

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE VALENCIA

FACTULTAD DE ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN DE
EMPRESAS



UNIVERSITAT
POLITÈCNICA
DE VALÈNCIA



**PLAN DE MEJORA PARA LAS CONSULTAS EXTERNAS DE UN HOSPITAL
PÚBLICO. APLICACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS**

TRABAJO FINAL DE CARRERA

Autor: VICENTE ARTIEDA PUCHADES

Director: GONZALO FRANCISCO GRAU GADEA

Septiembre 2014

Índice

Índice de Tablas.....	4
Índice de Ilustraciones.	5
1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1 RESUMEN	6
1.2 OBJETO Y JUSTIFICACIÓN DE ASIGNATURAS.....	8
1.3 MOTIVACIÓN Y OBJETIVOS	11
2. SITUACIÓN ACTUAL.....	12
2.1 EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	12
2.2 DERECHO SANITARIO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	18
2.3 ESTRUCTURA ACTUAL DE LAS CONSULTAS EXTERNAS (CCEE).....	25
2.4 INDICADORES ACTUALES DE ASISTENCIA.....	31
3 PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE: METODOLOGÍA	34
3.1 CIRCUITO DE ATENCIÓN AL PACIENTE	35
3.2 GESTIÓN POR PROCESOS	36
3.2.1 SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	36
3.2.2 LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS.....	41
3.2.3 MAPA DE PROCESOS	51
3.2.4 ANÁLISIS DE LOS PROCESOS.....	53
3.2.5 FICHAS DE PROCESOS.....	55
3.2.6 IDENTIFICACIÓN Y FICHAS DE INDICADORES	57
3.2.7 DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO DE ANÁLISIS DE PROCESO.....	62
4. PROPUESTA DE ACTUACIÓN	63
4.1 OBJETIVO DE LA PROPUESTA	63
4.2 DESARROLLO DE LA PROPUESTA.....	63
4.2.1 TIEMPO DESTINADO A CADA PACIENTE.....	63
4.2.2 ADECUACIÓN EN LA CITACIÓN DE PACIENTES.....	64
4.2.3 RELACIÓN SEGUNDAS-PRIMERAS	65
4.2.4 SOBRECARGAS EN LAS CONSULTAS	66
4.2.5 NECESIDADES DEL PERSONAL MÉDICO.....	66
4.2.6 NECESIDADES DE PERSONAL ADMINISTRATIVO	66
4.2.7 NECESIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA.....	66
4.2.8 NECESIDADES DE MATERIAL	67

4.2.9	REFORMA ARQUITECTÓNICA	67
4.3	ACCIONES DE MEJORA	68
4.4	IMPLANTACIÓN	77
4.5	EVALUACIÓN Y PLAN DE MEJORA CONTINUA	78
5.	CONCLUSIONES	79
	BIBLIOGRAFÍA.....	80
	ANEXOS	81
	ANEXO 1. CUESTIONARIO DE ENCUESTA DE CALIDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE.	81
	ANEXO 2. CUESTIONARIO DE ENCUESTA DE CALIDAD PERCIBIDA POR EL MÉDICO.....	82

Índice de Tablas

Tabla 1. Datos para la solicitud de consultas	29
Tabla 2. Contenido del registro de consultas.....	30
Tabla 3. Indicadores asistencia. Manises	32
Tabla 4. Impactos tras análisis de procedimientos.....	44
Tabla 5. Ficha de proceso.....	56
Tabla 6. Información ficha de indicadores.....	59
Tabla 7. Ficha de indicadores	60
Tabla 8. Cronograma Actividades.....	77

Índice de Ilustraciones.

Ilustración 1. Número de consultas	33
Ilustración 2. Tiempo de espera medio.....	33
Ilustración 3. Consultas espera>15m.	34
Ilustración 4. Circuito de Atención al Paciente	35
Ilustración 5. Diagrama de flujo del análisis de proceso.	62

1. INTRODUCCIÓN

1.1 RESUMEN

La gestión por procesos o gestión basada en procesos es uno de los ocho principios que la norma ISO 9001 propone considerar y respetar en la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad. La norma ISO 9001 es un referente internacional para el diseño de Sistemas de Gestión de Calidad.

Esta gestión permite conseguir y mantener la calidad real del producto o servicio de acuerdo con los requisitos normativos, especificados por el cliente o por la propia empresa.

Este proyecto de mejora aborda el problema del tiempo que los pacientes tienen que esperar para ser atendidos por los médicos desde su llegada a los centros de salud.

Para ello, se analiza la situación actual de una consulta de traumatología en un centro de especialidades y se definen los indicadores a seguir:

- Tiempo de espera: tiempo transcurrido en minutos desde que el paciente introduce su tarjeta SIP en la máquina receptora hasta que el médico abre su historia en el sistema informático para comenzar la visita médica.
- Porcentaje de pacientes con espera superior a 15 minutos: número de pacientes con espera superior a 15 minutos respecto al total de pacientes asistidos.

El objetivo de este plan de mejora es disminuir el tiempo que los pacientes de traumatología de un centro de atención especializada esperan para entrar a ser vistos por el médico, tiempo que va desde que llegan al centro hasta que son atendidos por el facultativo. En concreto, se trata de disminuir el tiempo espera actual de 19,62 minutos a 10 minutos.

Para ello, se diseña la creación de un grupo de trabajo que analice los diferentes factores de los que depende esta espera y proponga las principales acciones de mejora.

De este modo, el grupo de trabajo analizará la adecuación o no del número de agendas y de los pacientes citados por agenda, al volumen de pacientes que deben ser atendidos, así como si el tiempo destinado a cada paciente es el adecuado o no, evitando las sobrecargas y los retrasos, y si la citación de los mismos se está realizando de forma correcta o no.

Se impone, por tanto, que el grupo de trabajo sea multidisciplinar ya que existen varios estamentos implicados (médicos de atención especializada y de atención primaria, departamento de admisión, etc.).

Posteriormente al análisis de los factores implicados, el grupo de trabajo propondrá acciones de mejora que implantará tras el diseño del cronograma. Por último, siguiendo patrones de mejora continua, se impone la evaluación de la implantación de dichas acciones y la continuación o el cambio de las mismas.

1.2 OBJETO Y JUSTIFICACIÓN DE ASIGNATURAS

El objeto de este trabajo es condensar en un proyecto algunos de los conocimientos adquiridos en la diplomatura de Gestión y Administración Pública, titulación que se imparte, entre otras, en la facultad de Administración y Dirección de Empresas de la Universidad Politécnica de Valencia.

La realización de este trabajo se basa en los conocimientos adquiridos en las diversas asignaturas estudiadas a lo largo de la titulación.

Siguiendo el índice aplicable según la normativa para la realización del TFC de la facultad de ADE, se exponen las asignaturas relacionadas por cada capítulo de los que consta el trabajo indicando una breve justificación de cada una de ellas.

Capítulo I. INTRODUCCIÓN

Información y Documentación Administrativa/ Informática Básica.

Mediante el estudio de esta asignatura troncal se han adquirido conocimientos básicos y habilidades en ofimática (sobre todo con la herramienta de tratamiento de textos) para la realización de este trabajo de fin de carrera, en el presente capítulo I y en los posteriores.

Capítulo II. ANTECEDENTES (SITUACIÓN ACTUAL)

Sistemas de Salud y Servicios Sociales.

Los conocimientos adquiridos en esta asignatura optativa nos posibilitan entender la estructura del sistema sanitario español y nos ayudan a entender conceptos como Sistema de Salud, Área de Salud, Zona Básica de Salud, etc. a los cuales se hace referencia en este trabajo.

Derecho Constitucional I.

La asignatura troncal Derecho Constitucional I analiza la estructura de la Constitución Española de 1978 y nos sirve de base para la referencia que en este capítulo del trabajo se hace sobre el desarrollo del artículo 43 de la Constitución que garantiza para todos los españoles el derecho a la protección de la salud.

Información y Documentación Administrativa I y II.

Utilizaremos los conocimientos de la asignatura troncal Información y Documentación Administrativa sobre la gestión de la información en las Administraciones públicas, su tipología documental e instituciones documentales, sistemas y fuentes de información administrativa entre otros, así como la búsqueda por internet de diferentes documentos y bibliografía.

Derecho Administrativo I y II.

En el apartado II de este capítulo utilizamos los conocimientos adquiridos en las asignaturas troncales de Derecho Administrativo para llegar a la conclusión de que el consentimiento informado es un verdadero acto administrativo.

Estadística I

Al analizar los indicadores de asistencia en el apartado IV de este capítulo hemos utilizado técnicas estadísticas (medias, porcentajes, diagrama de barras) aprendidas en esta asignatura troncal.

Capítulo III. DESARROLLO

Gestión Administrativa II.

Esta asignatura troncal, entre otros, se refiere a temas como la organización y administración pública, estructuras administrativas, funciones y procesos administrativos, etc. Conceptos, todos ellos, que han sido utilizados para la realización y desarrollo del plan de mejora propuesto.

Fundamentalmente nos han servido los conocimientos adquiridos en gestión de procesos y sistemas de calidad en su vertiente de análisis y racionalización de procesos y representación gráfica y soporte documental de procedimientos.

Derecho Administrativo II.

Mediante el estudio de esta asignatura troncal hemos aprendido las diferentes fases del procedimiento administrativo, así como sus diferentes formas de finalización. Esta temática se desarrolla en el apartado 2.2 de este capítulo III.

Capítulo IV Y V. PROPUESTA DE ACTUACIÓN Y CONCLUSIONES

Gestión Administrativa II.

Como en el capítulo anterior, esta asignatura, en su vertiente de análisis y control de procesos, nos facilita la realización del plan de mejora siguiendo un cronograma establecido y la posterior evaluación y toma de decisiones con respecto a ese plan, sacando las conclusiones pertinentes.

Dirección de Organizaciones.

Los conceptos aprendidos en esta asignatura optativa nos facilitan el desarrollo de habilidades que se consideran básicas para la mejora de la gestión de los servicios públicos y el entendimiento de la gestión pública como un servicio al ciudadano-cliente.

1.3 MOTIVACIÓN Y OBJETIVOS

El objetivo del proyecto es proponer un sistema de mejora para reducir el tiempo de espera en las consultas externas de traumatología de cualquier centro de especialidades público.

Dos son los objetivos fundamentales de esta propuesta de mejora:

En primer lugar conseguir que el tiempo de espera medio de un paciente de consultas externas de traumatología de un centro de especialidades sea de 10 minutos.

Este tiempo, como hemos definido en el apartado 1.1, viene definido como tiempo transcurrido en minutos desde que el paciente introduce su tarjeta SIP en la máquina receptora hasta que el médico abre su historia en el sistema informático para comenzar la visita médica.

En segundo lugar se pretende reducir a 0 el número de pacientes con un tiempo de espera superior a 15 minutos. Este segundo objetivo es de suma importancia porque de nada sirve reducir el tiempo de espera medio a 10 minutos mientras haya pacientes que tengan que esperar más de 15 minutos en consulta para ser llamados.

Para este plan de mejora partiremos de los indicadores de tiempos de espera medios y mayores de 15 minutos de las Consultas Externas de Traumatología del Área 23 de la Comunidad Valenciana.

2. SITUACIÓN ACTUAL

2.1 EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El Sistema Nacional de Salud está integrado por todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud. Es el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la Ley General de Sanidad.

Nuestro ordenamiento jurídico, a través de sus diferentes normas, regula el Sistema Nacional de Salud.

La constitución española, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud y establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. De acuerdo con la constitución, una ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto y corresponde a los poderes públicos el fomento de la educación sanitaria, la educación física y el deporte.

El desarrollo legislativo correspondiente al artículo 43 de nuestra constitución, está encabezado por la Ley General de Sanidad cuyo objeto es la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en nuestra carta magna.

Esta ley establece como titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todos los españoles y a los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional. En cuanto a los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan.

Los medios y actuaciones del sistema nacional de salud están orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades. La asistencia sanitaria pública se extiende a toda la población española. El acceso a las prestaciones sanitarias se realiza en condiciones de igualdad.

La política de salud está orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales integrando activamente en sus objetivos y actuaciones el principio de igualdad entre mujeres y hombres, evitando que, por sus diferencias físicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre ellos en los objetivos y actuaciones sanitarias.

El sistema sanitario se contempla desde una concepción integral en la que tanto el Estado como las Comunidades Autónomas y las demás Administraciones públicas competentes organizan y desarrollan las acciones sanitarias pertinentes y necesarias para el cumplimiento de los objetivos de nuestro sistema nacional de salud. Las Comunidades Autónomas crean sus propios Servicios de Salud dentro del marco de la Ley General de Sanidad y de sus respectivos Estatutos de Autonomía.

El Sistema Nacional de Salud integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

Los Servicios de Salud se organizan de manera que es posible la participación comunitaria (organizaciones empresariales y sindicales) en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución.

La Ley General de Sanidad enumera los derechos de los ciudadanos con respecto a las distintas administraciones sanitarias:

- 1) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social.
- 2) A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso. La información deberá efectuarse en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio de diseño para todos, de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad.

- 3) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.
- 4) A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario.
- 5) A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.
- 6) A participar, a través de las instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias, en los términos establecidos en esta Ley y en las disposiciones que la desarrollen.
- 7) A utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos. En uno u otro caso deberá recibir respuesta por escrito en los plazos reglamentariamente se establezcan.
- 8) A elegir el médico y los demás sanitarios titulados de acuerdo con las condiciones contempladas en la Ley General de Sanidad y decretos de desarrollo.
- 9) A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado.

Como obligaciones de los ciudadanos, la Ley General de Sanidad, enumera las siguientes:

- 1) Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los Servicios Sanitarios.
- 2) Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las Instituciones Sanitarias.

- 3) Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones terapéuticas y sociales.

Las Comunidades Autónomas delimitan y constituyen en su territorio demarcaciones denominadas Áreas de Salud.

Las Áreas de Salud son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos.

Las Áreas de Salud desarrollan las siguientes actividades:

- a) En el ámbito de la atención primaria de salud, mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atiende al individuo, la familia y la comunidad; desarrollándose, mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, a través tanto de sus medios básicos como de los equipos de apoyo a la atención primaria.
- b) En el nivel de atención especializada, a realizar en los hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquéllos, se prestará la atención de mayor complejidad a los problemas de salud y se desarrollarán las demás funciones propias de los hospitales.

