

## La Unidad de Cirugía sin Ingreso: la gestión basada en procesos

A. Salvador Vergés, T. Alonso Carrasco, L. López Coronas, L. Moret Ferrón, R. Carbonell Estape, D. Pujol Borrás<sup>1</sup>, I. Nicolàs Alcón<sup>1</sup>

*Clínica Plató Fundació Privada. <sup>1</sup>Athenea Solutions. Barcelona*

### RESUMEN

En septiembre de 2006 se puso en funcionamiento en nuestro centro una nueva área de atención quirúrgica, integrada en el propio complejo hospitalario. Es una nueva estructuración de los espacios quirúrgicos que forma parte de la estrategia de la organización en su tarea de mejora continua en la atención al paciente.

Se trata de un área de Cirugía Mayor Ambulatoria denominada Unidad de Cirugía sin Ingreso, y su gestión se ha estructurado en base a la gestión por procesos.

Describiremos en este trabajo la metodología empleada para poner en marcha esta unidad y los pasos necesarios para el control de la mejora continua. Creemos que el desarrollo metodológico del subproceso de Unidad de Cirugía sin Ingreso ha sido muy satisfactorio, tanto en cuanto a la metodología aplicada, como por la experiencia del trabajo en equipo.

**Palabras clave:** Cirugía ambulatoria. Gestión de procesos. Calidad. Atención quirúrgica. Indicadores.

### ABSTRACT

In September 2006 our center started a new surgical care area, integrated in the hospital premises. As a new structuration of the surgical spaces, it is a part of the organization's strategy towards continuous improvement in patient care. It is a Major Ambulatory Surgery area known as Outpatient Surgery Unit, and it's being managed under the methodology of process management.

This paper describes the methodology used to set up this unit, and the necessary steps for monitoring continuous improvement. We believe that the methodological development of the Outpatient Surgery Unit subprocess has been very satisfactory, regarding both the applied methodology and the experience of teamwork.

**Key words:** Ambulatory surgery. Process management. Quality. Surgical care. Indicators.

*Correspondencia:* Àngels Salvador Vergés. Coordinadora Divisió Quirúrgica. Clínica Plató Fundació Privada. C/ Plató, 21. 08006 Barcelona. e-mail: angels.salvador@clinicaplato.com

---

*Salvador Vergés A, Alonso Carrasco T, López Coronas L, Moret Ferrón L, Carbonell Estape R, Pujol Borrás D, Nicolàs Alcón I. La Unidad de Cirugía sin Ingreso: la gestión basada en procesos. Cir May Amb 2007; 12: 45-54.*

---

### INTRODUCCIÓN

En septiembre del año 2006 se puso en funcionamiento en nuestro centro una nueva área de atención quirúrgica. Esta nueva estructuración de los espacios quirúrgicos forma parte de la estrategia de la organización en su tarea de mejora continua de la atención al cliente.

En nuestra sociedad se pide, cada vez más, la inmediatez, cosa que también ocurre en el campo sanitario. Por ello, se espera de las empresas sanitarias una respuesta rápida, eficaz y segura frente a los problemas de salud.

Dentro de este contexto social, la organización ha reaccionado con la creación de la Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI). El objetivo de esta nueva unidad es evitar la estancia hospitalaria en los procedimientos quirúrgicos que lo permitan.

La cirugía sin ingreso ofrece una solución rápida e integral a este determinado tipo de problemas de salud que, al mismo tiempo, propician la integración inmediata en el entorno familiar y el regreso a corto plazo al mundo laboral.

La apertura de esta unidad ha supuesto el trabajo y esfuerzo de coordinación de un grupo multidisciplinar de profesionales. Este equipo se ha encargado de definir y desarrollar eficientemente las fases necesarias por hacer realidad este cambio.

Dentro del mapa general de procesos se escogió el subproceso UCSI, analizando minuciosamente cada una de las actividades que se tenían que llevar a cabo en la nueva área. Todo este trabajo multidisciplinar ha sido encabezado por la Dirección de Área Médica con el apoyo metodológico de la consultoría Athenea Solutions.

En el lugar escogido para la ubicación de la UCSI se han tenido que realizar cambios estructurales. Esta zona ha sido dividida en dos espacios muy definidos: los propios quirófanos y el área de recibimiento, preparación y reanimación, equipada con *boxes* individuales que permiten la atención pre- y postoperatoria y la presencia de los familiares. Esta unidad se ha dotado de un equipamiento moderno y funcional para poder cumplir las expectativas de los usuarios, tanto profesionales sanitarios como clientes externos. Una de las mejoras sustanciales es la integración de una aplicación informática que registra paso a paso toda la información y que permite la posterior recogida de datos de toda la actividad.

Paralelamente, un grupo de profesionales (médicos, enfermeras, anestesiólogos) ha elaborado los protocolos para el tratamiento médico específico en la UCSI. Estos establecen los procedimientos de actuación destinados a facilitar la realización de la actividad integral dentro del área, así como mejorar la eficacia de la atención y seguridad del cliente.

Finalmente, después del desarrollo de la planificación, se han escogido unos indicadores. Estos constituirán la herramienta que marcará la pauta del funcionamiento de la actividad y que permitirá gestionar, a partir de los resultados obtenidos, las acciones necesarias para lograr los objetivos de la organización. En definitiva, medir para poder mejorar.

Con ellos podremos marcar hitos de mejora comparando nuestros resultados con los obtenidos en otros centros, planificar las acciones de mejora que queramos implantar o corregir los posibles problemas surgidos durante la realización de la actividad.

