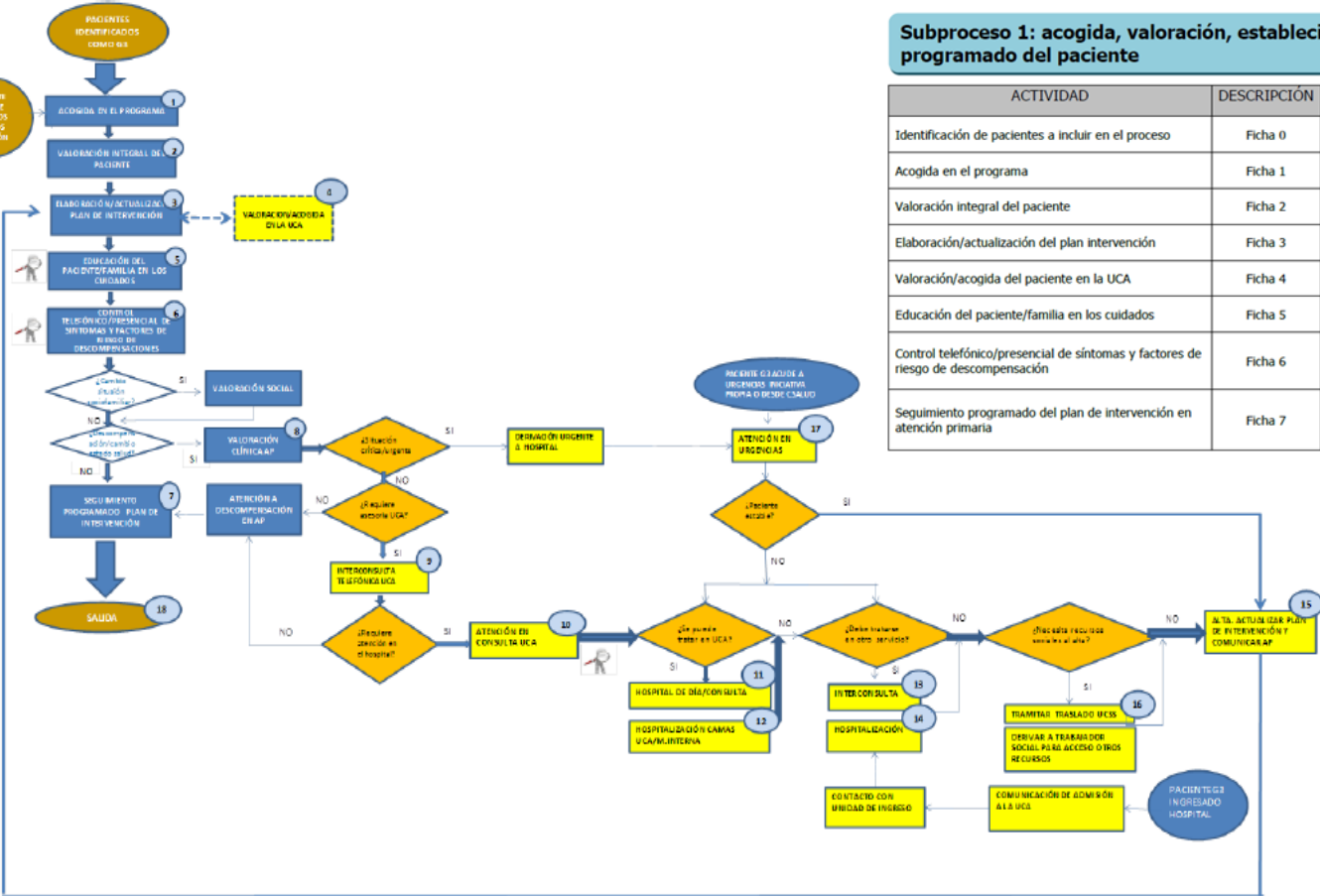


# MAPA DEL PROCESO .

# ACTIVIDADES. RESPONSABLES. REGISTROS

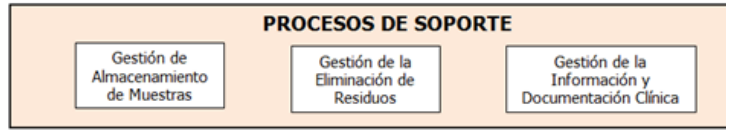
### Subproceso 1: acogida, valoración, establecimiento del plan de intervención y seguimiento programado del paciente