Las Áreas de Salud son dirigidas por un órgano propio, donde participan las Corporaciones Locales en ellas situadas con una representación no inferior al 40 por 100, dentro de las directrices y programas generales sanitarios establecidos por la Comunidad Autónoma.

Estas Áreas se delimitan teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del Área. Aunque puedan variar la extensión

territorial y el contingente de población comprendida en las mismas, deberán quedar delimitadas de manera que puedan cumplirse desde ellas los objetivos que en esta Ley se señalan.

Como regla general el Área de Salud extiende su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000.

Cada provincia tiene como mínimo un Área de Salud.

Para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario, las Áreas de Salud se dividen en zonas básicas de salud.

En la delimitación de las zonas básicas de salud se tienen en cuenta: las distancias máximas de las agrupaciones de población más alejadas de los servicios y el tiempo normal a invertir en su recorrido usando los medios ordinarios, el grado de concentración o dispersión de la población, las características epidemiológicas de la zona y las instalaciones y recursos sanitarios de la zona.

La zona básica de salud es el marco territorial de la atención primaria de salud donde desarrollan las actividades sanitarias los Centros de Salud, centros integrales de atención primaria.

Los Centros de Salud desarrollarán de forma integrada y mediante el trabajo en equipo todas las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva, de los habitantes de la zona básica: a cuyo efecto, serán dotados de los medios personales y materiales que sean precisos para el cumplimiento de dicha función.

Como medio de apoyo técnico para desarrollar la actividad preventiva, existe un Laboratorio de Salud encargado de realizar las determinaciones de los análisis higiénico-sanitarios del medio ambiente, higiene alimentaria y zoonosis.

Cada Área de Salud está vinculada o dispone, al menos, de un hospital general, con los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura de esta y los problemas de salud.

El hospital es el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia.

Hay hospitales generales del sector privado que pueden ser vinculados al Sistema Nacional de Salud mediante protocolo definido, siempre que por sus características técnicas sean homologables, cuando las necesidades asistenciales lo justifiquen y si las disponibilidades económicas del sector público lo permitan.

El sector privado vinculado mantiene la titularidad de centros y establecimientos dependientes del mismo, así como la titularidad de las relaciones laborales del personal que en ellos prestan sus servicios.

Los centros hospitalarios desarrollan, además de las tareas estrictamente asistenciales, funciones de promoción de salud, prevención de las enfermedades e investigación y docencia, de acuerdo con los programas de cada Área de Salud, con objeto de cumplimentar sus actividades con las desarrolladas por la red de atención primaria.

La financiación de la asistencia sanitaria prestada se realizará con cargo a:

- a) Cotizaciones sociales
- b) Transferencias del Estado
- c) Tasas por la prestación de determinados servicios
- d) Por aportaciones de las Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales
- e) Tributos estatales cedidos.

2.2 DERECHO SANITARIO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

En este apartado abordaremos unos campos temáticos en auge y que tienen un importante interés para la actividad diaria del profesional médico:

1. La historia clínica, como el soporte formal y material donde se centraliza toda la actividad relacionada con la prestación sanitaria. Es esencial conocer el deber de guardar la intimidad y confidencialidad y el acceso de los usuarios a la misma.
2. El consentimiento informado, como el derecho fundamental de carácter sanitario cuyo titular es el usuario, lo que se corresponde con un deber del médico para la efectividad del mismo. Se analizarán los supuestos en los que un defectuoso cumplimiento genera responsabilidad médica.
3. El secreto profesional, como un valor esencial que salvaguarda la íntima relación médico-paciente (usuario/cliente).
4. Las responsabilidades legales, (penal y civil) como realidades y exigencias legales que se deben conocer; no sólo de mecanismo de defensa, sino como utilidades para dar tranquilidad y “confort jurídico” en la labor cotidiana de los profesionales médicos.
5. La calidad Jurídica de Procesos, la necesidad de adaptar la actividad médica a unos protocolos estandarizados donde se objetiven las variables jurídicas susceptibles de generar conflictos jurídicos.

La historia clínica en la práctica médica. Naturaleza y dimensiones jurídico-normativas. La protección de datos.

El trayecto asistencial médico es de tracto sucesivo, es decir, no es un hecho puntual y aislado, sino que es continuo, vital, real e íntimo con el usuario. Esto hace que se genere un volumen importante de información de datos tanto de diagnósticos, pronósticos, analíticos, radiológicos, apreciaciones y comentarios subjetivos del médico, etc., ese volumen hace que se deban articular unos procedimientos adecuados para garantizar:

-La intimidad y la confidencialidad.

-La integridad y plenitud de esos datos conforme a la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos.

-La adecuada accesibilidad por personas legitimadas para ello, y con obligación legal de guardar secreto profesional.

Se puede definir la historia clínica como el sustrato material que contiene todo el conjunto de datos directos e indirectos relacionados con la salud de una persona, identificable singularmente con ese conjunto de datos; que es inalienable y tutelada por el derecho a la intimidad, confidencialidad, secreto profesional y el de indemnización. Otra definición más jurídico-normativa puede ser: *La historia clínica viene a configurarse como un conjunto de documentos de carácter jurídico-asistencial que posibilita el derecho de los ciudadanos a la disponibilidad de la información contenida en las historias clínicas y su adecuada utilización en su asistencia sanitaria*¹

Existe una regulación somera de la Historia Clínica y muy dispersa; tal vez uno de los retos actuales de nuestro sistema sanitario sea definir un modelo único de Historia Clínica que acompañe al usuario en toda su vida. La ley 14/ 1986, de 25 de abril, General de Sanidad, reconoce en su artículo 10.11 el derecho de todos “a que quede constancia por escrito de todo su proceso”, y en el artículo 61 se indica que la historia clínico-sanitaria, estableciendo la unidad de ésta, dentro de los límites de cada institución asistencial, y las bases de derecho de acceso a ella; que debe coexistir con las garantías de la confidencialidad de esta.

La historia clínica puede aparecer en formato papel o en soporte informático.

¹ Exposición de Motivos de la Ley 3/2001, de 28 de mayo. Normas reguladoras del Consentimiento informado y de la Historia Clínica.

La historia clínica es un elemento esencial de pruebas en los procedimientos judiciales, no el único porque se pueden aportar otros elementos de prueba para determinar la voluntad del juez o tribunal: testifical, pericial, etc. En este contexto es importante indicar que el deber de custodia de la integridad de la historia corresponde al profesional médico y a la institución bajo cuya dependencia funcional desempeña sus tareas profesionales.

La jurisprudencia del Tribunal Supremo considera una negligencia no custodiar de forma adecuada la historia clínica, y esta ausencia determina que incumba probar al profesional sanitario que actuó con diligencia.²

En la actual era de desarrollo tecnológico y de la sociedad de la información, existe una preocupación por la protección de datos especialmente sensibles a vulneraciones por parte de terceros ajenos. En nuestro ordenamiento jurídico existen dos normas importantes en este sentido: la Ley Orgánica 994/1999, de Protección de Datos de carácter Personal; y el Real Decreto 994/1999, de 11 de febrero, de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.

Los datos de salud poseen una singularidad específica que hace que deban estar especialmente protegidos³; esto hace que cuando un profesional médico trate datos de salud por cualquier medio informático debe instaurar medidas de seguridad de nivel alto (recoge, por ejemplo, la encriptación entre otras medidas de seguridad).

Los datos de salud deben ser tratados y utilizados para fines legítimos y proporcionados; cualquier otro uso requiere el consentimiento de los afectados (por ejemplo, mailings con fines comerciales).

En cuanto a la propiedad y titularidad de la historia clínica, se pueden establecer los siguientes criterios básicos de actuación por parte del profesional médico:

² Véase resolución 584/2012 de la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo

³ Artículo 7.3 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de carácter Personal.

1. Debe entregarse copia de la historia al usuario.
2. Todo acceso debe tener una legitimación y una motivación que justifique el mismo, pues el profesional y el centro sanitario tienen la obligación de custodia e integridad de la historia clínica.
3. El acceso debe ser proporcionado: no se justifica el acceso a una historia clínica de una persona fallecida para analizar la conducta de un profesional sanitario.

Los principios que deben inspirar el acceso son:

- a) Principio de universalidad en el acceso.
- b) Principio de buena fe.
- c) Principio de legitimación: que tenga un interés legítimo en el acceso.
- d) Principio de proporcionalidad.

El consentimiento informado. El derecho a la información de los usuarios de servicios sanitarios.

El derecho del usuario a toda la información relacionada con su salud es un valor esencial a tener en cuenta en la gestión y en la práctica asistencial de los profesionales médicos. El consentimiento informado⁴ constituye un derecho humano fundamental, consecuencia de los clásicos derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia. Derecho a la libertad personal y consecuencia de la autodisposición sobre el propio cuerpo, regulado por la Ley General de Sanidad y actualmente también en el Convenio Internacional para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y de la Medicina.

El consentimiento informado (a tenor del art. 10.5 de la Ley General de Sanidad y del desarrollo que los tribunales han realizado) consistirá en informar al paciente o, en su caso, a los familiares del mismo, siempre, claro está, que ello resulte posible, del diagnóstico de la enfermedad o

⁴ Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, de 11 de mayo de 2001. RJ 2001/6197

lesión que padece, del pronóstico que de su tratamiento puede normalmente esperarse, de los riesgos que el mismo, especialmente si éste es quirúrgico, pueden derivarse y, finalmente, y en el caso de que los medios de que se disponga en el lugar donde se aplica el tratamiento puedan resultar insuficientes, debe hacerse constar tal circunstancia, de manera que, si resultase posible, opte el paciente o sus familiares por el tratamiento del mismo en otro centro médico más adecuado.

Consideraciones a tener en cuenta sobre el consentimiento informado y que avalan la teoría de que estamos ante un verdadero acto administrativo:

- 1) Es un preceptivo deber para el médico
- 2) Es un acto médico indelegable
- 3) Puede ser escrito o verbal. En el supuesto de verbal hay que realizar las correspondientes anotaciones en la historia clínica del usuario.
- 4) No es un mero formulismo
- 5) Es conveniente que existan procedimientos estandarizados
- 6) El incumplimiento del deber de realización del consentimiento informado o cualquier defecto sobre el mismo genera una responsabilidad jurídica del médico y del centro sanitario, con derecho de indemnización para el usuario o sus descendientes (es un daño moral que requiere indemnización con carácter autónomo).
- 7) Existe una obligación para el centro sanitario de facilitar los consentimientos informados⁵ a los profesionales médicos obligados a ello. Por lo tanto, en toda gestión de centros y servicios sanitarios deben existir procedimientos protocolizados que canalicen de forma adecuada el derecho de información y el consentimiento informado.
- 8) En un procedimiento judicial es el profesional sanitario y el centro o servicio donde se encuentre quien debe probar que efectivamente se ha realizado el consentimiento informado.

⁵ T.S. (Sala 3ª. Sección 6ª). Sentencia 4 de abril de 2000.

El secreto profesional. Intimidad y confidencialidad.

El secreto profesional tiene rango constitucional en el artículo 20.1d de la Constitución española de 1978. Conforme al artículo 61 de la Ley General de Sanidad, deben quedar plenamente garantizados el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar y el deber de guardar el secreto por quien, en virtud de sus competencias tenga acceso a la historia clínica.

Se trata de una obligación importante para el profesional médico, cuyo incumplimiento tiene una sanción penal de acuerdo con el artículo 199.1 y 199.2 del Código Penal de 1995:

- 1) *El que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses.*
- 2) *El profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años.*

La violación, el menoscabo y cualquier vulneración del secreto por el profesional médico, suponen un ataque al derecho fundamental al honor, a la intimidad y a la propia imagen del usuario.

Responsabilidades legales de los profesionales de la Medicina. Responsabilidad penal y civil del médico.

La exigencia de responsabilidad jurídica por el incumplimiento de un deber legalmente establecido, es una condición necesaria para la estructuración de la relación médico-usuario. La responsabilidad jurídica surge por un actuar médico no diligente (incumplimiento de un deber objetivo de cuidado) que se traduce en un daño en el usuario, surgiendo así, a favor de éste un derecho a un resarcimiento (indemnización por ese daño y ese perjuicio).

La obligación que se le demanda al profesional médico es de dos tipos en función de la naturaleza de la prestación de que se trate:

- a) Obligación de medios: es exigible en medicina curativa. La diligencia obliga a agotar todas las posibilidades y medios para la curación del paciente o usuario.
- b) Obligación de resultados: es exigible en medicina satisfactiva (cirugía estética no curativa, vasectomías y ligaduras de trompa). La obligación es de un resultado concreto y determinado, y si no se logra surge el derecho a la indemnización de daños y perjuicios.

En el enjuiciamiento de la responsabilidad jurídica de los médicos, existe un concepto valorativo, que se ha desarrollado en la práctica de los jueces y tribunales; es la doctrina *lex artis ad hoc*. Esta doctrina supone una norma de valoración adecuada a la generalidad de actuaciones profesionales médicas ante casos similares y que debe ser aplicada a una concreta y determinada actuación médica, sin que ello pueda significar una apuesta segura de sanación o curación médica total o parcial.

Calidad jurídica de procesos.

Los aspectos legales en la práctica médica son una dimensión de análisis y aproximación a la asistencia sanitaria que se encuentra en pleno proceso de expansión. La variable jurídica se ha unido con intensidad a la actividad médica.

El fenómeno de la judicialización (aumento de reclamaciones y demandas judiciales contra los médicos) supone un esfuerzo de adaptación individual y colectiva del personal facultativo. Esto es imprescindible para minorar las consecuencias del impacto de los medios de comunicación y de la pérdida de confianza de los usuarios.

En esa línea, la formación, el conocimiento y las dinámicas asistenciales deben tener actualizados y procedimentados los aspectos legales tan básicos como la historia clínica, el consentimiento informado, el secreto profesional y las responsabilidades jurídicas; y conforme a eso, es necesario que existan procedimientos estandarizados que objetiven de forma clara las variables jurídicas y los criterios de actuación ante conflictos jurídicos.