Tras la dedicación y el esfuerzo empleados en este proyecto, sólo queda esperar que seamos capaces de responder a las necesidades actuales de la sociedad al tiempo que cumplimos la misión de la organización y las expectativas de los profesionales y consolidamos las bases de la mejora continua en la atención al cliente.

## METODOLOGÍA

*Personas clave:* Dirección Área Asistencial, Dirección Área Enfermería, Coordinación de Calidad, consultores de Athenea Solutions.

*Expertos del proceso:* Athenea Solutions, Director Área Asistencial, Adjunta a Dirección Asistencial, Coordinadora División quirúrgica, Coordinadora de calidad.

*Sesiones de trabajo:* cirujanos, anestesista, enfermería, sistemas de la información.

## DEFINICIONES

### Criterios de inclusión

Lo primero que se determinó fue qué pacientes se podían incluir dentro de este programa, teniendo en cuenta:

1. *Criterios médicos:* para que la cirugía sin ingreso sea eficiente y segura hace falta realizar una valoración individualizada de los pacientes.

2. *Criterios quirúrgicos:* aquellos procedimientos que puedan ser realizados en un tiempo razonable, que no estén asociados con un excesivo sangrado y que tengan una baja incidencia de complicaciones y un buen control del dolor postoperatorio en el domicilio. La utilización de nuevas técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas y anestésicas con nuevos fármacos de rápido inicio y eliminación ha permitido conseguir un aumento importante de intervenciones que se pueden realizar de forma ambulatoria.

3. *Criterios sociales y familiares:* el paciente tiene que aceptar voluntariamente este tipo de programa, entender bien las instrucciones pre- y postoperatorias y estar acompañado por una persona responsable durante las primeras 24 horas.

### Protocolización por patologías

Se programaron reuniones semanales multidisciplinares con representantes de cada especialidad quirúrgica, un anestesiólogo, la coordinadora de la División Quirúrgica, la supervisora de Quirófanos y una enfermera del Área Quirúrgica.

Durante estas reuniones los cirujanos agruparon las diferentes patologías de su cartera de servicios por criterios y tratamientos similares, con el objetivo de simplificar y disminuir la cantidad de documentación.

El equipo de enfermería elaboró los protocolos de cuidados y atención a los pacientes para los diferentes grupos de patologías y el servicio de anestesiología trabajó en las diferentes técnicas anestésico-analgésicas y los fármacos más adecuados para cada grupo.

Posteriormente se desarrolló un documento genérico para cada grupo, que recoge todo lo necesario para que el paciente llegue a la UCSI, lo intervengan y se vaya a casa con la máxima seguridad, calidad y eficacia y con toda la información necesaria. Los puntos tratados en el documento son: criterios de admisión, criterios de exclusión del mismo día, ingreso y preparación, medicación preanestésica, tipo de anestesia, control postquirúrgico, criterios de alta de la UCSI y documentación para el alta.

Para poder optimizar los recursos y realizar una programación adecuada, los diferentes miembros del equipo multidisciplinar aportaron los tiempos quirúrgicos necesarios para cada parte del proceso y dieron un tiempo total por tipo de intervención.

En el momento del alta se entrega al paciente la información postoperatoria en un documento en el que se indican los motivos de consulta urgente y lo que puede y no puede hacer durante los días posteriores a la intervención quirúrgica.

**Información pre- y postquirúrgica**

1. Se ha diseñado una hoja de información que se proporciona al paciente en la que se incluyen los datos necesarios para acudir a la cirugía de manera protocolizada y una hoja de información postquirúrgica en la que se especifican los problemas o molestias más habituales que pueden tener, la medicación que tienen que tomar y teléfonos de contacto por si necesita aclarar cualquier duda.

2. Se realizará un control postoperatorio por teléfono en las 24 horas postcirugía para asegurarnos de que el paciente tiene un postoperatorio confortable y sin dolor.

**INFORMATIZACIÓN**

Una de las innovaciones más interesantes es la creación de una aplicación informática específica para la unidad. Sus ventajas son que permite hacer el seguimiento del paciente durante todo el proceso, permite el registro quirúrgico y establecer el consumo de quirófano.

Se ha habilitado una nueva herramienta informática de trabajo en el proceso de actividad de la UCSI que permite a los distintos profesionales que participan en el proceso, informar a los responsables de cada subproceso de las posibles incidencias, modificaciones y oportunidades de mejora, que consideran importantes a tener en cuenta. El responsable del subproceso a su vez puede gestionar estas solicitudes y, si es necesario, reportarlas al responsable del proceso global, el cual tomará las decisiones oportunas.

Esta aplicación informática *Gestor de Incidencias* recoge las solicitudes y permite estudiarlas con detalle a distintos niveles de la organización. Nos facilita la comunicación inmediata entre los distintos profesionales y responsables del proceso, la mejora continua del proceso, agilidad en las mejoras y participación de todas las áreas de la organización, fraccionar las incidencias en subincidencias y derivarlas a los distintos responsables y la mejora en la gestión y la atención al paciente.

En el *Gestor de Incidencias* las incidencias, modificaciones y mejoras propuestas siguen el siguiente diagrama de flujo de la figura 1.

**LAS FASES DE LA IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS**

La gestión basada en procesos (GBP) es una herramienta de gestión que permite obtener una visión estratégica de los procesos clave de la empresa. Desde esta perspectiva, se facilitan la planificación y el desarrollo de un sistema de indicadores para el análisis y la medida de sus resultados, para así iniciar un proceso de mejora continua. La implantación de la GBP consta de cuatro grandes etapas (Fig. 2).