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
Identificación de pacientes a incluir en el proceso	Ficha 0	Médico de atención primaria	Sistema de clasificación CRG-MEDORA
Acogida en el programa	Ficha 1	Médico y enfermera de atención primaria	HCE-MEDORA
Valoración integral del paciente	Ficha 2	Médico, enfermera y trabajador social atención primaria	HCE-MEDORA
Elaboración/actualización del plan intervención	Ficha 3	Médico, enfermera y trabajador social atención primaria	HCE-MEDORA
Valoración/acogida del paciente en la UCA	Ficha 4	Médico de la UCA	Historia Clínica Hospitalaria HCE- JIMENA
Educación del paciente/familia en los cuidados	Ficha 5	Médico y enfermera de atención primaria	
Control telefónico/presencial de síntomas y factores de riesgo de descompensación	Ficha 6	Enfermera atención primaria	HCE-MEDORA
Seguimiento programado del plan de intervención en atención primaria	Ficha 7	Médico y enfermera de atención primaria	HCE-MEDORA



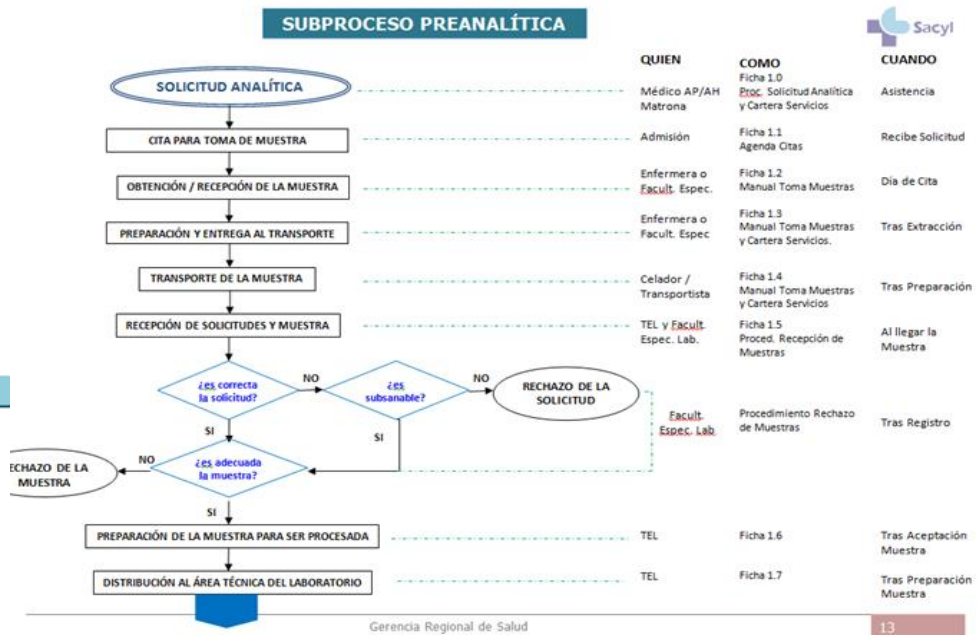
# MAPA DEL PROCESO .