En definitiva y a modo de conclusión, en lo que aspectos legales se refiere, el profesional médico debe respetar la intimidad y la confidencialidad del usuario de servicios sanitarios con el máximo sometimiento a su deber legal de secreto profesional, sabiendo, además, que su incumplimiento hace que incurra en un ilícito penal. Además, la eclosión de una cultura de consumidor de los usuarios de los servicios sanitarios justifica desarrollar la máxima diligencia en la materialización del derecho de información sobre su salud de los pacientes y, en concreto, la constatación fehaciente del consentimiento informado. Debe ser consciente el profesional médico y la entidad que pueda dar cobertura formal a su actividad, que la no realización de dicho derecho al consentimiento informado genera un daño moral que debe ser indemnizado.

En referencia a la historia clínica (como soporte funcional que recoge todo el proceso asistencial del usuario) debe garantizarse su plenitud y su integridad, tanto del secreto profesional, como mediante su adaptación a la legislación sobre protección de datos. En cuanto al acceso a la historia clínica por parte del usuario, debe facilitarse el máximo ejercicio de este derecho, siempre que se inspire en los principios de buena fe, legitimación y proporcionalidad.

2.3 ESTRUCTURA ACTUAL DE LAS CONSULTAS EXTERNAS (CCEE)

Consulta

Todo acto médico realizado de forma ambulatoria, en un local de consultas externas, para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente, con base en la anamnesis y exploración física.

Los elementos claves de esta definición son:

- Acto médico, es decir realizado por un médico (de Atención Especializada).
- Realizado de forma ambulatoria, es decir en un paciente ambulatorio.
- Con base en la anamnesis y exploración física, es decir, la consulta puede acompañarse de pruebas exploratorias, pero la realización aislada de estas últimas no es sinónimo de consulta.

Físicamente, una consulta puede tener lugar en las consultas externas del propio hospital o de los centros de especialidades periféricos (CEP), en el centro de salud (programa de desplazamiento de especialistas), y en general en cualquier punto de la red asistencial.

Por tanto, no se califican como consultas:

- Las realizadas por personal de enfermería.
- Las realizadas a pacientes ingresados por peticiones entre Servicios de un mismo hospital
- La realización o el informe de pruebas diagnósticas o terapéuticas.
- La extracción de muestras.
- Los meros actos de cumplimentación de impresos de peticiones.

Primera consulta

La efectuada a un paciente por primera vez en una unidad asistencial concreta y por un proceso concreto.

Se considerarán primeras consultas:

- Todas las solicitadas por iniciativa del médico de Atención Primaria (AP) en una unidad de especialización concreta para pacientes no atendidos con antelación en esa unidad y para los que habiéndolo sido, ya fueron dados de alta por el médico especialista, acreditado mediante informe escrito.
- Las interconsultas con otra especialidad como elemento de progresión diagnóstica en el estudio de un paciente.
- Las consultas de cribaje poblacional. Estas consultas constituyen una actividad preventiva dirigida a la población sana, por lo que deberán ser asumidas progresivamente por los Equipos de Atención Primaria.

No se consideran primeras consultas las derivaciones entre médicos de la misma especialidad o unidad asistencial, aun cuando sea desde una consulta general a una monográfica o de un centro de especialidades al hospital.

Los protocolos de derivación Primaria-Especializada que conlleven derivaciones pautadas al médico especialista, deberán explicitar si dichas derivaciones deberán computarse, o no, como primeras consultas, así como el nivel asistencial al que se imputan. En el caso de pacientes que acuden a urgencias, se promoverá el seguimiento del paciente por su médico de Atención Primaria. Excepcionalmente, y cuando la situación del paciente lo aconseje, se citará en Atención Especializada, la cual tendrá la consideración como una consulta nueva imputable a AE.

Consulta sucesiva

Toda aquella que deriva de una primera consulta o consulta sucesiva previa o se genera como seguimiento de un proceso de hospitalización, relacionada con una prestación específica o una misma especialidad, hasta el alta definitiva o su remisión a AP.

Por tanto, se consideran consultas sucesivas todas las revisiones determinadas por decisión del médico especialista, con independencia del tiempo que transcurra entre las mismas y de la instancia administrativa donde se tramite la cita.

Consultas de alta resolución

Es una consulta, primera o sucesiva, en la que en un mismo día se realizan al paciente las exploraciones complementarias solicitadas y en consecuencia, este recibe diagnóstico y orientación terapéutica (y alta si procede).

Clasificación de las consultas según la prioridad clínica

Consulta preferente

De manera operativa, se considera que una consulta (primera o sucesiva) es preferente cuando el proceso y/o situación clínica del paciente, respondiendo, con carácter general a criterios consensuados y protocolizados de prioridad clínica, exige un tiempo de espera inferior al existente en esa especialidad para la obtención de una cita en un momento dado.

El criterio de preferencia se basará exclusivamente en motivos clínicos, y no en la procedencia del paciente (es decir de Atención Primaria o Atención Especializada).

Consulta ordinaria.

Es la consulta cuya cita se puede mantener dentro del plazo de demora existente.

Cartera de servicios

Todo centro tendrá explícitamente definidas las prestaciones disponibles en CCEE, especificando claramente la forma de acceso a las mismas: libre, protocolizada o restringida, para Atención Primaria y/o Atención Especializada. Esta cartera deberá ser aprobada por la Dirección, conocida por todas las instancias implicadas y actualizada periódicamente.

Peticionarios

La solicitud de una consulta externa es una decisión clínica exclusiva del médico, bien de Atención Primaria o Atención Especializada. El médico solicitará una consulta con el especialista en el momento que haya agotado la vía diagnóstica y terapéutica que está a su alcance.

Agenda

Es la estructura organizativa de la actividad asistencial en consultas, sobre la que se produce la cita de un paciente. Está definida por una carga de actividad y rango horario determinados. En su configuración no se debe contemplar la asistencia a casos urgentes que tendrá su propia mecánica al margen de la actividad programada.

Alta

Cuando el médico especialista determine el término de la valoración diagnóstica y/o terapéutica en atención especializada se producirá el alta del paciente en consulta externa. Sólo será considerada alta aquella que vaya refrendada mediante informe clínico y registro en la historia del paciente.

El proceso ambulatorio en consulta externa debe orientarse a la máxima resolución de ésta, primando el estudio y tratamiento inicial del paciente, potenciando el seguimiento evolutivo por su médico de Atención Primaria.

Datos mínimos recomendados para solicitud y trámite de consultas primera y sucesiva

Tabla 1. Datos para la solicitud de consultas.

Fuente: Guía de Gestión de Consultas Externas en Atención Especializada.

	Primera consulta	Consulta sucesiva
Identificación del paciente	N ^o de CIP o de historia clínica (según proceda en cada caso); nombre y apellidos; sexo; fecha de nacimiento, teléfono de contacto. En el caso de que la cita se tramite en Atención Primaria, además, la dirección postal completa; aseguramiento (n ^o de afiliación/nombre del titular)	N ^o de historia clínica; nombre y apellidos
Peticionario	Médico que solicita la cita (código de identificación del puesto de trabajo); Procedencia de la solicitud: Servicio que solicita la cita (si es de Atención Especializada) o Centro de procedencia (si es de Atención Primaria)	Médico que solicita la cita (código de identificación del puesto de trabajo); Servicio que solicita la cita
Prestación solicitada	Servicio/Médico para el que se solicita la cita; agenda solicitada; en el tipo de prestación solicitada vendrá consignada “primera”; prioridad clínica de la solicitud (preferente u ordinaria)	Servicio/Médico para el que se solicita la cita; agenda solicitada; en el tipo de prestación solicitada vendrá consignada “sucesiva”. Fecha en el que debe citarse.
Datos clínicos	Resumen de anamnesis, exploración física, exploraciones complementarias; motivo de la solicitud; diagnóstico de sospecha; tratamiento en curso. Especificar si el paciente está en Incapacidad Temporal.	
Datos administrativos	Fecha de emisión de la interconsulta; fecha de atención en la urgencia (si procede urgencias); además si es de Atención Primaria: Centro de Salud que tramita la solicitud de cita, y observaciones que condicionen la gestión de la cita.	Fecha de solicitud de la cita; fecha de alta de hospitalización; fecha aproximada en que debe citarse al paciente.

Contenido del registro de consultas externas

Tabla 2. Contenido del registro de consultas.

Fuente: Guía de Gestión de Consultas Externas en Atención Especializada.

Datos de identificación	Nombre y apellidos del paciente Número de historia clínica para identificación del proceso Nº Código de Identificación Personal o nº de afiliación de la Seguridad Social Código de identificación Territorial (CITE) Fecha de nacimiento Teléfono de contacto Dirección postal completa Sexo
Peticionario (solicitante de la visita)	Atención Primaria: código CIAS del médico que deriva y Centro Atención Especializada (código del Servicio y médico que solicita la cita) Hospitales/áreas de referencia (a partir del código CITE) Otras instancias (Centro de Atención a Drogodependientes, INSERSO...)
Área Clínica	Para hospitales donde se encuentren en funcionamiento las áreas clínicas acreditadas
Especialidad solicitada	Código del servicio para el que se solicita la cita
Agenda asignada	Agendas de los distintos servicios asistenciales
Centro de realización de la consulta	Hospital CEP Otras dependencias
Tipo de prestación solicitada	Primera Sucesiva
Tipo de consulta	Normal o de alta resolución
Prioridad Clínica	Ordinaria o preferente
Financiador	Seguro de accidente de tráfico, mutuas, otros...
Historial de la cita	Cita original Reprogramación a petición del paciente o del propio hospital
Circunstancias de la solicitud de la cita	Cita en primer hueco libre Aplazamiento voluntario (por libre elección de médico/por otros motivos) Cita a fecha fija por criterio médico
Fecha de la cita	Para consultas con fecha de cita previamente determinada
Fecha de tramitación de la cita	Coincide con el día del registro de la citación
Fecha consulta	Registro de la fecha en la que debe acudir a consulta
Fecha de salida	Para los casos en los que se anula la cita

2.4 INDICADORES ACTUALES DE ASISTENCIA

Los indicadores a medir serán dos:

Tiempo de espera: es el tiempo transcurrido en minutos desde que el paciente introduce su tarjeta SIP en la máquina receptora hasta que el médico abre su historia en el sistema informático para comenzar la visita médica.

Porcentaje de pacientes con espera superior a 15 minutos: número de pacientes con espera superior a 15 minutos respecto al total de pacientes asistidos. Este parámetro es importante ya que si sólo habláramos de medias, los valores extremos, especialmente y como es obvio, los extremos superiores no los estaríamos teniendo en cuenta. Supongamos que en una consulta existieran sólo 4 pacientes: uno espera 2 minutos, otro 3, otro 4 y el último 30 minutos; el tiempo medio sería de 9,75, correcto en teoría pero tendríamos un paciente que ha esperado 30 minutos!.

A continuación presentamos una tabla y gráficos con los indicadores de asistencia pertenecientes a las consultas externas de traumatología del Área de Salud 23 de la Comunidad Valenciana correspondientes al año 2013.

Tabla 3. Indicadores asistencia.
Elaboración propia.

	Nº pacientes atendidos	Nº pacientes espera > 15	Tiempo espera medio	% espera > 15 min.
Enero	1.006	302	16,46	30,02%
Febrero	990	249	16,07	25,15%
Marzo	721	117	14,80	16,23%
Abril	858	254	21,23	29,60%
Mayo	893	274	18,61	30,68%
Junio	913	233	17,51	25,52%
Julio	818	364	32,87	44,50%
Agosto	352	103	20,39	29,26%
Septiembre	748	153	14,95	20,45%
Octubre	783	175	22,19	22,35%
Noviembre	738	244	24,66	33,06%
Diciembre	562	139	15,73	24,73%
Total	9382	2607	19,62	27,63%

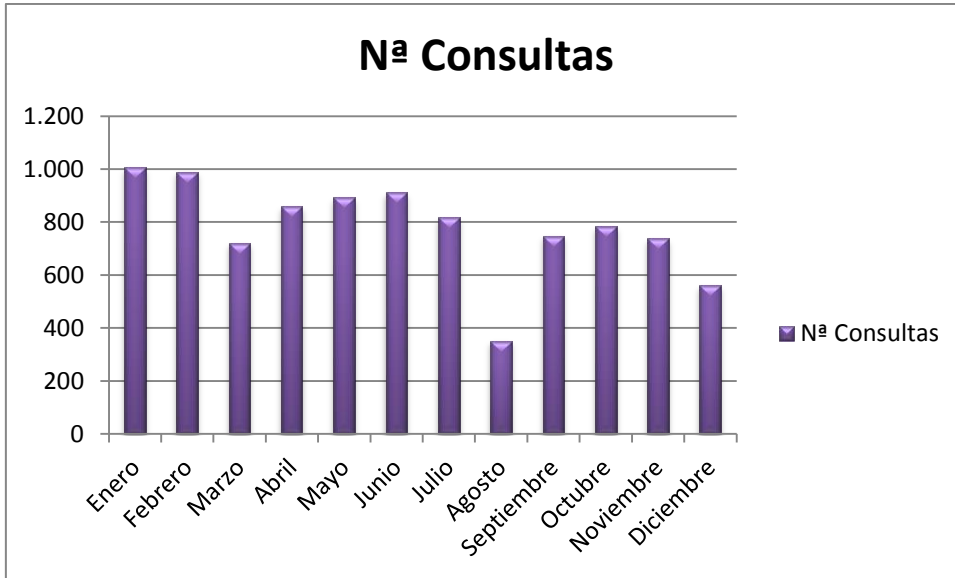


Ilustración 1. Número de consultas.
Elaboración propia.