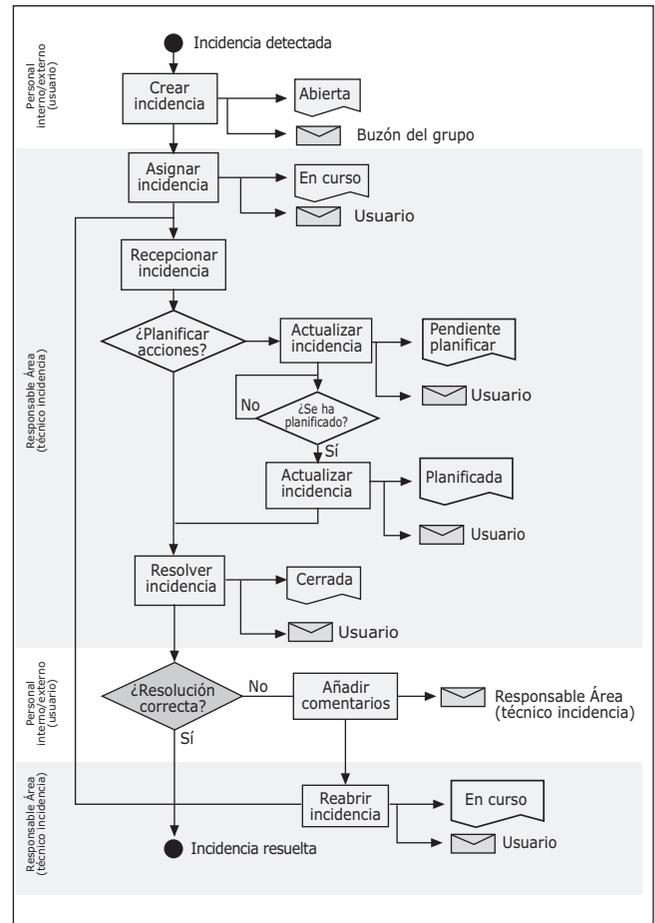


Fig. 1. Diagrama de la gestión de incidencias.

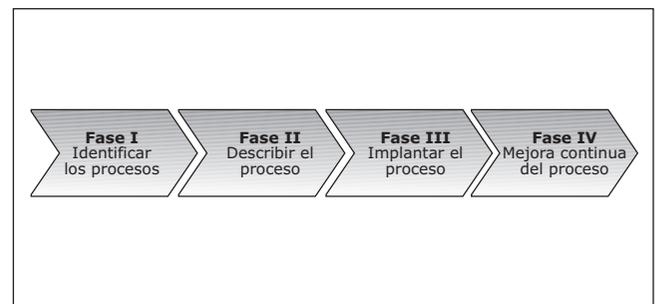


Fig. 2. Etapas para la implantación de la GBP.

**Fase I. Identificar los procesos**

Para implantar la GBP en una organización es necesaria una primera tarea de identificación de todos sus procesos. La manera más representativa de reflejar los procesos identificados y sus interrelaciones es mediante un mapa de procesos (Fig. 3), en el cual estos se distribuyen de manera gráfica según sean estratégicos, clave o de apoyo.

La implantación de la GBP generalmente empieza con la puesta en marcha de los procesos clave. Así pues, la siguiente tarea es la de definir un cronograma de implantación de estos procesos clave, en función de su importan-