# ACTIVIDADES. RESPONSABLES. REGISTROS



### Subproceso 1. FASE PREANALÍTICA

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLES	REGISTRO
<b>ENTRADA EN EL PROCESO: SOLICITUD DE ANÁLISIS</b>	Ficha 1.0	Médico AP/AH. Matronas en el contexto de protocolos establecidos. Autoridad judicial.	- Hoja de Solicitud, manual o electrónica
CITA PARA LA TOMA DE MUESTRA	Ficha 1.1	Personal de admisión de AP/AH	- Agenda de citas
OBTENCIÓN Y/O RECEPCIÓN DE LA MUESTRA	Ficha 1.2	Enfermera/TCAE de puntos de extracción AP/AH o de unidad hospitalaria. TEL. Facultativo o Matrona implicados en la Toma de Muestra	- Registro de la extracción/recepción. - Registro de incidencias
PREPARACIÓN Y ENTREGA DE LA MUESTRA PARA EL TRANSPORTE	Ficha 1.3	Enfermera/TCAE de los puntos de extracción de AP/AH o de unidad hospitalaria. TEL. Facultativo o Matrona implicados en la Toma de Muestra	- Entrega de la muestra para el transporte - Hoja de Ruta
TRANSPORTE DE LA MUESTRA	Ficha 1.4	Responsable del transporte. Celador. TCAE. Paciente/familiar	- Hoja de Ruta - Incidencias durante el transporte
RECEPCIÓN DE SOLICITUDES Y MUESTRAS EN EL LABORATORIO	Ficha 1.5	Personal administrativo del laboratorio. TEL. TCAE. Facultativo del laboratorio	- Registro (o activación si es petición electrónica) en SIL de Solicitud y Muestra <i>Incluyendo rechazos e incidencias.</i>
PREPARACIÓN DE LA MUESTRA PARA SER PROCESADA	Ficha 1.6	TEL	- Registro de incidencias (en SIL)
<b>Salida del SUBPROCESO: DISTRIBUCIÓN DE CADA MUESTRA AL ÁREA TÉCNICA QUE DEBE DAR RESPUESTA A LA SOLICITUD</b>	Ficha 1.7	TEL	- Entrega a cada área técnica. - Envío a Laboratorio de Referencia



# FICHA ACTIVIDAD

## Ficha x. Actividad x

**Objetivo**

**Quién**

**Cuándo**

**Cómo**

(teniendo en cuenta los principales riesgos)

**Dónde**

**Registros/ Documentación asociada**

# INTERACCIONES CON OTROS PROCESOS



## INTERACCIONES CON OTROS PROCESOS

### ¿Qué necesitan otros procesos del nuestro para poder cumplir su misión?

SALIDAS	PROCESO DESTINATARIO	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
INFORME DE RESULTADO (incluyendo asesoramiento Terapéutico, Genético, etc)	PROCESO ASISTENCIAL (consulta, urgencias, hospitalización, quirófano )	- Completo, fiable, comprensible - Clínicamente útil - En tiempo adecuado
INFORME (individual o agrupado) DE IMPORTANCIA EN SALUD PÚBLICA y MEDICINA PREVENTIVA: alertas epidemiológicas, microorganismos que requieren precauciones basadas en la transmisión, informes de vigilancia microbiológica, vigilancia ambiental, mapa de resistencias locales, Enfermedades de Declaración Obligatoria, resultados de cribado, Registro de Tumores.	VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIÓN: (tanto de Servicios Implicados como de Servicios de Salud Pública y Servicios de Medicina Preventiva) EPIDEMIOLOGÍA GESTIÓN DE PROGRAMAS DE CRIBADO POBLACIONAL	- Completo, fiable, comprensible - En tiempo adecuado
ASESORAMIENTO E INTRODUCCIÓN DE PRUEBAS/TÉCNICAS O EQUIPAMIENTOS NUEVOS	PLANIFICACIÓN ASISTENCIAL: Planificación de nuevas actividades o de asistencia a nuevas categorías de paciente.	- Respuesta a nuevas necesidades - Científicamente válido y actualizado
COMUNICACIÓN DE CAMBIOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS, en el MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS, etc	PROCESO ASISTENCIAL: - Profesionales solicitantes - Servicios específicos	- Información accesible, clara y completa - Difusión adecuada
ASESORAMIENTO SOBRE ADECUACIÓN de las pruebas. OTRAS ACTIVIDADES FORMATIVAS	GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: FORMACIÓN CONTINUADA de facultativos, enfermeras, T	- Científicamente válido
COMUNICACIÓN de incidencias (errores, fallos) importantes (por ejemplo por su gravedad, frecuencia, o implicación en la fiabilidad del resultado)	PROCESO ASISTENCIAL. GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE PAC - SISNOT y Unidad de Gestión de Riesgos - CALIDAD: Plan de Mejora Asistencial (de t de servicios implicados)	
PROPUESTA DE ACCIONES DE MEJORA (para corregir los errores o fallos graves o más frecuentes)	GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD FORMACIÓN CONTINUADA de Profesionales en los que se localiza el fallo	