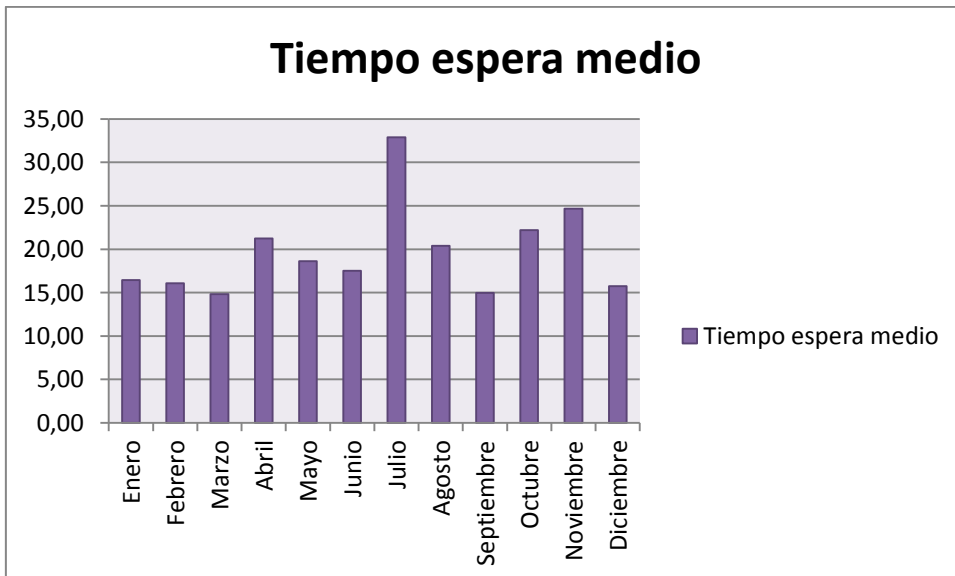


Ilustración 2. Tiempo de espera medio.
Elaboración propia.

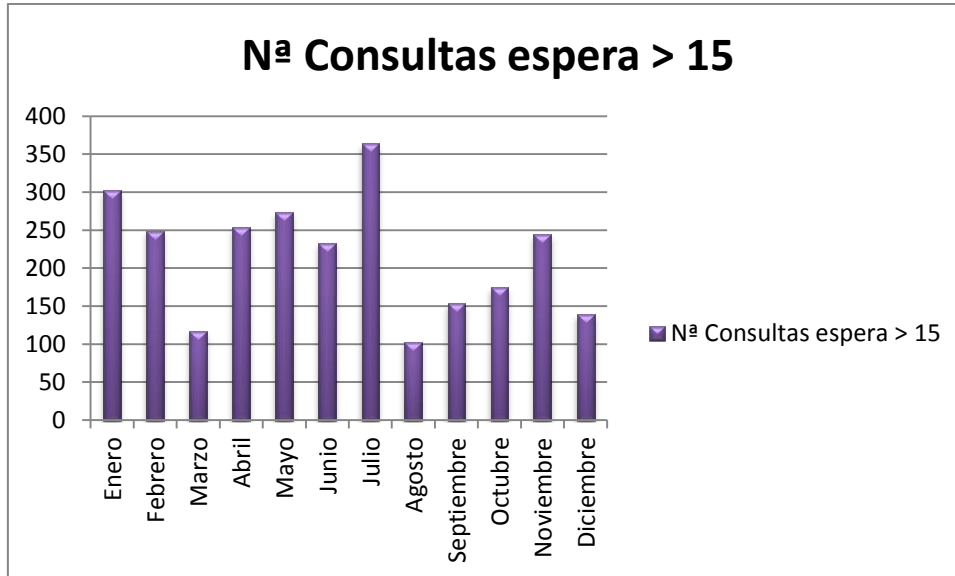


Ilustración 3. Consultas espera>15m.
Elaboración propia.

3 PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE: METODOLOGÍA

La metodología utilizada en este TFC es la observación de un caso real para posteriormente analizarlo y presentar las oportunas propuestas de mejora.

3.1 CIRCUITO DE ATENCIÓN AL PACIENTE

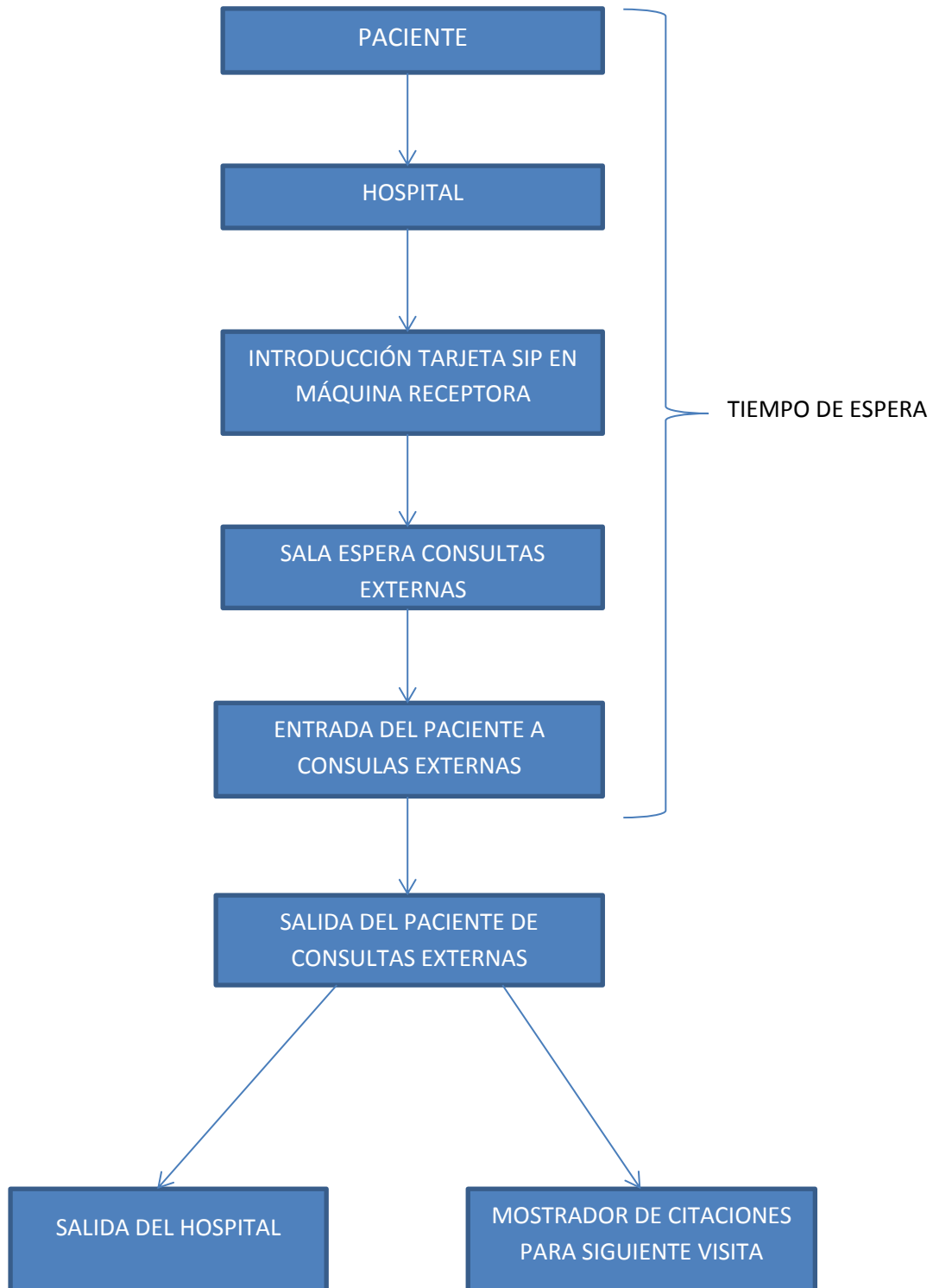


Ilustración 4. Circuito de Atención al Paciente.
Elaboración propia.

3.2 GESTIÓN POR PROCESOS

3.2.1 SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

La gestión por Procesos existe desde hace décadas. De eficacia contrastada, es un enfoque adoptado por ISO 9001 para la Gestión de la Calidad.

La norma ISO 9001 es un referente internacional para el diseño de Sistemas de Gestión de la Calidad.

El objetivo que subyace en esta normalización es el de conseguir y mantener la calidad real del producto o servicio de acuerdo con los requisitos normativos, especificados por el cliente o por la propia empresa. Para ello se requiere interpretar y adaptar la norma para su adaptación a las características y tipo de producto o servicio de cada empresa.

La norma ISO 9001 no es un estándar de producto ni requisitos que un bien deba cumplir, ya que en ella no hay ningún criterio de aceptación de productos o servicios. Establece los requisitos de un Sistema de Gestión de la Calidad, siendo complementario de los requisitos del producto.

ISO aporta su enfoque sistemático y sistémico de la gestión.

El referencial es un compendio de experiencias y, en este sentido, un gran capacitador para el diseño de Sistemas de Gestión de la Calidad. Por otra parte, incluye los requisitos a considerar cuando el sistema quiere certificarse; en este sentido, para algunos, es cuando aparecen sus limitaciones.

El esfuerzo consiste, pues, en alcanzar un equilibrio responsable entre requisitos de la norma y eficacia del Sistema de Gestión (objetivos de mejora de la satisfacción del cliente sin olvidar la necesaria eficacia de la empresa).

Como toda norma, contiene requisitos mínimos para poder ser de obligado cumplimiento; nada ni nadie impiden que sus ventajas se apliquen a los procesos más relevantes para cada Organización.

Ocho son los principios que ISO propone considerar y respetar en la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad.

Equivalen a los valores sobre los que se sustenta la “cultura de la calidad”:

1) *Enfoque a cliente*

La empresa depende de sus clientes; por ello, debería comprender sus necesidades y expectativas actuales y futuras, satisfacerlas y mejorar su percepción.

Acciones:

- Comprensión de sus necesidades y expectativas actuales y potenciales. Integrarlas con los objetivos empresariales.
- Comunicarlas a lo largo de toda la empresa.
- Equilibrio en la satisfacción de todas las partes interesadas: clientes, personal, suministradores, sociedad y propietarios.
- Gestión operativa coherente con este principio; personas con las competencias necesarias.
- Medir la satisfacción de los clientes para mejorarla.

2) *Liderazgo*

Crear y mantener unidad de propósito y un ambiente interno que permita al personal involucrarse en la consecución de los objetivos de la empresa.

Acciones:

- Establecer una clara visión del futuro de la empresa y un esquema de valores compartidos.
- Establecer objetivos y metas ilusionantes.
- Implantar estrategias para conseguir los objetivos.
- Promover una comunicación abierta y honesta.
- Desarrollar a las personas del equipo para que actúen libremente con responsabilidad y autoridad.
- Comprender y responder a los cambios en el entorno.

3) Participación de las personas

El personal es el activo más importante de la empresa. Apoyar su aprendizaje y optimizar el conocimiento; su compromiso hace posible que sus competencias sean utilizadas en beneficio de la empresa.

Acciones:

- Comprometer a las personas con los objetivos.
- Búsqueda activa de oportunidades de mejora y de desarrollo de las competencias personales.
- Fomento del trabajo en equipo para compartir conocimiento y experiencia. Implicarlas mediante la formación.
- Innovación y creatividad para alcanzar los objetivos de la empresa.
- Responsabilidad en la resolución de problemas.
- Todo ello enfocado hacia la creación de valor.

4) Enfoque basado en Procesos

Los resultados deseados se alcanzan más eficazmente cuando los recursos y las actividades se gestionan como un proceso.

Acciones:

- Identificar, formalizar y gestionar los procesos necesarios para la consecución de los objetivos deseados.
- Comprender las necesidades de los clientes externos e internos.
- Evaluar los riesgos de los procesos.
- Asignar un propietario a cada proceso.
- Asignar los recursos necesarios para el funcionamiento de los procesos y usarlos de manera eficaz.
- Evaluar su funcionamiento.

5) Enfoque de Sistema para la Gestión

Mejorar la eficacia de la empresa mediante la identificación, comprensión y gestión de un sistema de procesos interrelacionados.

Acciones:

- Definir y estructurar el Sistema de la Calidad.
- Comprender las interacciones entre los procesos.
- Mejorar continuamente el Sistema de Gestión mediante la medición, evaluación y análisis.

6) Mejora Continua

Un propósito permanente para la empresa.

Acciones:

- Que la mejora continua sea un valor cultural para todas las personas de la Organización.
- Promocionar actividades basadas en la prevención.
- Fomentar el uso de las herramientas para el análisis y la resolución de problemas.
- Involucración y pilotaje de Dirección.
- Determinar un esquema de objetivos y medidas para orientar los esfuerzos de mejora.
- Planificar adecuadamente las iniciativas de mejora.

7) *Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones*

Las decisiones eficaces se basan en la información obtenida al analizar los datos recogidos (cliente, procesos y producto). La toma de decisiones, de manera responsable, es parte del trabajo de todos.

Acciones:

- Recogida de datos e información relativa al objetivo.
- Asegurar la fiabilidad y accesibilidad de datos e información.
- Comprender la información.
- Toma de decisiones equilibrando análisis de datos con experiencia e intuición.

8) *Relaciones mutuamente beneficiosas con el suministrador*

Los suministradores son un valioso recurso externo que hay que gestionar con eficacia para aumentar la capacidad de ambos (cliente y proveedor) para crear valor (productos y procesos).

Acciones:

- Identificar los suministradores clave para la consecución de los objetivos (estratégicos y operativos).
- Equilibrio corto/largo plazo en las relaciones.
- Desarrollo y mejora conjunta de productos y procesos.
- Comprender y compartir la información sobre las necesidades del cliente común.
- Implicación en la satisfacción del cliente basada en confianza y compromiso.

3.2.2 LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS

En las organizaciones los procesos hacen referencia a las secuencias ordenadas de actividades que deben realizarse para completar un trabajo, al final del cual se obtiene un producto o un servicio. Los procesos persiguen el objetivo de satisfacer las necesidades concretas del cliente interno o externo a la organización.

En la Administración pública se utiliza más el término “procedimiento”, que suele implicar una mayor formalización, que el término “proceso”. Se entiende por procedimiento administrativo la secuencia ordenada de etapas que se siguen para efectuar de forma completa cualquier actuación de una Administración pública.

El análisis de procesos implica una visión dinámica de cómo la organización añade valor en sus actividades y su estudio supone una mejora continua de cómo se hacen las cosas. La orientación a los procesos obliga a un rediseño de los puestos de trabajo y a una mejor utilización de las tecnologías de la información.