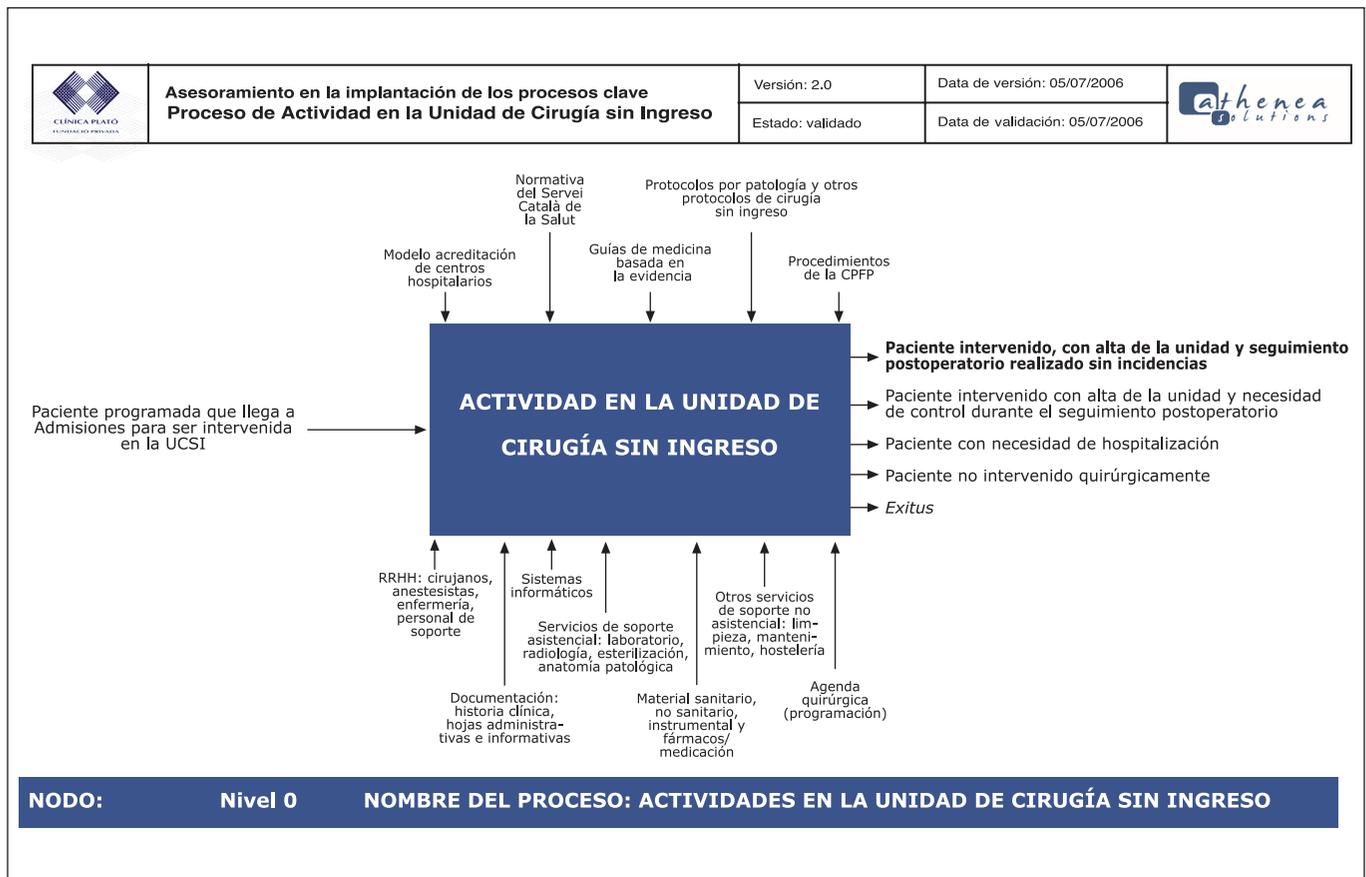


Fig. 3. Diagrama nivel 0.

cia, del beneficio que pueda aportar el cambio o de otros factores estratégicos de la organización.

La Clínica Plató se ha propuesto como objetivo prioritario la puesta en funcionamiento de los cuatro procesos claves identificados en el mapa de procesos, que son: atención quirúrgica (quirófano), atención ambulatoria (consultas externas), atención urgente (urgencias) y atención en hospitalización.

## Fase II. Descripción del proceso

Una vez finalizada la fase I, se tiene el mapa de procesos, que permite identificar todos sus procesos y conocer su estructura. Aun así, no permite saber cómo son por dentro y cómo transforman las entradas en salidas.

La siguiente fase, la descripción del proceso, tiene como finalidad estandarizar sus actividades y determinar los criterios y métodos para monitorizar los resultados en términos de eficacia, eficiencia y calidad.

El diseño de procesos integrados, altamente complejos y que involucran diferentes áreas, obliga a abordar su descripción en diferentes niveles, desde una primera descripción a alto nivel hasta el detalle de cada una de las actividades que lo forman.

Así, se establecen diferentes niveles de jerarquización:

- *Nivel 0*: el mapa de procesos y el proceso en su conjunto.
- *Nivel 1*: sus subprocesos.
- *Nivel 2*: las actividades de cada uno de estos subprocesos (diagramas de flujo).

### *Descripción del proceso: arquitectura de los niveles 0 y 1*

Para conseguir una idónea descripción se llevan a cabo distintas sesiones de trabajo con la participación de equipos multidisciplinares. Resultan personas clave: dirección área médica, dirección área enfermería, coordinación de calidad, consultores de Athenea Solutions y expertos de los procesos y de los subprocesos.

### *Documentación elaborada*

El resultado de estas sesiones de trabajo se refleja en los siguientes documentos:

— *Ficha de definición global del proceso*. Este documento lo describe a partir de los siguientes conceptos:

- *Propietario*: persona o unidad relacionada directamente con el desarrollo del proceso, encargándose de su gestión sistemática y de su mejora continua.