Gerencia Regional de Salud

### ¿Qué necesitamos de otros procesos para realizar adecuadamente el nuestro?

ENTRADAS	PROCESO PROVEEDOR	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
SOLICITUD DE ANÁLISIS	PROCESO ASISTENCIAL (consulta, urgencias, hospitalización, quirófanos)	- Cumplimentación completa y correcta - Adecuación de la solicitud
CITAS	Gestión de Citas (ADMISIÓN)	Conforme a la Agenda definida
TOMA DE MUESTRAS TÉCNICAMENTE CORRECTA	GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: - PLAN DE ACOGIDA de Nuevos Profesionales - FORMACIÓN CONTINUADA de profesionales	Formación adecuada en Buenas Prácticas en la Toma de Muestras
MUESTRA	PROCESO ASISTENCIAL: OBTENCIÓN DE MUESTRAS	- Muestra y recogida adecuada para la prueba solicitada (por ejemplo, muestra representativa del proceso infeccioso) - Correcta identificación de muestra y solicitud - En los Puntos de Obtención de Muestras alejados del Laboratorio: pretratamiento de la muestra (centrifugado u otros) si procede. - Cumplimiento de requisitos de conservación y transporte
ELIMINACIÓN DE RESIDUOS	Procedimiento de GESTIÓN DE RESIDUOS del Centro	- Conforme a Normativa vigente (Decreto 2014/1994 de ordenación de la gestión de residuos sanitarios en Castilla y León) y al Plan Interno de gestión de residuos sanitarios del centro. - Seguridad de los profesionales, pacientes, Hospital y entorno medioambiental
PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	GESTIÓN DE PERSONAS: MEDICINA y SEGURIDAD EN EL TRABAJO	- Evaluación de Riesgos de los puestos de trabajo - Prevención adecuada, en el marco del Plan de Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia, que incluirá la actividad preventiva en el Laboratorio.
DOCUMENTACIÓN Y ARCHIVO (SOLICITUDES, INFORMES, REGISTROS, ETC.)	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	- Trazabilidad. - Confidencialidad. - Integridad - Cumplimiento del Esquema Nacional de Seguridad y del Reglamento Europeo sobre Protección de Datos

Gerencia Regional de Salud

45

# RECURSOS NECESARIOS: PROFESIONALES QUE INTERVIENEN Y EQUIPAMIENTO

7



## PROFESIONALES QUE INTERVIENEN

PERFIL (puesto de trabajo)	TITULACIÓN, EXPERIENCIA	COMPETENCIAS REQUERIDAS
	LICENCIADO ESPECIALISTA LABORATORIO	Conocimiento y habilidades técnicas para las determinaciones que se realizan en este Laboratorio
	TÉCNICO ESPECIALISTA DE LABORATORIO (TEL)	Conocimiento y habilidades técnicas para las determinaciones que se realizan en este Laboratorio
Facultativo Responsable de Calidad del Laboratorio	LICENCIADO ESPECIALISTA LABORATORIO	Formación en Calidad. Habilidades para coordinar equipos de mejora
Técnico Especialista Responsable de Calidad del Laboratorio	TEL	Formación en Calidad. Habilidades para coordinar equipos de mejora
Peticionario de Análisis	MÉDICO / MATRONA PETICIONARIOS	Conocer y aplicar Procedimiento de Solicitud de Analítica y la Cartera de Servicios
Obtención de Muestras	ENFERMERA / profesional que recoge la muestra	Conocer y aplicar Manual de Toma de Muestras
Gestión de Solicitudes, Citas e Informes	ADMINISTRATIVO	Conocer y aplicar las instrucciones establecidas por el laboratorio
Transporte de Solicitudes y Muestras Intrahospitalario	CELADOR	Conocer y aplicar las instrucciones establecidas por el laboratorio
TRANSPORTISTA SUBCONTRATADO		Conocer y aplicar condiciones de transporte de mue