La actuación en la que culmina el procedimiento administrativo es el resultado de unas aportaciones individualizadas o colectivas de un conjunto determinado de profesionales de la Administración pública.

Para llevar a cabo una actuación se debe contar con la participación de las unidades administrativas, cuyas funciones estén relacionadas con la actuación. Estas aportaciones se deben hacer siguiendo un orden lógico, coherente con la actuación. El objetivo del procedimiento administrativo, incluye:

1. Definir sin ambigüedades cuáles son las unidades o los participantes en una actuación.
2. Definir las etapas en las que se debe concretar la actuación y ordenarlas en el tiempo.

3. Definir unas agrupaciones de unidades participantes en un procedimiento que pueden o no coincidir con la estructura orgánica formal. Las unidades participantes en un procedimiento completo definen una constelación de trabajo propia.

Mediante el procedimiento administrativo se garantiza tanto la tutela de los intereses generales como la satisfacción del interés concreto del ciudadano que se relaciona con aquélla. Así, por ejemplo si un ciudadano solicita una subvención debe comprobarse, con el fin de respetar los intereses generales, que reúne todos los requisitos establecidos para acceder a la misma.

Las fases de tramitación de un procedimiento administrativo son:

1. Fase previa: Antes de la iniciación formal del procedimiento puede darse un trámite dirigido al conocimiento y comprobación de hechos y circunstancias, y de cuya realización se derivará la decisión de iniciar o no el procedimiento.
2. Fase inicial: Es el momento en el que comienza la tramitación del procedimiento por la unidad responsable, y a partir del cual se inicia el cómputo de los plazos de tramitación que deben ser respetados por la unidad gestora del mismo.
3. Fase de desarrollo: El desarrollo o instrucción del procedimiento puede agrupar las acciones de elaboración del informe, búsqueda de pruebas, audiencia, información pública y propuesta de resolución.
4. Fase final: La determinación del momento final del procedimiento está constituido por la adopción de la correspondiente resolución por el órgano administrativo correspondiente. Existen otras formas de terminación de los procedimientos como son la finalización mediante un acuerdo de voluntades entre la Administración y el interesado, el desistimiento o la renuncia del interesado y la imposibilidad material de continuar el procedimiento por causas sobrevenidas, caducidad y prescripción.

5. Fases posteriores: El ciudadano puede manifestar su disconformidad con lo resuelto mediante un recurso administrativo, que constituye un procedimiento autónomo, en virtud del cual el interesado pretende la revisión del acto administrativo por considerar que no se ajusta a derecho. Podrá presentar recurso contencioso-administrativo o recurso ordinario, dependiendo de que la resolución ponga o no fin a la vía administrativa. Otra forma de revisión del acto administrativo es la revisión de oficio, en a que es la propia Administración la que procede a revisar sus actos.

En cuanto a su análisis, el procedimiento puede dividirse en tres grandes fases: inicio del procedimiento, ejecución del procedimiento y entrega final. En cada una de estas fases podemos establecer una pregunta clave que habría que responder:

Inicio del procedimiento: ¿Es posible reducir el número de veces que se ejecuta el procedimiento? En el inicio del procedimiento se encuentran los generadores de la actividad: solicitudes, reclamaciones, denuncias, etc., que desencadenan la ejecución del procedimiento. Disminuyendo estos generadores de actividad, sin menoscabo de los objetivos, se disminuye la actividad y se acelera el proceso.

Procedimiento en ejecución: ¿Es posible simplificarlo? ¿Es posible automatizarlo? Evitando disminuir el valor añadido del proceso se elimina toda actividad irrelevante y se automatiza/informatiza al máximo.

Producto final: ¿El producto final responde a las necesidades de la organización y del ciudadano-cliente? Hay que verificar que se cumplen los objetivos.

Se propone el siguiente orden en el análisis de los procedimientos administrativos para conseguir la máxima eficacia:

1) Analizar el producto final. Si no se satisfacen las necesidades tanto de la organización como del cliente, no hay que proceder a ninguna racionalización. Se suprime el producto y el procedimiento.

- 2) Analizar el inicio del procedimiento. Es más fácil trabajar con pequeños volúmenes de documentos que con grandes volúmenes siempre y cuando la complicación del procedimiento sea la misma. Se tratará de reducir el tamaño del problema reduciendo los generadores de actividad.
- 3) Analizar el procedimiento en ejecución. Después de realizar el análisis de las dos etapas anteriores (justificar la necesidad del procedimiento y reducir su tamaño al mínimo imprescindible) se procede a la racionalización del procedimiento en sí.

En la mayoría de veces, cuando se decide estudiar un procedimiento administrativo es porque se detectan problemas importantes o posibilidades claras para mejorarlo, esperando una serie de resultados.

La siguiente tabla representa los impactos esperados tras el análisis y posterior racionalización de los procedimientos:

Tabla 4. Impactos tras análisis de procedimientos.
Elaboración propia.

Resultados	Impacto
Disminución de costes administrativos. Reducción de plazos operativos de gestión y de respuesta. Reducción del tiempo de obtención de la información. Eliminación de “cuellos de botella”. Agilización de los canales internos de información. Distribución más equilibrada de las cargas de trabajo. Simplificación burocrática.	Reducción de tiempo. Reducción de consumo de papel. Reducción de espacio. Reducción de costes de administración. Reducción de costes de personal. Reducción de la cadena de mando.

En el análisis de los procedimientos administrativos, se debe tener en cuenta:

Estrategias generales: se presentan tres estrategias previas que sirvan de orientación para un análisis correcto de los procesos-procedimientos administrativos:

- 1) Auditar los procesos de manera selectiva: cuando el número de procesos por auditar es demasiado elevado es necesario efectuar una selección de los procesos que resulten más importantes para la actividad de la organización. Los criterios para esta selección dependerán de los objetivos que tenga el análisis. Algunos criterios pueden ser:
 - a) Reducción de los tiempos muertos del proceso. Tomaremos aquellos procesos en los que el ratio tiempo de tránsito/tiempo de proceso sea mayor.
 - b) Reducción de los tiempos de proceso. Tomaremos los procesos en los que el tiempo de proceso sea mayor.
 - c) Reducción del tiempo total de proceso. Auditaremos los procesos en los que el producto tiempo de proceso por volumen de producción sea mayor.
 - d) Aumento de la calidad del proceso. Auditaremos los procesos que tengan una tasa de rechazo de los productos finales máximo.
 - e) Aumento de la calidad del total de procesos. Auditaremos los procesos que tengan el producto tasa de rechazo por volumen de producción máximo.
- 2) Incluir al ciudadano-cliente en el análisis del procedimiento: Un análisis completo de procedimientos administrativos puede utilizar cualquiera de los criterios anteriores, sin embargo, es conveniente incluir en el análisis la participación del ciudadano-cliente. Este tiene una participación activa en el proceso, incurre en unos costos y reclama una calidad de servicio. Por tanto, y especialmente en el proceso que nos ocupa en el presente proyecto, a los criterios mencionados añadiremos otros que optimicen el proceso según las

necesidades del ciudadano cliente: minimización del tiempo que ha de dedicar el receptor, minimización de costes, simplificación de documentos, etc.

- 3) Racionalizar los procesos, estudiando las alternativas técnicas posibles: no confundir racionalización con informatización. La racionalización es una etapa previa a la informatización; esta no es más que una posible solución técnica referida a los medios con que se realiza el proceso, que se propone después de la racionalización (que significa hacer el proceso más eficiente, más rápido, despojarlo de actividades sin valor añadido, etc.).

Etapas en el análisis de procedimientos administrativos:

- 1) Determinación de las causas que justifican el análisis de un procedimiento administrativo concreto:
- Detectar las características del problema que provoca el análisis del procedimiento. Normalmente estos problemas suelen ser la duración excesiva del tiempo que se necesita para completar todos los trámites de que consta el procedimiento, la redundancia de trámites entre unidades o un número elevado de impresos en el procedimiento.
 - Averiguar por qué la característica que se trate constituye un problema para el procedimiento, o lo que es lo mismo, averiguar que provoca que esta característica sea crítica en el desarrollo de las actividades.
 - Si se trata de decidir cuáles son los procedimientos más apropiados dentro de un conjunto de diferentes procedimientos, se puede establecer una escala en la que se comparen los tipos de procedimiento y una serie de características asociadas, por ejemplo, el volumen de gestión o el impacto estimado de cada uno de los procedimientos. Sobre esta base, se seleccionan los procedimientos que representen el máximo impacto o un mayor volumen de gestión.

- 2) Definir la naturaleza y las características generales del procedimiento administrativo: para llevar a cabo la racionalización de un procedimiento administrativo hay que analizar la información haciéndose la siguiente pregunta:
- ¿Qué trabajo se hace? Se determina el objetivo del procedimiento en general y de las aportaciones de cada unidad administrativa y los resultados que se obtienen en particular.
 - ¿Quién lo hace? Se intenta definir qué unidades administrativas y profesionales intervienen en el procedimiento y definir las aptitudes y actitudes que adoptan en la realización de las mismas.
 - ¿Cómo se hace? Se busca determinar los medios con los que se cuenta para realizar las diversas actividades, atendiendo a los métodos y técnicas aplicados.
 - ¿Cuándo se hace? Se determina el orden en que se desarrollan las actividades del procedimiento y la participación de las diversas unidades administrativas.
- ¿Por qué se hace? Se busca la justificación de la existencia del procedimiento y de las fases que agrupa. Se pretende conocer los objetivos de todas las operaciones o actividades que integran un procedimiento.
- 3) Definir el circuito administrativo completo: en el procedimiento administrativo se debe determinar:
- La secuencia completa y ordenada del procedimiento (se consignan todos los trámites ordenados cronológicamente y los agentes de estos trámites).
 - El conjunto de impresos de que consta el procedimiento.
 - Los participantes en el procedimiento (sean internos o externos). Los destinatarios del procedimiento se consideran aparte pero se incluyen en el análisis.

- El circuito físico del procedimiento (el recorrido entre unidades, puestos de trabajo, etc.)
 - Los medios utilizados para la realización de cada trámite.
 - El tiempo transcurrido para la realización de cada trámite.
 - El tiempo transcurrido entre la realización de un trámite y el siguiente. Es muy conveniente diferenciar entre el tiempo de proceso (o de trabajo efectivo) y el tiempo de traslado (o de espera para pasar de un trámite a otro).
- 4) Detección de anomalías en el circuito analizado, detección de los problemas y de sus causas: en esta fase se trata de detectar los factores perturbadores del procedimiento. Desde un nivel genérico a un nivel específico, se deben determinar:
- Problemas generales (por ejemplo, retraso en la resolución del procedimiento).
 - Problemas específicos (son los problemas que, en conjunto, provocan un problema general; por ejemplo, los retrasos en los trámites X e Y que hacen que se demore la resolución del procedimiento).
 - Causas de los problemas específicos.
- 5) Propuesta de racionalización: a partir de toda la información recopilada en los apartados anteriores se puede llegar a unas conclusiones objetivas y hacer una propuesta de racionalización que tenga en cuenta los puntos siguientes:
- Simplificación del procedimiento.
 - Reducción del tiempo medio de gestión.
 - Reducción al mínimo de los tiempos de traslado y transporte.
 - Reducción de errores.
- Se establece como resultado la descripción de las operaciones o actividades del procedimiento en una forma precisa y el objeto de perfeccionarlo con las siguientes propuestas de mejora:

- a) Eliminar el trabajo innecesario. Se parte del principio de que todo procedimiento es susceptible de ser mejorado, eliminando esfuerzos, documentos, operaciones o tareas innecesarias.
- b) Modificar las operaciones o actividades o partes de las mismas. Una mejora muy usual es fusionar dos operaciones en una sola o bien cambiar el orden de las operaciones que hagan el procedimiento más lógico y eficiente (por ejemplo, eliminar los desplazamientos superfluos de los documentos).
- c) Simplificar las operaciones o actividades imprescindibles. Analizando de forma detallada cada operación o actividad se pueden aportar simplificaciones importantes.
- d) Modificar las actividades de las unidades administrativas y/o de los puestos de trabajo y equilibrar las cargas de trabajo. En algunas ocasiones los procedimientos se congestionan en unas determinadas unidades debido a una deficiente distribución de las cargas de trabajo ocasionado por un déficit en la formación del personal. Es necesario hacer propuestas de mejora organizativa de las unidades y puestos de trabajo que se configuran en los “cuellos de botella” del procedimiento.

Técnicas de análisis y mejora de procedimientos administrativos

Las fuentes de información para el análisis de procedimientos pueden ser los manuales de procedimientos, si existen, conjuntamente con la observación directa y la entrevista con los responsables del proceso general y de las etapas principales. Esta información se complementa con la documentación asociada al proceso. En el caso de analizar procedimientos administrativos la fuente documental básica es el expediente administrativo, ya que éste ilustra paso a paso todas las transformaciones/operaciones que sufre a lo largo de los trámites el procedimiento.

La información necesaria es:

- Producto o servicio resultado del procedimiento.
- Circuito del proceso: secuencia de actividades, efectivos, recursos materiales.
- Rutas físicas (desplazamientos entre las diferentes estaciones del proceso).
- Estructura orgánica del personal.
- Evaluación del personal (adecuación, incentivos).
- Sistemas de regulación.
- Medidas de normalización.
- Estado de las alarmas del proceso.

Existen muchas técnicas distintas para hacer un análisis y propuesta de racionalización de procedimientos administrativos, algunas de estas técnicas son: Mejora de Operaciones Críticas, Análisis de Informatización/Automatización de Procesos, Implantación de Reglas de Prioridad, etc.

3.2.3 MAPA DE PROCESOS

Un proceso lleva consigo un conjunto de actividades y recursos interrelacionados que transforman elementos de entrada en elementos de salida aportando valor añadido para el cliente o usuario. Los recursos pueden incluir: personal, finanzas, instalaciones, equipos técnicos, métodos, etc.

El propósito que ha de tener todo proceso es ofrecer al cliente/usuario un servicio correcto que cubra sus necesidades, que satisfaga sus expectativas, con el mayor grado de rendimiento en coste, servicio y calidad.

Un procedimiento es la forma específica de llevar a término un proceso o una parte del mismo.