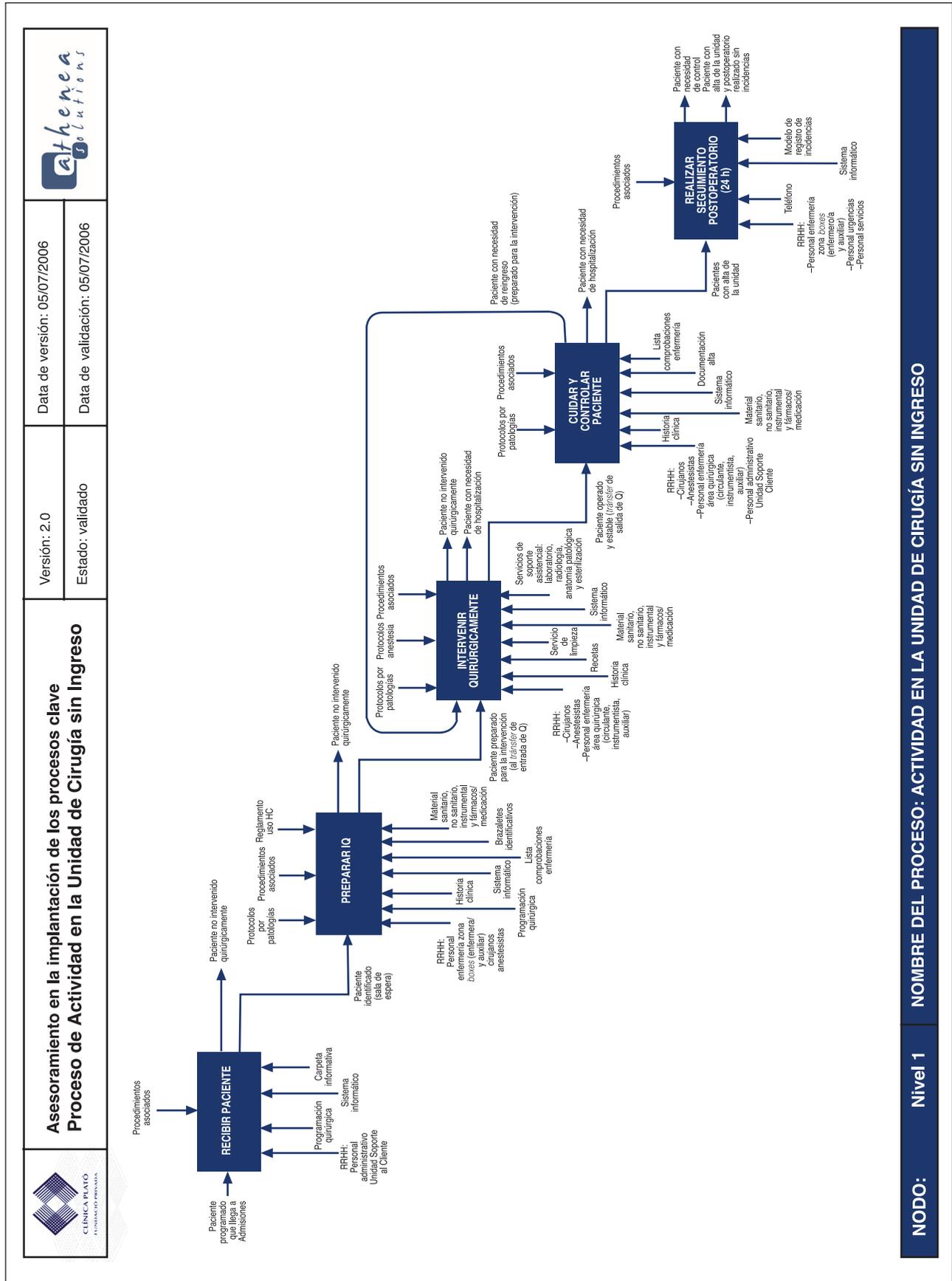


Fig. 4. Diagrama nivel 1.

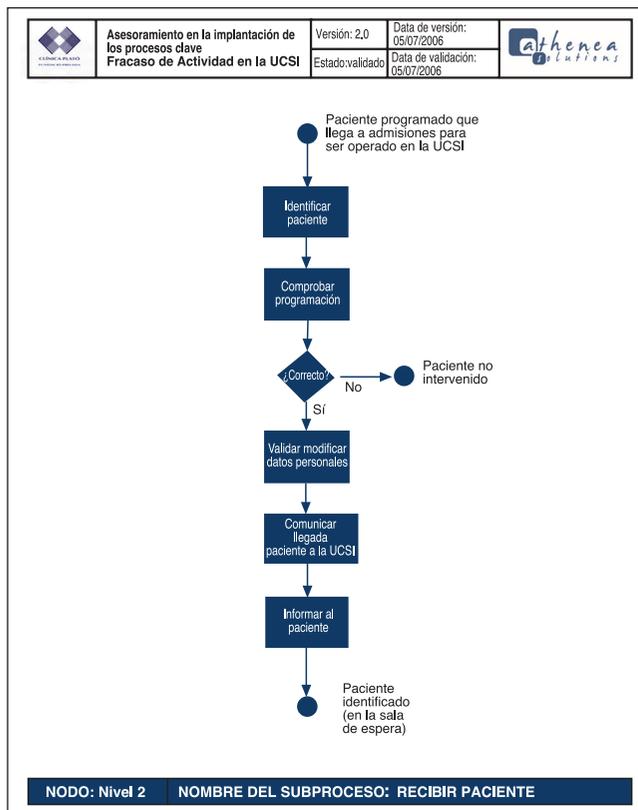


Fig. 5. Diagrama de flujo "recibir al paciente".

- **Misión:** es el propósito del proceso y para obtenerlo es necesario preguntarse: ¿cuál es la razón de ser del mismo? ¿Para qué existe? ¿Qué necesidades nos cubre?

- **Alcance:** define dónde empieza (límite inicial) y dónde finaliza (límite final) la secuencia de actividades que se llevan a cabo para conseguir la misión.

—**Ficha de proceso.** Se entiende por proceso un conjunto de actividades y tareas orientadas a generar un valor añadido al cliente al cual va dirigido. Esta ficha ayuda a definir estos conceptos:

- **Entradas:** materiales, personas, informaciones o estados que son transformados de alguna manera a través del mismo.

- **Salidas:** resultados que se obtienen del mismo, que añaden valor al destinatario.

- **Guías:** condicionantes que regulan el comportamiento del proceso.

- **Recursos:** medios necesarios para transformar las entradas en salidas. Pueden ser recursos materiales, de personal, sistemas informáticos.

- **Subprocesos/actividades:** tareas que se deben realizar para transformar las entradas en salidas.

- **Indicadores:** principales medidas que deben de servir para monitorizar y controlar el proceso.

—**Ficha de destinatarios y expectativas del proceso.** Los destinatarios son las personas o estructuras organizativas sobre las que la salida tiene impacto y, por lo tanto, les exigirán que todo haya funcionado correcta-

mente y que el proceso les haya aportado valor añadido.

—**Diagramas de los niveles 0 y 1** siguiendo la metodología IDEF0 (Figs. 3 y 4). A partir de la información recogida en la ficha de definición global y en la ficha de proceso se puede representar este en su conjunto siguiendo la metodología IDEF0, obteniéndose entonces el diagrama de nivel 0.

Después se puede dibujar el diagrama de nivel 1, que refleja el proceso a partir de las interrelaciones entre sus diferentes subprocesos y muestra un nivel más de detalle respecto al diagrama anterior.

—**Diagramas de flujo de las actividades de los subprocesos.** Si se detallan las actividades de cada subproceso se puede dibujar un diagrama de flujo con las actividades que involucran (Fig. 5). Se puede observar este diagrama en el que se detalla, sólo y a modo de ejemplo, la información del subproceso "recibir al paciente" (Anexo).