8

## RECURSOS NECESARIOS. EQUIPAMIENTO CRÍTICO

RECURSOS DE EQUIPAMIENTO E INFRAESTRUCTURAS	PROVEEDOR	REQUISITOS TÉCNICOS y de CALIDAD
ESTRUCTURA FÍSICA DEL LABORATORIO	DISEÑO / ARQUITECTURA e INGENIERÍA DE LA INSTALACIÓN	- Adecuada a las necesidades de cada laboratorio - Adaptada al flujo del proceso - Separación de zonas según las competencias del Laboratorio - Conforme a los Criterios de Bioseguridad necesarios para cada área
ESTRUCTURA FÍSICA DE LA SALA DE EXTRACCIONES	DISEÑO / ARQUITECTURA e INGENIERÍA DEL CENTRO	- Cómoda para usuarios y profesionales - Que facilite la privacidad
CONDICIONES AMBIENTALES	GESTIÓN DE "SERVICIOS GENERALES" DEL HOSPITAL	- Condiciones adecuadas de Limpieza, Climatización, etc
EQUIPAMIENTO DE LABORATORIO (ANALIZADORES, NEVERAS, CENTRÍFUGAS...)	- PLAN DE INVERSIONES - COMPRAS	- Adecuados a las necesidades de cada laboratorio.
MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES Y EQUIPOS	- GESTIÓN DE INSTALACIONES Y EQUIPOS (del Hospital y/o Proveedor Externo)	- En Estado Óptimo de uso. - Mantenimiento Preventivo y Correctivo adecuado y en el momento necesario
SISTEMA INFORMÁTICO: EQUIPOS Y APLICACIONES	INFORMÁTICA del centro y/o PROVEEDOR EXTERNO	- Sencillo, fácil de utilizar. - Trazabilidad, claridad en la identificación - Cumplimiento de Esquema Nacional de Seguridad, y del Reglamento Europeo sobre Protección de Datos - Adecuada a las necesidades / funciones de cada especialidad del Laboratorio, cumpliendo los requisitos establecidos por cada especialidad, y adaptable a nuevas necesidades. - Adaptable en número de campos y formato (número/texto) a la información generada y al tipo de informe requerido por cada especialidad de laboratorio. - Integración bidireccional con la Historia Clínica de AP y AH, así como con los equipos y analizadores de los laboratorios.

# SEGUIMIENTO DEL PROCESO: EQUIPO GESTOR E INDICADORES



## SEGUIMIENTO DEL PROCESO

### EQUIPO GESTOR DEL PROCESO

- Médico/s de atención primaria
- Enfermero/s de atención primaria
- Trabajador social
- Profesionales de las UCAS
- Dirección médica y dirección enfermería (atención primaria y hospitalaria)
- Coordinadores de calidad

### INDICADORES

MISION DEL PROCESO	INDICADOR	FUENTE	PERIODICIDAD DE REVISIÓN
Atención integral	• % pacientes G3 incluidos en el proceso (se ha realizado la acogida, se ha hecho una valoración integral y se ha definido el plan de intervención)	Medora	Anual
	• % consultas UCA/ consultas totales de pacientes G3 atendidas en el hospital por especialidades médicas (incluye UCA)	Información integrada primaria+ hospital (CRG)	Anual
	• Nº de especialistas médicos visitados en consulta programada en el hospital por paciente G3	Medora	Anual
	• Número de visitas en domicilio por paciente G3 • % pacientes G3 que viven solos y no tienen apoyo social	Medora	Anual
Efectividad	• Nº de contactos anuales de enfermería para valoración de síntomas y factores de riesgo de descompensaciones (telefónicos+ presenciales) /nº de pacientes G3	Medora	Anual
	• % de pacientes G3 incluidos en el programa de adherencia terapéutica	Medora	Anual
	• Tasa de ingresos de pacientes G3 en especialidades médicas	Medora	Anual
	• Frecuentación de urgencias de pacientes G3 (Nº visitas a urgencias/nº pacientes G3)	Información integrada primaria+ hospital (CRG)	Anual
	• Tasa de reingresos de pacientes G3, en la misma especialidad médica, por causas relacionadas, en los 30 días posteriores al alta • Tiempo medio entre descompensaciones que requieren ingreso por paciente G3 (tiempo	Información integrada primaria+ hospital (CRG)	Anual