Los resultados deseados en los procesos dependen de los recursos, la habilidad y motivación del personal involucrado en el mismo, mientras los procedimientos son sólo una serie de instrucciones elaboradas para que las siga una persona o conjunto de personas.

Un mapa de procesos es un diagrama de valor; un inventario gráfico de los procesos de una organización.

Existen diversas formas de diagramar un mapa de procesos. El mapa de procesos proporciona una perspectiva global-local, obligando a “posicionar” cada proceso respecto a la cadena de valor. Al mismo tiempo, relaciona el propósito de la organización con los procesos que lo gestionan, utilizándose también como herramienta de consenso y aprendizaje.

Los procesos clave son los que están directamente ligados a los servicios que se prestan, y por tanto, orientados al cliente/usuario y a requisitos. Como consecuencia, su resultado es percibido directamente por el cliente/usuario (se centran en aportarle valor).

En estos procesos, generalmente, intervienen varias áreas funcionales en su ejecución y son los que pueden conllevar los mayores recursos.

En resumen, los procesos clave constituyen la secuencia de valor añadido del servicio desde la comprensión de las necesidades y expectativas del cliente/usuario hasta la prestación del servicio, siendo su objetivo final la satisfacción del cliente/usuario.

Los procesos estratégicos son aquellos establecidos por la Alta Dirección y definen cómo opera el negocio y cómo se crea valor para el cliente/usuario y para la organización.

Soportan la toma de decisiones sobre planificación, estrategias y mejoras en la organización. Proporcionan directrices, límites de actuación al resto de los procesos.

Ejemplos: Comunicación interna, comunicación con el cliente, marketing, diseño, revisión del sistema, planificación estratégica, diseño de planes de estudio.

Los procesos de apoyo son los que sirven de soporte a los procesos claves. Sin ellos no serían posibles los procesos claves ni los estratégicos. Estos procesos son, en muchos casos, determinantes para que puedan conseguirse los objetivos de los procesos dirigidos a cubrir las necesidades y expectativas de los clientes/usuarios.

Ejemplos: Formación, compras, auditorías internas, informática.

3.2.4 ANÁLISIS DE LOS PROCESOS

Esta es la etapa inicial y más delicada de la gestión por procesos. En la misma se pretende desmenuzar los procesos identificados, confeccionando una ficha para cada uno de ellos en los que se incluirán, como elementos básicos, las entradas, salidas e indicadores de procesos o control y de resultados.

El análisis parte del mapa de procesos anteriormente elaborado. Para cada uno de los procesos identificados se parte del momento de prestación del servicio al cliente/usuario. Desde este momento y recogiendo el proceso hacia atrás se irán identificando los pasos, tareas, entradas y salidas, responsables, etc., que se han ido realizando hasta el instante en el que se realizó la solicitud del servicio.

Es importante que este trabajo se realice con detalle y dedicando el tiempo que sea necesario. Este trabajo es complejo y se recomienda que se realice en varias etapas. En una primera se deben identificar los subprocesos en los que se puede dividir el proceso clave analizado, para posteriormente pasar al estudio detallado de cada uno de éstos.






El análisis de cada proceso culmina con la elaboración del Diagrama de flujo, la ficha del proceso, la identificación de los indicadores de control y resultados y, finalmente, con la organización de la documentación correspondiente.



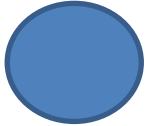



El diagrama de flujo es una de las herramientas más extendidas para el análisis de los procesos. La visión gráfica de un proceso facilita la comprensión integral del mismo y la detección de puntos de mejora. El diagrama de flujo es la representación gráfica del proceso. Hay una gran bibliografía y normas para la elaboración de los diagramas de flujo. No obstante, es recomendable utilizar unos conceptos muy simples y que sean fácilmente asimilables por todos los componentes de la Unidad o Servicio. Una vez elaborado el diagrama de flujo, se puede utilizar para detectar oportunidades de mejora o simples reajustes y, sobre el mismo,

realizar una optimización del proceso. El diagrama de flujo se emplea, en estos casos, para visualizar la secuencia de los cambios a ejecutar.

El diagrama de flujo se debe elaborar al mismo tiempo que se realiza la descripción del proceso, con ello se facilita el trabajo de la comisión y la comprensión del proceso. Se debe comenzar por establecer los puntos de partida y final del proceso. Posteriormente se identifican y clasifican las diferentes actividades que forman el proceso a realizar, la interrelación existente entre todas ellas, el área de decisión, etc. Todo este entramado se representa mediante la simbología predefinida según el tipo de diagrama.

Los diagramas de flujo utilizan una serie de símbolos predefinidos para representar el flujo de operaciones con sus relaciones y dependencias. El formato del diagrama de flujo no es fijo, existiendo diversos tipos que emplean simbología diferente. Ejemplo de simbología:

Inicio o final del diagrama	
Desarrollo de una actividad	
Desarrollo de una actividad subcontratada	
Análisis de situación y toma de decisión	
Actividad de control	

Procedimiento documentado	
Revisión	
Conexión o relación entre pasos del diagrama	
Documentación	
Bases de datos	
Dirección del flujo del proceso	

Un aspecto importante antes de realizar el diagrama de flujo es establecer qué grado de profundidad se pretende en la descripción de actividades, procurando mantener siempre un mismo nivel de detalle.

3.2.5 FICHAS DE PROCESOS

Una ficha de procesos es un registro donde se definen los elementos claves de un proceso. Es la forma más simple de documentar procesos.

Un modelo de ficha de procesos podría ser el siguiente:

Tabla 5. Ficha de proceso.

Fuente: Guía para la identificación y análisis de procesos. Universidad de Cádiz.

Nombre del proceso	Es la denominación por la cual identificaremos al proceso.
Descripción	Se trata de definir el proceso dando una idea general de sus partes o propiedades.
Misión/objetivo	Es el objetivo del proceso, el fin último para el cual está diseñado. Debe relacionarse con las necesidades de los clientes/usuarios.
Responsable	Persona de la Unidad o Servicio que tiene la responsabilidad sobre la correcta ejecución del proceso.
Destinatario	Clientes/usuarios a los que se presta el servicio. Se indicará brevemente las necesidades que se pretenden cubrir.
Inicio/fin	El comienzo es el evento que pone en marcha el proceso. El fin es la entrega cliente/usuario del producto o servicio finalizado.
Entradas	Documentos, registros, productos, resultados intermedios del proceso que tienen su origen en el proceso.
Salidas	Documentos, registros, productos, resultados intermedios del proceso que tienen su origen en el proceso.
Indicadores	Son magnitudes utilizadas para medir o comparar los resultados efectivamente obtenidos, en la ejecución de un proyecto, programa o actividad.
Registros	Son documentos que presentan resultados obtenidos o proporcionan evidencia de actividades desempeñadas.
Procedimientos Asociados	Se relacionan todos aquellos procedimientos asociados al proceso
Aplicación informática	Especificar en el caso de que el proceso se sustente, en parte o en todo, en una aplicación informática

Es necesario cumplimentar todos los campos previstos en la ficha.

3.2.6 IDENTIFICACIÓN Y FICHAS DE INDICADORES

La identificación de indicadores es otra tarea complicada y trascendente en la gestión de procesos.

La medición es requisito de la gestión. Lo que no se mide no se puede gestionar y, por lo tanto, no se puede mejorar. Esto es aplicable a cualquier organización, incluidas las instituciones públicas, ayuntamientos, organismos, etc.

Un indicador es una magnitud asociada a una característica (del resultado del proceso, de las actividades, de la estructura, etc.) que permite, a través de su medición en periodos sucesivos y por comparación, evaluar periódicamente dicha característica y verificar el cumplimiento de los objetivos establecidos.

Según la naturaleza del objeto a medir, se pueden distinguir los siguientes tipos de indicadores:

Indicadores de resultados: miden directamente el grado de eficacia o el impacto directo sobre cliente/usuario. Son los más relacionados con las finalidades y las misiones de la propia Unidad o Servicio.

Los indicadores de resultados también se conocen como indicadores de objetivos, impacto, efectividad o satisfacción.

Un ejemplo de indicador de resultado puede ser el grado de satisfacción de los resultados de los ciudadanos con un servicio determinado.

Indicadores de Proceso: valoran aspectos relacionados con las actividades. Hacen referencia a mediciones sobre la eficacia y eficiencia del proceso. Habitualmente relacionan medidas sobre tiempos de ciclo, porcentaje de errores o índice de colas.

Un ejemplo de este tipo de indicadores puede ser la lista de espera en días.

El grupo de trabajo identificará dos o tres indicadores, como máximo, por proceso. La limitación viene impuesta por la obligación de realizar el seguimiento posterior de los indicadores. Si en algún proceso ya se vienen utilizando indicadores en un número mayor sin que ello suponga ninguna carga de trabajo extra para el servicio o unidad es aconsejable mantenerlos.

Dada la complejidad y el trabajo que implica el seguimiento de los indicadores es conveniente reflexionar sobre cuáles serán los indicadores que se definirán para cada proceso. La recogida de información para el cálculo de indicadores puede convertirse en una tarea ardua y difícil, por lo que se contemplarán indicadores sencillos y que, al mismo tiempo, reflejen la marcha y los resultados de los procesos. Para la elección de los indicadores se debería tener en cuenta aquellos indicadores ya definidos en la correspondiente Carta de Servicios ya que pueden servir simultáneamente al control del proceso y a la carta de servicios.

Cada indicador deberá definirse mediante una ficha. El formato de ficha de datos que se deberá utilizar es el mismo que se utiliza actualmente para los indicadores asociados a las cartas de servicios.

La información contenida en la ficha de indicadores es la siguiente:

Tabla 6. Información ficha de indicadores.

Fuente: Guía para la identificación y análisis de procesos. Universidad de Cádiz

Código:	Código que tiene asignado el indicador
Nombre:	Nombre corto por el cual se identifica el indicador
Periodo y fechas de actualización:	Periodo (semanal, trimestral, anual,...) y fechas en el que se calcula el indicador. En el histórico deberá quedar registro de todos los indicadores
Descripción:	Una descripción breve del significado del indicador conteniendo todas aquellas reflexiones que sean necesarias para comprender correctamente su significado
Cálculo:	Algoritmo de cálculo. Debe expresarse con precisión para que no existan dudas sobre cómo es obtenido
Nivel de desagregación	Se indicará los distintos niveles en los que el indicador se desagrega. Solamente se indicarán aquellos niveles de los cuales se guarden los registros correspondientes.
Fuente	Se indicará con claridad donde está la información original sobre la que se construye el indicador mediante el cálculo ya expuesto.
Método de comprobación /evidencia	Si existe algún método de comprobación o evidencia sobre el indicador aportado se deberá indicar en este punto.
Grado de fiabilidad	Depende en gran medida del método de comprobación o evidencia. No obstante pueden existir otros factores relacionados con el método de cálculo o inherentes al propio indicador, que afecten al grado de fiabilidad. Se utilizará una escala de tres valores: fiabilidad total, fiabilidad media y fiabilidad baja.
Históricos	Se indicará desde cuándo se dispone de históricos.
Unidad generadora	La unidad que tiene la obligación de generar el indicador y realizar su actualización.
Responsable	En la unidad generadora habrá un responsable.
Versión	Número de versión del indicador referido.
Fecha	Fecha en la que se realiza la ficha.

Tabla 7. Ficha de indicadores.

Fuente: Guía para la identificación y análisis de procesos. Universidad de Cádiz

FICHA DE INDICADORES:	Código indicador: EVTIT01
Nombre de indicador: Titulaciones evaluadas	
Periodo y fechas de actualización: Anual al 31 de diciembre	
Descripción: Número de titulaciones que han participado en un proceso de evaluación institucional y finalizado con un Plan de Mejora	
Cálculo: Número de titulaciones que han participado en un proceso de evaluación institucional y finalizado con un Plan de Mejora *11 / Número total de titulaciones	
Nivel de desagregación: Por titulación	
Fuente: Archivos de la Unidad Técnica de Evaluación	
Método de comprobación / evidencia: Informe final de evaluación y plan de mejora	
Grado de fiabilidad: Fiabilidad Total	
Históricos: Datos históricos desde 1996	
Unidad generadora: Unidad Técnica de Evaluación	
Responsable: Director de la Unidad Técnica de Evaluación	
Versión: 1/2007	
Fecha: 10 de julio de 2007	

Ejemplo de ficha

Al cumplimentar esta ficha, se pondrá de manifiesto la complejidad o no en la obtención y cálculo de los indicadores. Los indicadores de los procesos deben ser algo vivo, es por ello que no debe temerse la modificación o corrección en la definición del indicador, sus fuentes o el método de cálculo si se estima que no cumplen los objetivos inicialmente

previstos de aportar información relevante del proceso o si los costes de obtención son altos. De igual forma también es importante tener presente que los indicadores tienen valor cuando disponemos de una serie histórica que nos permita analizar la evolución del proceso en el tiempo.