La ficha de actividades describe cada una de las actividades mostradas en el diagrama de flujo anterior.

### Fase III. Implantación del proceso

Una vez descrito, se tendrá que implantar y hacer efectivo en la práctica clínica. Es el momento de empezar a trabajar según la descripción formal del proceso e iniciar su monitorización mediante los indicadores diseñados que permitirán evaluar su comportamiento.

La implantación de la GBP aporta mejoras a la organización, dado que se hace lo que hay que hacer, pero de manera estructurada, uniforme y estandarizada, garantizando que la descripción realizada se ejecute, controle y ajuste.

### Fase IV. Mejora continua del proceso

Una vez implantado, se inicia la etapa de mejora continua. Las acciones de mejora se llevarán a cabo siguiendo los 4 pasos del ciclo PDCA o ciclo de Shewhart (Fig. 6): planificar, ejecutar, controlar y ajustar.

## LOS INDICADORES DEL PROCESO

Un indicador es una herramienta de medida que nos permite gestionar la actividad que realizamos, así como también los resultados que obtenemos.

Los resultados que se derivan de los procesos implantados tienen que evaluarse sistemáticamente (Fig. 7) para corregir las posibles desviaciones que aparezcan y poder aplicar la mejora continua en el proceso.

Según Norton y Kaplan, "lo que no se mide no se puede gestionar". Este pensamiento nos ayuda a definir qué queremos gestionar, así como también a diseñar los indicadores adecuados para evaluar el proceso.

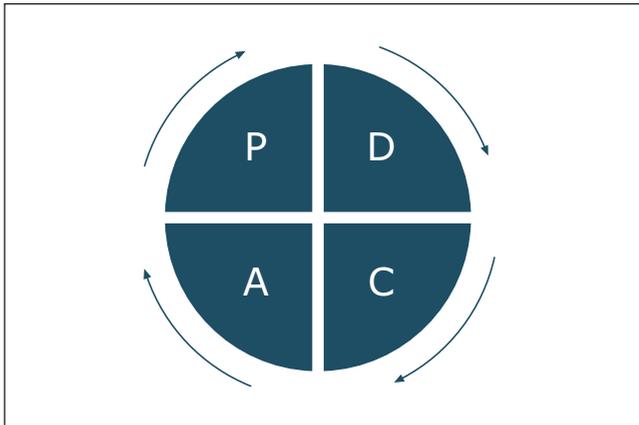


Fig. 6. Ciclo de Schewart o ciclo PDCA.

En el proceso de actividad de la UCSI se han seleccionado 25 indicadores que miden diferentes aspectos del mismo y se distribuyen según su dimensión. Existen factores que enmarcan la calidad de la asistencia (eficiencia, satisfacción, seguridad, adecuación) y se llaman dimensiones de la calidad.

En el proceso de la UCSI, los indicadores se distribuyen en: eficiencia (siete), adecuación (cuatro), seguridad (siete), satisfacción (tres) y calidad (cuatro). Cada indicador tiene un responsable para medir y realizar su seguimiento.

Los responsables seleccionados son los propietarios del proceso o de alguna de las partes en las que se desglosa el mismo y están directamente implicados en las actividades y los resultados que miden.

Los indicadores se pueden modificar cuando se requiera para adaptar la medida a la gestión (Fig. 7).

## RESULTADOS

El desarrollo del proceso de actividad en la UCSI ha sido el segundo paso para lograr una GBP, después de realizar el trabajo previo para obtener el mapa de procesos.

El resultado más tangible de su desarrollo consiste en la descripción de todo el proceso, con sus correspondientes fichas y diagramas que ayudan a visualizar cómo se trabaja en la UCSI.

La tarea realizada durante el periodo de aproximadamente 4 meses que ha durado su desarrollo ha supuesto una serie de resultados indirectos y ha permitido ver los beneficios que puede suponer trabajar con procesos a diferentes niveles:

— *Organización*: la GBP implica un cambio en la forma de trabajar. Supone la asunción de responsabilidades por parte de los propietarios de los procesos y subprocesos, sin alterar el organigrama jerárquico todavía vigente en la clínica.

— *Personas*: la GBP facilita la participación e implicación de las personas, que al mismo tiempo favorece el diseño y seguimiento del mismo.

— *Paciente*: la GBP está enfocada a lograr la máxima satisfacción del paciente y supone una orientación de las actividades realizadas hacia los pacientes, familiares y profesionales que trabajan allí.

— *Mejora continua*: la GBP supone la evaluación sistemática de los resultados, la detección de posibles desviaciones y la mejora continua.

— *Eficiencia*: la aplicación de la GBP en la UCSI debe permitir aumentar la actividad de cirugía sin ingreso y, como consecuencia, liberar recursos a nivel de hospitalización.

## CONCLUSIONES

El objeto de nuestra organización requiere una visión integral e integrada que incluya una continuidad en el trato del paciente y su unicidad, que sólo se puede garantizar con la colaboración de los diferentes expertos de un equipo multidisciplinar que sean capaces de establecer colectivamente una visión conjunta de los problemas.

Pensamos que esta manera diferente de trabajar da más satisfacción a nuestro cliente interno y externo, mejora nuestra calidad asistencial y de servicio y hace más eficiente nuestras actuaciones.