# 3.2-Implanta el proceso

1. Comunicación
2. Equipo gestor
3. Ajustes
4. Desarrollo de actividades. Cronograma
5. Recursos y herramientas
6. Seguimiento:
  - Control de puntos críticos
  - Registro de incidentes críticos
  - Monitorización indicadores

## INDICADORES



Efectividad	<ul style="list-style-type: none"><li>•Mortalidad ajustada por riesgo</li><li>•Calidad de vida</li></ul>
Uso adecuado de recursos	<ul style="list-style-type: none"><li>•Tasa de utilización de procedimiento/1000 habitantes &gt;65 años</li><li>•Índice de rendimiento de quirófano</li></ul>

**Notificación de incidentes**

**Listados de verificación**

Se... lugar  
quirúrgico  
mia  
asociada a CVC

Accesibilidad	% pacientes con prioridad xxx intervenidos en <xx días
---------------	--

Satisfacción del cliente

# 3.3-Analiza tus fallos y resultados. Introduce mejoras



## Fuentes de información

1. Incidencias críticas
2. Quejas/reclamaciones
3. Indicadores del proceso
4. Satisfacción del cliente

## Análisis de causas

Cuando se produzca

Si no alcanzan el estándar

**¿Requiere algún cambio en las actividades del proceso? ¿en las entradas o recursos que utiliza?**



Una vez revisados los resultados conseguidos,  
prioriza las mejoras



**Equipo de  
proceso**

**+**



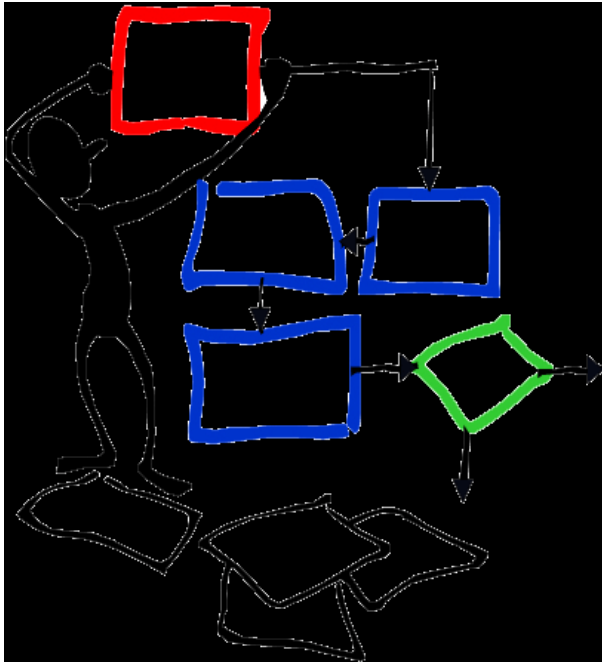
**Equipo  
directivo**

# ENFOQUE A PROCESOS

**Beneficios  
esperables**

# 1

## Mejorar los resultados y disminuir la variabilidad



**Nos obliga a estandarizar las actividades a realizar**



**...Identificar aquellas que son críticas para conseguir buenos resultados y que deberían llevarse a cabo en todos los pacientes**

# 2

## Tener en cuenta las necesidades del paciente



**Tener en cuenta en nuestro trabajo las necesidades de los pacientes que van más allá de la calidad científico-técnica (no desplazamientos innecesarios, trato, información, demoras,...)**

# 3

## Facilitar el trabajo del profesional



- Definir responsabilidades de cada profesional y nivel asistencial dentro del proceso
- Definir las relaciones con otros procesos ¿qué necesitas de mi? ¿Qué necesito yo de ti para hacer bien mi trabajo?

# 4 Fomentar el trabajo en equipo y la participación de los profesionales en la mejora

**Obliga a crear una dinámica de mejora continua y de trabajo en equipo ¿qué resultados tenemos? ¿podemos mejorarlos?**