3.2.7 DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO DE ANÁLISIS DE PROCESO

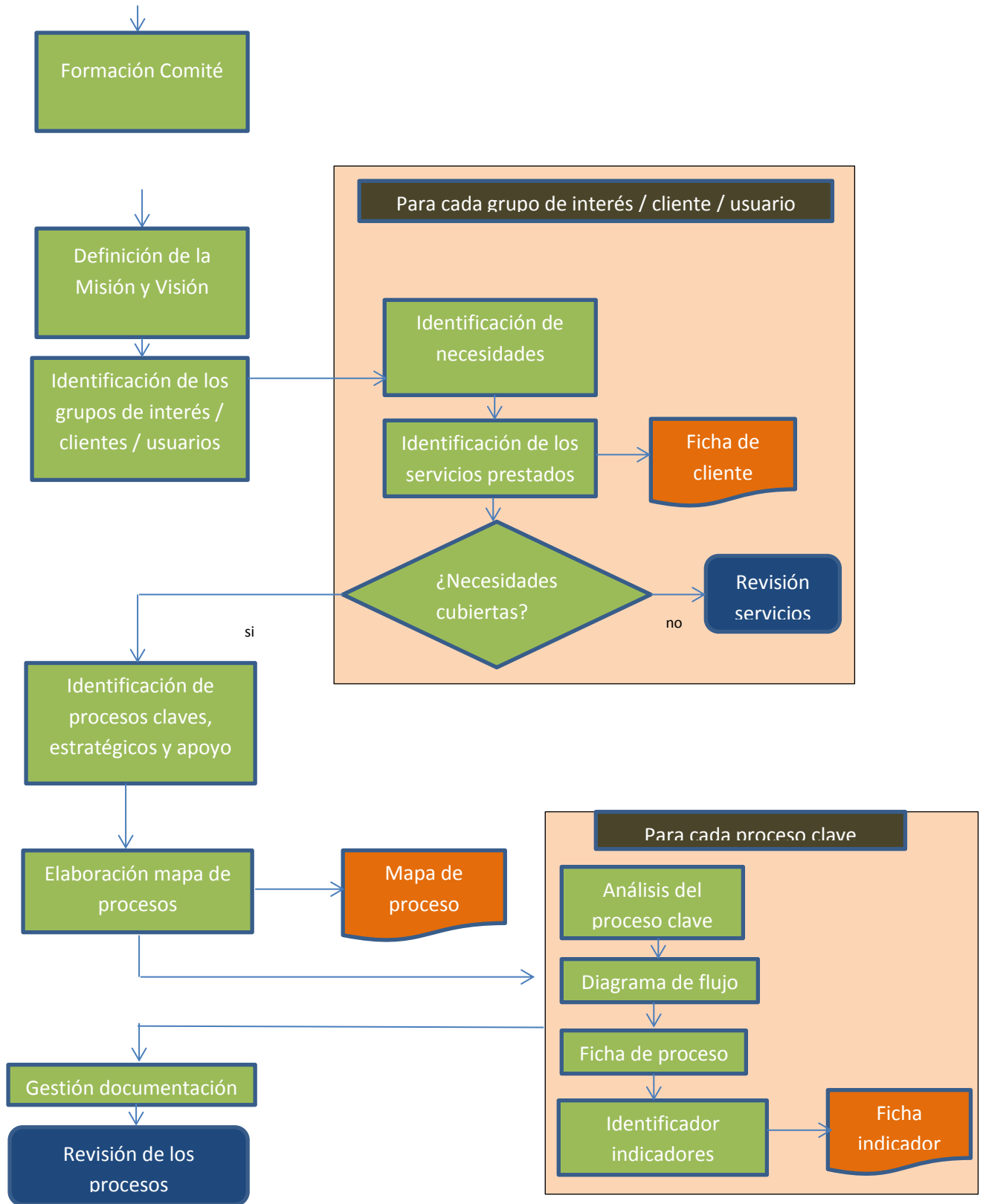


Ilustración 5. Diagrama de flujo del análisis de proceso. de proceso.
Fuente: Guía para la identificación y análisis de procesos.

4. PROPUESTA DE ACTUACIÓN

4.1 OBJETIVO DE LA PROPUESTA

El objetivo de este plan de mejora es disminuir el tiempo que los pacientes de traumatología de un centro de atención especializada esperan para entrar a ser vistos por el médico, tiempo que va desde que llegan al centro hasta que son atendidos por el facultativo. En concreto, se trata de disminuir el tiempo de espera actual de 19,62 minutos a 10 minutos.

4.2 DESARROLLO DE LA PROPUESTA.

El punto clave a desarrollar es averiguar por qué, en el momento actual, el tiempo de espera es mayor de lo deseado. Para ello, se constituye un grupo de trabajo que analizará los principales factores implicados y propondrá las acciones de mejora pertinentes. Por tanto, en este apartado, el grupo de trabajo va a estudiar la situación actual, con el fin de poder presentar las acciones de mejora en el siguiente punto (4.3.)

4.2.1 TIEMPO DESTINADO A CADA PACIENTE

Es práctica habitual en las consultas de Traumatología, destinar 10 minutos a un paciente que es “primera visita” (primera vez que acude al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, en adelante COT) Y 7 minutos a una “sucesiva o segunda visita”. A priori, parece un tiempo insuficiente; sin embargo, la ausencia de recomendaciones por las sociedades científicas dificulta la justificación de un tiempo destinado mayor. Ante esto, la primera medida a tomar es:

- Medición del tiempo actual destinado a cada paciente durante 1 semana para comprobar el tiempo real que se destina a los pacientes, tanto primera como segunda visita. Consiste en cronometrar la duración de la visita médica. Dado que la historia clínica tiene soporte informático y que las anotaciones que los médicos realizan en ella quedan reflejadas con fecha y hora, se toma como valor de duración de la visita el tiempo transcurrido entre la anotación del médico en la historia clínica para un paciente y la anotación para el paciente siguiente, entendiendo que el tiempo transcurrido entre ambas anotaciones es el tiempo destinado

a cada paciente. El servicio encargado de esta medición es el Departamento de Sistemas Informáticos del Centro de Especialidades y la persona responsable será el Director o Jefe de dicho Departamento; además se solicita a los médicos que notifiquen si entre paciente y paciente han realizado algún tipo de pausa para excluir estos tiempos. Se analizará la mediana de todos los datos.

4.2.2 ADECUACIÓN EN LA CITACIÓN DE PACIENTES

En este punto, el grupo de trabajo debe analizar si varios pacientes son citados a la misma hora. Esto puede ser debido a errores en la citación (que a varios pacientes se les dé la misma hora de cita) o a sobrecargas en las consultas (ver punto 4.2.4), pero lo cierto es que si varios pacientes son citados a la misma hora es inevitable que los pacientes posteriores deban esperar a ser atendidos.

Para ello, se procede a analizar dos datos:

- Valoración de si los retrasos en el tiempo de espera se concretan en determinadas franjas horarias. El tiempo de espera tiene que ser uniforme en todas las franjas horarias; supongamos que de 11 a 12 de la mañana tiene lugar un aumento en el tiempo de espera debido a un cúmulo de pacientes; ello podría ser debido a que se citan varios pacientes a una misma hora.
- Revisión por parte del personal de Admisión de la estructura actual de las agendas, para analizar duplicidades en las horas de las citas.

El responsable de estas mediciones es el jefe del Servicio de Admisión y ambos datos se comunicarán al grupo de trabajo para su estudio y análisis.

4.2.3 RELACIÓN SEGUNDAS-PRIMERAS

La relación segundas-primeras es un parámetro que resulta del cociente entre el número de segundas visitas dividido por el número de primeras visitas en un periodo de tiempo. Al igual que con el tiempo destinado a cada paciente, tampoco existen recomendaciones claras al respecto. De hecho, este parámetro puede cambiar mucho de un centro de salud a otro dependiendo del tipo de patología atendida. Por ejemplo, la población de mayor edad suele precisar mayor número de segundas visitas que la población más joven, por el tipo de patología traumatológica que presenta y por la patología asociada.

Si la distribución de la agenda entre segundas y primeras no se ajusta a la relación segundas/primeras real se producen sobrecargas en las segundas visitas, ya que estos pacientes no pueden demorarse. Supongamos que un paciente debe ser visitado un mes después de ser operado; será citado en esa fecha exista hueco en la agenda o no exista, ya que precisa ser visitado. Esta sobrecarga contribuye significativamente a la demora en el tiempo de espera de los pacientes posteriores.

La relación segundas/primeras actual de todo el centro es de 1,45; por otro lado, en la distribución actual de las agendas del Servicio de COT hay 10 huecos para primeras visitas y 22 para segundas en la mayoría de las agendas; esto significa una relación 2,2, a priori suficiente para la relación actual de 1,45. ¿Por qué entonces en algunas agendas existen sobrecargas? Porque la relación segundas/primeras no es homogénea para todos los facultativos y sin embargo, la distribución de las agendas sí es la misma para todos.

Es necesario, por tanto, conocer la relación segundas/primeras por facultativo para tomar las decisiones pertinentes. Es responsabilidad del Jefe de Servicio de COT conocer estos datos.

4.2.4 SOBRECARGAS EN LAS CONSULTAS

Una sobrecarga es una citación en una agenda cuando ya no existe hueco para dicha cita.

El responsable del Servicio de Admisión proporcionará al grupo de trabajo el número de sobrecargas por cada consulta y el Jefe de Servicio de COT analizará si las sobrecargas corresponden a determinados médicos, días de consulta, meses (por ejemplo, en verano, cuando hay menos médicos para atender a los pacientes), etc.

4.2.5 NECESIDADES DEL PERSONAL MÉDICO

Una de las primeras cuestiones que surge en la atención médica es el número de facultativos médicos necesarios para atender a una población determinada. El Jefe de Servicio obviamente es el que mejor debe conocer el número de médicos del Servicio y su disponibilidad.

4.2.6 NECESIDADES DE PERSONAL ADMINISTRATIVO

El responsable del personal de Admisión y citaciones pasará informe al grupo de trabajo de:

- Número de personas destinadas a las citas del Servicio de COT
- Disponibilidad de dicho personal en cuanto a turnos, horarios, distribución de la jornada, vacaciones etc.
- Especialización o no del personal en la citación de pacientes de COT, es decir, si existe personal que sólo se dedique a estos pacientes o por el contrario, todo el personal de admisión puede citar a este tipo de pacientes.

4.2.7 NECESIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA

En la actualidad, una gran parte del tiempo que el paciente está en consulta, el médico se dedica a rellenar formularios (por ejemplo, petición de pruebas, inclusión en lista de espera, medición de cuestionarios...). Disponer de ayuda por parte de un auxiliar mejora la calidad de la atención prestada y aumenta el tiempo real destinado a los pacientes.

4.2.8 NECESIDADES DE MATERIAL

No se detectan en la actualidad necesidades de material que enlentezcan la atención a los pacientes.

Sin embargo, si en el futuro se produjera, cualquier facultativo puede informar al grupo de trabajo para que proceda a realizar la solicitud de material pertinente.

4.2.9 REFORMA ARQUITECTÓNICA

Con frecuencia, el médico debe revisar alguna cura de paciente intervenido previamente o de algún yeso, por lo que debe salir de su consulta y entrar en la de curas. En estos momentos, los pacientes esperan en la misma puerta de la consulta y es frecuente que al salir el médico de su consulta sea requerido por algún paciente para realizarle alguna pregunta. La posibilidad de disponer de una puerta interna que comunique la consulta del traumatólogo con la de curas evitaría estas interrupciones.

4.3 ACCIONES DE MEJORA

A) **Tiempo óptimo a destinar a cada paciente.** En el apartado 4.2.1 se ha estudiado el tiempo actual destinado a cada paciente ya que parece obvio que uno de los motivos por los que los pacientes esperan más tiempo de lo deseado es porque el tiempo destinado a los pacientes previos, según la agenda, es inferior a lo necesario. Tras estudiar el tiempo actual real destinado a cada paciente y compararlo con la distribución actual de las citas (10 minutos para una primera visita y 7 minutos para una segunda) , pueden darse dos supuestos:

- a. La mediana del tiempo real medido destinado a cada paciente es superior a los 10 y 7 minutos de la agenda: en ese caso, hay que cambiar el diseño de las agendas, ajustando los tiempos a dicha mediana.
- b. La mediana del tiempo real destinado a cada paciente es igual o inferior a los 10 y 7 minutos : en ese caso, no se modifican las agendas (aún en el supuesto de que la mediana fuera inferior, no es aconsejable destinar un tiempo menor por paciente)

Estos cambios deben ser reevaluados dos meses después, en la siguiente fase de Mejora Continua (ver punto 4.5).

B) **Citación correcta de pacientes.** En caso de detectarse duplicidades en las citas, todo el servicio de Admisión y Citaciones debe ser informado por su superior de dichos errores y éstos deben ser evitados, citando cada paciente a su hora y bloqueando estas citas con el fin de no citar otro paciente a la misma hora. El responsable del Servicio de Admisión realizará una primera charla informativa con los resultados obtenidos y el seguimiento posterior, con el fin de detectar si se trata de errores generalizados o se centran en determinadas personas. En este caso, las reuniones serán personales e individualizadas.

Si el problema se debe a las sobrecargas en las consultas, este punto se analiza con posterioridad.

C) **Relación Segundas/Primeras.** Como ya se ha comentado en el apartado anterior, es fundamental ajustar la distribución de las agendas al número necesario de segundas visitas para evitar generar sobrecargas en la consulta.

Tras conocer la relación segundas/primeras por facultativo, el Jefe de Servicio de COT tomará las siguientes decisiones:

- Ajustar la distribución de las agendas en función de la relación segundas/primeras de cada facultativo. Ello implica una distribución diferente en la agenda para los diferentes facultativos, aumentando el número de segundas visitas y disminuyendo el de primeras. Sin embargo, el Jefe de Servicio debe velar porque este punto no afecte en el tiempo en ser atendidos en el centro las primeras visitas al disminuir su accesibilidad. Estos cambios deben ser los mínimos posibles y a ser posibles, temporales, aumentando en cuanto sea posible de nuevo el número de primeras visitas otra vez.
- Analizar el porqué de las diferencias entre la relación segundas/primeras entre los médicos. Dado que el número de primeras visitas es fijo, el parámetro que cambia el cociente es el número de segundas visitas, es decir, el número de veces que un médico ve a cada paciente tras su primera visita. Este número de visitas puede ser elevado por el tipo de patología o pacientes (por ejemplo, aquellos médicos que atiendan pacientes operados quirúrgicamente pueden precisar un mayor número de visitas de seguimiento que aquellos que no realicen intervenciones quirúrgicas), pero también puede ser debido a la falta de resolución en las consultas o a la “costumbre” de citar a los pacientes de forma sistemática. Para mejorar este cociente, se seguirán estos tres pasos:
 - Comparación con otros centros de características similares.

- Comunicación a cada médico de su actual cociente segundas/visitas y del valor referencia a conseguir.
- Uso de protocolos de actuación minimiza la variabilidad en la práctica clínica.