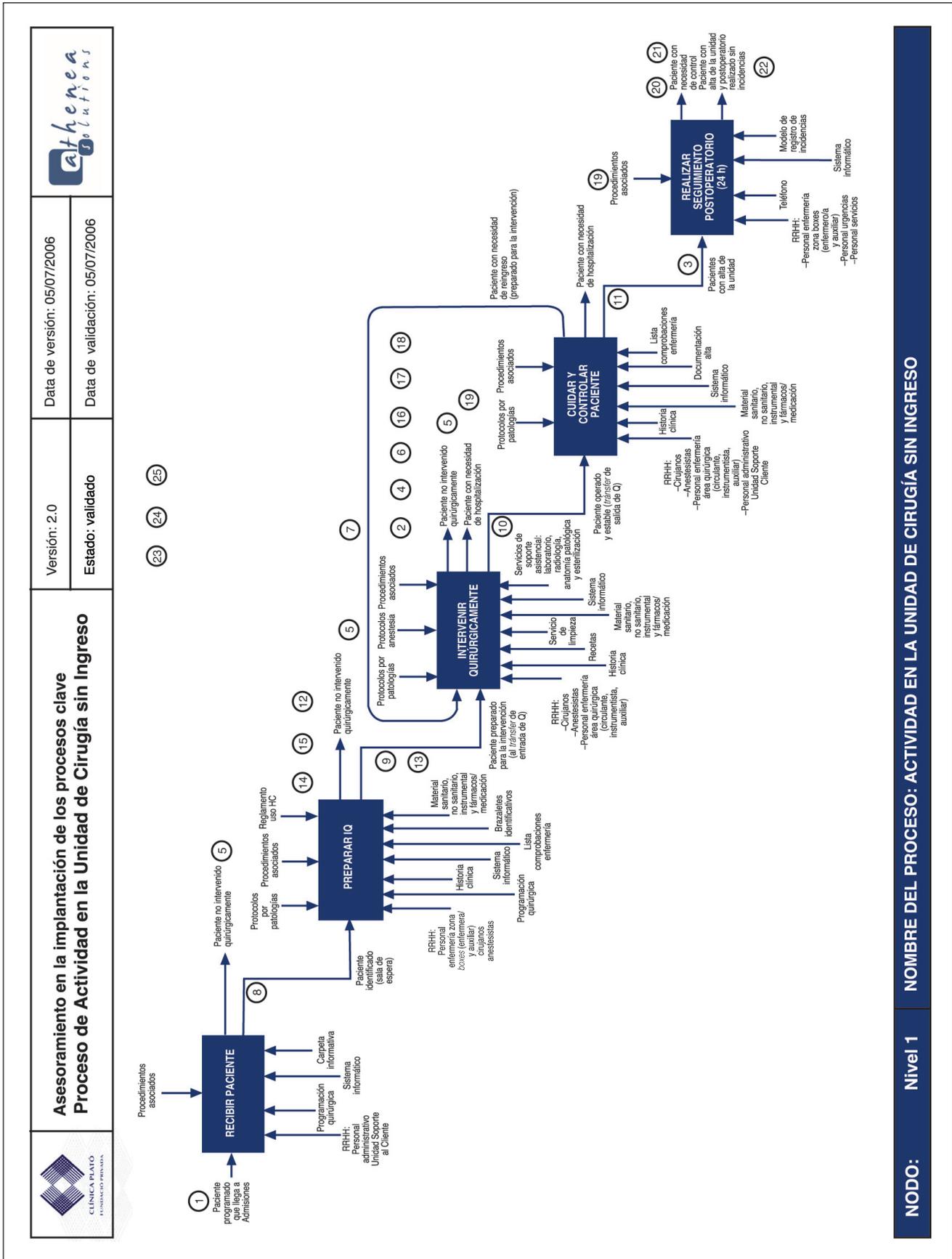
El éxito de la UCSI se basa en la selección de un personal técnicamente muy bien preparado, motivado y con capacidad y ganas de trabajar en equipo.

Los protocolos y el método de trabajo deben ser conocidos y aceptados por todo el personal de la unidad. Tener una visión global y transversal de todo el proceso nos ha permitido implicar a todos los profesionales en la gestión de la actividad asistencial. Asimismo, este modelo incluye las herramientas necesarias para después evaluar los resultados obtenidos favoreciendo una mejora continua.

En la evaluación de un servicio que genera tanta ansiedad y que es tan complejo, próximo, personal e importante como la atención quirúrgica, los pacientes están particularmente atentos y es nuestra responsabilidad ofrecerles el mejor servicio como profesionales de la salud.

Son ejes fundamentales la atención del paciente, los conocimientos médicos, el aprendizaje basado en la práctica, la mejora de las habilidades interpersonales y de comunicación, la profesionalidad y la práctica basada en la evidencia. La implicación de los profesionales es importante a la hora de diseñar los indicadores, puesto que este hecho garantizará el seguimiento, la evaluación sistemática de los resultados y la aplicación de las mejoras correspondientes.

La GBP supone una nueva forma de trabajar, impulsa el trabajo en equipo entre los diferentes profesionales del centro y promueve la participación directa de los implicados, no sólo en la realización de la actividad diaria, sino también en la gestión de todo el proceso asistencial, prestando especial atención a los resultados que se obtienen relacionados con el paciente: satisfacción, resolución del problema asistencial y seguridad (Anexo).



## ANEXO

## SUBPROCESO RECIBIR PACIENTE

## IDENTIFICAR AL PACIENTE

—*Descripción funcional de la actividad:* el personal de la Unidad de Soporte al Cliente debe identificar al paciente cuando llega para ser intervenido en la UCSI, pidiéndole sus datos personales (nombre, apellidos), así como también la documentación acreditativa (tarjeta sanitaria, tarjeta mutua,...)

—*Personas que intervienen:* personal administrativo de la Unidad de Soporte al Cliente en la planta baja de la clínica

—*Recursos necesarios*

—*Procedimientos asociados*

—*Características de calidad:*

- El espacio de la Unidad de Soporte al Cliente debe ser accesible a los pacientes y a sus acompañantes
- El trato que se le da al paciente debe ser el adecuado

—*Observaciones*

## COMPROBAR PROGRAMACIÓN

—*Descripción funcional de la actividad:* una vez identificado el paciente, se debe verificar a partir de la agenda quirúrgica que efectivamente tiene una intervención programada para aquel día. Se comprueba el día y hora de la intervención, el quirófano al cual está programada y el cirujano que debe llevarla a cabo. Si por cualquier incidencia relacionada con la programación, cirugía o quirófano, no es posible llevar a cabo la intervención, el paciente es reprogramado. En cualquier caso, así como con los pacientes que no estén programados para aquel día, las siguientes acciones a realizar vendrán marcadas por el procedimiento correspondiente

—*Personas que intervienen:* personal administrativo de la Unidad de Soporte al Cliente en la planta baja de la clínica

—*Recursos necesarios:*

- Programación de quirófano del día (agenda quirúrgica)
- Sistema informático

—*Procedimientos asociados:*

- Procedimiento programación quirúrgica
- Procedimiento para los pacientes no programados o con incidencias de programación en la UCSI

—*Características de calidad:*

- Se dispone de la programación quirúrgica del día
- La programación quirúrgica del día contempla todos los pacientes que se deben intervenir durante el día
- Los datos referentes a la intervención (día, hora, quirófano, cirugía,...) están correctamente cumplimentados
- El paciente se presenta al día y hora programada
- Se registran las incidencias derivadas de la programación

—*Observaciones*

## VALIDAR/MODIFICAR DATOS PERSONALES

—*Descripción funcional de la actividad:* en este punto se debe verificar con el paciente que sus datos personales introducidos en el sistema informático son correctos. En caso que algún dato necesario no esté cumplimentado, o bien sea erróneo, se debe introducir o corregir. Una vez que los datos están correctos, se debe proceder a hacer el "ingreso virtual" del paciente en el sistema informático (se crea episodio de ingreso), registrándose entre otros la hora de llegada del paciente

—*Personas que intervienen:* personal administrativo de la Unidad de Soporte al Cliente en la planta baja de la clínica

—*Recursos necesarios:* sistema informático

—*Procedimientos asociados:*

- Procedimiento para realizar ingresos de clientes del Servei Català de la Salut
- Procedimiento para realizar ingresos de clientes de privados o mutua

—*Características de calidad:*

- Los datos personales del paciente son correctos y no hace falta modificarlos
- Se registran y contabilizan los errores e incidencias en los datos personales

—*Observaciones*

## COMUNICAR A LA UCSI LA LLEGADA DEL PACIENTE

—*Descripción funcional de la actividad:* una vez que el paciente se ha identificado correctamente y se han validado sus datos personales, se debe comunicar a la UCSI que el paciente ya se ha presentado y está esperando en la sala de espera

—*Personas que intervienen:* personal administrativo de admisiones de la planta baja de la clínica

—*Recursos necesarios:* sistema informático

—*Procedimientos asociados*

—*Características de calidad:* la comunicación con admisiones de la llegada del paciente es automática e instantánea, y se realiza una vez se registra el "ingreso" del paciente en el sistema informático

—*Observaciones:* la comunicación informática está pendiente de desarrollo

## INFORMAR AL PACIENTE

—*Descripción funcional de la actividad:* finalmente, se debe comunicar al paciente que debe esperar en la sala de espera hasta que el personal de enfermería de la UCSI venga a recogerlo para ser intervenido. Así mismo, se debe proporcionar al paciente y a los acompañantes la información general del funcionamiento de la clínica que puedan necesitar mientras esperan (situación de la cafetería, lavabos próximos a la sala de espera, etc.). Además, se les entrega una carpeta que incluye la hoja de información general y la encuesta de satisfacción

—*Personas que intervienen:* personal administrativo de admisiones de la planta baja de la clínica

—*Recursos necesarios:* carpeta informativa: contiene la hoja de información general de la clínica y la encuesta de satisfacción

—*Procedimientos asociados*

—*Características de calidad:*

- La sala de espera debe ser confortable y debe permitir al paciente y acompañantes tener las comodidades básicas (accesibilidad a lavabos, cafetería,...)
- La información proporcionada al paciente y acompañantes es la suficiente para resolver cualquier duda que pueda surgir durante su estancia en el centro

—*Observaciones*

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Beltrán Sanz J. Guía para una gestión basada en procesos. Sevilla: Instituto Andaluz de Tecnología; 2002.
2. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. 2001.
3. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Acreditació de Centres d'Atenció Hospitalària Aguda a Catalunya. 2005.
4. Gestión por procesos. Una herramienta eficaz para la mejora continua. Revista Todo Hospital 1999.
5. Guía para la Gestión de Procesos. Dirección de asistencia sanitaria. Vitoria: Osakidetza-servicio Vasco de Salud. Eusko Jaularutza-Gobierno; 1999.
6. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Características de los indicadores clínicos. Control de calidad asistencial 1991; 6 (3): 65-74.
7. Juran Institute. Gestión de la calidad: mejora de la calidad en los servicios. Madrid: AENOR; 1994.
8. Kaplan RS, Norton DP. Cuadro de Mando Integral The Balanced Scorecard. Gestión 2000; 1997.
9. Metodología de diagramación IDEF. Disponible en: [www.idef.com](http://www.idef.com)
10. Monográfico sobre gestión de procesos. Revista calidad asistencial 1999; 14 (4).
11. Moracho O. Gestión por procesos en el Hospital de Zumárraga. Arquitectura de procesos 1999.
12. Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria, SESCAM. La Gestión por Procesos. Toledo: 2002.