D) **Sobrecarga en las consultas.**

El objetivo es reducir el número de sobrecargas a cero, ya que cada sobrecarga altera el tiempo de espera de los otros pacientes. . Para ello, hay que tomar medidas a corto y a medio plazo:

- De forma inmediata : si fuera necesario sobrecargar una agenda porque es necesario dar una cita a un paciente , el personal de admisión tendrá que comunicarlo al responsable de admisión para la búsqueda de nuevos huecos y si aun así, no fuera posible, comunicar al Jefe de Servicio de Traumatología para el registro y apertura de nuevas agendas. Es de señalar que estas medidas debieran ser temporales ya que el objetivo es conseguir que no existan tales sobrecargas. Para ello, se debe tomar la medida explicada a continuación.
- De forma progresiva y a medio plazo : para conseguir que todos los pacientes tengan huecos en las agendas, es necesario adecuar la oferta de consultas (en número total y distribución de las mismas) a la demanda de los servicios médicos por la población a atender, ya sea como primeras visitas, ya sea como segundas visitas. Esta tarea (ajustar la oferta a la demanda) es posiblemente uno de los puntos fundamentales en el plan de mejora. La propuesta de dicha oferta corresponde al Jefe de Servicio de COT según los siguientes parámetros:
 - Número de primeras visitas
 - Número de segundas visitas
 - Relación segundas / primeras, total y por médico
 - Número de sobrecargas, total y por médico
 - Número de médicos del Servicio

- Adecuación de las primeras visitas. Este es un parámetro muy importante a revisar y consiste en saber si un paciente está correctamente derivado al traumatólogo o se podía haber solucionado su patología en los centros de Atención primaria o derivado a otro facultativo. Se abordará posteriormente este punto al comentar la figura del “traumatólogo de enlace”.

La aprobación de la propuesta corresponde a los responsables del centro.

En la medida de lo posible, es muy útil conocer la comparativa con otros centros (sin embargo, como veremos en el siguiente apartado, la demanda de un centro de salud a otro está influenciado por múltiples factores) que se valorarán posteriormente.

- E) **Necesidades de personal médico.** En lo referente a este apartado, el grupo de trabajo propondrá una serie de recomendaciones a seguir para ajustar la oferta de personal médico a la demanda asistencial.

En ausencia de pautas generales por las sociedades científicas del número de médicos necesarios para atender a una población determinada, cada hospital o centro de salud o de atención especializada debe realizar su propio análisis en base a:

1.- Características demográficas, sociales y de dispersión geográfica:

- La edad de la población atendida: las poblaciones más envejecidas, debido a su mayor morbilidad, utilizan al año los servicios de salud con más frecuencia que el resto de la población adulta. Ciertas patologías como la fractura de cadera son, sin duda, prevalentes en esta franja de edad y es previsible un aumento importante en los próximos años. Los

mayores de 75 años, por la prevalencia de patologías invalidantes, es también un grupo etario que requiere de mayor atención y cuidados, especialmente en atención domiciliaria.

- La ruralidad-dispersión: es conocido que en los medios rurales y dispersos, suele existir población de mayor edad, que implicaría lo ya comentado en el párrafo anterior.
- Residencias geriátricas en la zona básica: el progresivo incremento de centros socio-sanitarios con pacientes asistidos, en algunas zonas básicas de salud supone una concentración importante de personas discapacitadas, inmovilizadas y con minusvalías que requieren una mayor cantidad de cuidados, de forma muy especial cuando los mencionados centros carecen de recursos propios.
- Ciudadanos desplazados: algunas zonas básicas de salud, por su atracción turística a lo largo de todo el año, sufren un importante incremento de población que genera un aumento de actividad. Ello se agrava cuando se trata de la atención de personas mayores con pluripatología y polimedicados, pero también en zonas turísticas con mayor aglomeración en ciertos meses. Si bien, estos pacientes pueden consumir mayoritariamente servicios en las áreas de urgencias, también es posible que aumenten las necesidades en consultas externas.

2.- Cartera de servicios del Servicio de COT: no todos los servicios ofertan iguales procedimientos diagnóstico-terapéuticos, y así existen algunos centros que efectúan atenciones a grupos concretos como los Testigos de Jehová, por ejemplo.

3.- Unidades de referencia: las unidades de referencia ejercen un “efecto llamada” en los pacientes que aumentan los requerimientos médicos.

4.- Grado de complejidad de la patología atendida: en función de la magnitud y complejidad del proceso atendido, el consumo de

tiempo del profesional es mayor y por ello podría ser otro elemento modulador en la asignación de recursos.

5.- Docencia: los centros que se encuentran acreditados para la docencia, presentan una tipología de trabajo en que la formación de pregrado y postgrado modifica el porcentaje de las actividades dedicadas a consulta y a formación.

6.- Legislación: es necesario conocer el número de días de sustitución por categoría profesional, vacaciones, permisos reglamentarios y licencias para la formación continuada.

7.- Comparativa con otros centros que atienden poblaciones similares en número y características.

Con todo ello, el grupo de trabajo debe diseñar el número de facultativos necesarios para atender adecuadamente en tiempo y forma a la población.

F) Necesidades del personal administrativo

Como ya se ha comentado en varios apartados previos, es necesario que el personal administrativo encargado de las citaciones conozca perfectamente la estructura de las agendas, la necesidad de no sobrecargar, la importancia de las citaciones adecuadas en tiempo etc., etc. Estas son características comunes a todas las especialidades; sin embargo, dada la complejidad y la necesidad de un perfecto dominio de las peculiaridades de cada agenda, parece recomendable disponer de personal propio de citaciones.

Se propone disponer de personal administrativo propio para las citaciones del Servicio de COT, con conocimiento preciso en la estructura de las agendas.

G) Necesidades de personal auxiliar de enfermería.

En la actualidad, una gran parte del tiempo que el paciente está en la consulta, el médico se dedica a rellenar formularios (por ejemplo, petición de pruebas, inclusión en lista de espera, medición de cuestionarios...). Disponer de ayuda por parte de un auxiliar mejoraría la calidad de la atención prestada y aumentaría el tiempo real destinado a los pacientes, disminuyendo los tiempos innecesarios.

Se propone la contratación de personal auxiliar de enfermería para ayudar al personal médico en tareas como petición de pruebas, inclusión en lista de espera, medición de cuestionarios etc.

H) Necesidades de material.

Se propone que cualquier facultativo informe al Jefe de Servicio y éste al grupo de trabajo, en el caso de detectar necesidades de material para que se proceda a realizar la solicitud pertinente.

I) Reforma arquitectónica

Se propone como mejora la construcción de una puerta de acceso entre la consulta del médico y la consulta de curas. Esta mejora evita que el facultativo tenga que pasar por la sala de espera donde están los pacientes para ir a la sala de curas y, de este modo, agiliza el tiempo dedicado en la consulta a cada paciente.

J) Integración con primaria

Ya por último, hay un aspecto no mencionado hasta ahora pero de gran repercusión en las consultas externas de un centro de especialidades y es la relación entre los profesionales de dicho centro y los del centro de atención primaria que son los que derivan los pacientes en su mayoría a dichos centros. Del número y la correcta realización de dichas derivaciones puede depender que los centros de atención especializada estén o no saturados. Es frecuente que exista una gran variabilidad en el número de derivaciones entre diferentes médicos de los centros de atención primaria a los centros de atención especializada; sin duda, esto puede depender de las características demográficas y los factores analizados en los puntos anteriores pero también de la capacitación, formación y preparación de los médicos de atención primaria. De hecho, una gran parte de estas derivaciones podrían ser resueltas por los propios médicos de atención primaria, evitando desplazamientos y demoras innecesarias a los pacientes. De este concepto, de la mayor implicación y participación de los profesionales de los centros de atención primaria en los pacientes con problemas de aparato locomotor o traumatología nace la conveniencia de la figura del “traumatólogo de enlace” como un profesional del centro de especialidades en estrecha relación con uno o varios centros de atención primaria.

Las principales funciones del “traumatólogo de enlace” son:

-Participar activamente en la ampliación de conocimientos y capacitación de los médicos de atención primaria (en adelante MAP), mediante talleres o en la práctica diaria de consultas presenciales. Por ejemplo, muchos pacientes son derivados para la realización de simples infiltraciones con corticoides; ésta es una técnica sencilla que puede ser aprendida y realizada por los MAP. De hecho, muchos MAP ya las realizan habitualmente.

-Colaborar en la resolución de dudas de diagnóstico y actuación mediante las consultas on-line o no presenciales o correos de rápida resolución, facilitando la resolución del problema al paciente en su centro de salud.

-Revisión de la adecuación de las derivaciones. Es necesaria la elaboración de protocolos, sobre cuándo y cómo derivar a los pacientes a los centros de atención especializada.

En resumen, no se trata simplemente de disminuir las derivaciones sino de conseguir que se deriven única y exclusivamente los pacientes que tengan que ser derivados según protocolos establecidos y consensuados previamente.

4.4 IMPLANTACIÓN

En el siguiente cronograma se acotan en el tiempo las acciones propuestas para el plan de mejora.

Tabla 8. Cronograma Actividades.
Elaboración propia.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROPUESTAS								
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	TIEMPOS						
		MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7
Elaboración del Plan								
Aprobación del Plan								
Designación de responsables								
Presentación a Involucrados								
Ejecución del Plan								
Evaluación ejecución del plan								
Análisis de resultados y elaboración de informe.								
Reformulación del plan (en su caso)								
Presentación de informe								

4.5 EVALUACIÓN Y PLAN DE MEJORA CONTINUA

A los dos meses de la puesta en marcha de las acciones correspondientes al plan de mejor diseñado, el grupo de trabajo se reúne para evaluar los resultados obtenidos tanto a nivel de indicadores como a nivel de satisfacción del cliente externo (pacientes) como a nivel de pacientes internos (médicos facultativos).

Los indicadores (tiempo de espera, porcentaje de paciente que esperan más de 15 minutos y relación segundas/primeras) serán obtenidos de los informes mensuales que el Departamento de Sistemas emita y que permita el seguimiento de los principales indicadores de asistencia. Por tanto, la fuente será la misma que antes de la puesta en marcha del plan.

En cuando a la satisfacción del cliente externo e interno se obtendrá mediante sendas encuestas.

5. CONCLUSIONES

El tiempo que los pacientes esperan para ser atendidos por los médicos desde su llegada al centro de especialidades depende de varios factores que deben ser analizados por un grupo de trabajo para establecer las principales acciones de mejora.

Adecuar la oferta de las consultas externas al volumen de pacientes que deben ser atendidos, tanto en número de agendas como en pacientes citados por agenda, al volumen de pacientes que deben ser atendidos, así como destinar a cada paciente el tiempo adecuado y la citación correcta de los mismos, parecen ser factores fundamentales en controlar los tiempos de espera.

Se impone, por tanto, un abordaje multidisciplinar del problema ya que existen varios estamentos implicados.

Así, ajustar la oferta de las agendas a la demanda depende tanto de cuantificar el número correcto de facultativos necesarios para atender a la población asignada (oferta) como de mejorar la adecuación de los pacientes remitidos a los médicos especialistas (demanda). Por otro lado, el diseño de las agendas, responsabilidad del Jefe de Servicio en coordinación con el Departamento de Admisión y con la aprobación de la Dirección Médica es fundamental en el control de los tiempos de espera. Y ya por último, la correcta citación de los pacientes, responsabilidad del Departamento de Admisión es el último punto calve en este proceso de mejora.

BIBLIOGRAFÍA

FORMATO PAPEL

-Durán Moreno, Antonio. *Políticas y Sistemas Sanitarios*. Escuela Andaluza de Salud Pública 2004. ISBN: 9788487385742.

-Instituto Nacional de la Salud. *Los equipos de atención primaria*. Subdirección General de Coordinación Administrativa 2001. ISBN: 8435103706.

-López Guerra, Luis. *Constitución, 1978*. Tecnos 2008. ISBN: 9788430947232.

-Pérez Fernández de Velasco, José Antonio. *Gestión por Procesos*. ESIC 2009. ISBN: 9788473568548.

-Ramio, Carles. *Teoría de la Organización y Administración Pública*. Tecnos 2002. ISBN: 8430934502.

-Ramón Repullo, José, Infesta, Antonio. *Sistemas y Servicios Sanitarios*. Díaz de Santos 2005. ISBN: 8479787317.

-*Ley General de Sanidad. Texto íntegro y Test*. CEP 2010. ISBN: 9788468105857.

FUENTES ELECTRÓNICAS

-Guía para la identificación y análisis de procesos [en línea].

http://servicio_uca.es/personal/ghia_procesos [Febrero 2014]

-Guía de consultas externas en atención especializada [en línea]

http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/consultasEx_ae.pdf [Febrero 2014]

ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO DE ENCUESTA DE CALIDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE.

CUESTIONARIO DE ENCUESTA DE CALIDAD

PERCIBIDA POR EL PACIENTE

1.- Durante su visita a nuestro centro, ¿considera que fue atendido con prontitud?

SI

NO

2.- Durante la consulta médica en nuestro centro; ¿considera que se le dedicó el tiempo suficiente?

SI

NO

3.- Durante la consulta médica en nuestro centro; ¿considera que se le proporcionó la suficiente información?

SI

NO

4.- ¿Cuál es su grupo de edad?

- 18-30
- 31-45
- 46-65
- Más de 65

5.- Sugerencias y comentarios, si lo desea:

ANEXO 2. CUESTIONARIO DE ENCUESTA DE CALIDAD PERCIBIDA POR EL MÉDICO.

CUESTIONARIO DE ENCUESTA DE CALIDAD

PERCIBIDA POR EL MÉDICO

1.- En su trabajo en consulta, ¿considera que dispone del suficiente tiempo para atender a los pacientes?

SI

NO

2.- En su trabajo en consulta, ¿considera que atiende un número superior de pacientes de los recomendados para proporcionar una consulta de calidad?

SI

NO

3.- En su trabajo en consulta, ¿se ha sentido en algún momento con elevada presión asistencial, por tener que atender a un número excesivo de pacientes o en un tiempo reducido?

- Ninguna vez en el último mes
- De 1 a 3 veces en el último mes
- De 3 a 6 veces en el último mes
- Más de 6 veces

4.- ¿Cuál es su grupo de edad?

- 18-30
- 31-45
- 46-65
- Más de 65

5.- ¿Considera que se pueden realizar más acciones para mejorar la atención en consultas externas, con el objetivo de disminuir el tiempo que los pacientes esperan a ser atendidos?

- SI. Especifique cuáles por favor
- NO

6.- Sugerencias y comentarios, si lo desea: