

**DEFINICIÓN**

Recoger y procesar los datos administrativos del paciente que sean necesarios y realizar todas las gestiones precisas para atender cualquier demanda de atención especializada, basadas en la mejora continua, siguiendo los principios de la buena práctica, empleando los recursos de forma eficiente, respetando el medioambiente y generando satisfacción en usuarios y profesionales.

**LÍMITES DEL PROCESO**

INICIAL	Recepción de la solicitud de demanda de asistencia especializada.
FINAL	Realización de las gestiones internas asociadas al alta del paciente una vez satisfecha la demanda asistencial.

**ENTRADAS**

PROVEEDOR	ENTRADA
Médico de Atención Primaria. Propio paciente y familia. Otro centro hospitalario o SUMMA.	Solicitud de atención urgente.
Médico de atención primaria (SCAE, MULTICITA); otras comunidades autónomas (SIFCO); otros especialistas (partes interconsultas, canalizaciones)	Solicitud de atención ambulatoria.
Jefe de servicio médico.	Solicitud de gestión (creación, modificación, etc) de agendas.
Facultativo especialista quirúrgico.	Solicitud de inclusión en lista de espera quirúrgica (LEQ).
Facultativo especialista de urgencias, otros especialistas, otros centros hospitalarios.	Solicitud de ingreso hospitalario.
Facultativo especialista propio centro, otros centros asistenciales, instituciones no asistenciales (inspección médica, juzgados), paciente y familiares.	Solicitud de historia clínica.

**SALIDAS Y REQUISITOS**

CLIENTE	SALIDAS	REQUISITOS
Paciente y familia.	Alta de urgencias/hospitalización.	Que reflejemos correctamente la situación de alta administrativa para poder justificar su asistencia.
Paciente y familia. Enfermero, técnico y facultativo responsable.	Cita de consulta externa.	Cita correcta sin duplicidades y en plazos con la historia clínica adjunta.
Paciente y familia. Facultativo.	Inclusión en lista de espera quirúrgica.	Que no haya errores administrativos en su inclusión. Agilidad en la gestión.
Jefe de servicio.	Creación-modificación de agenda.	Que se realice según sus indicaciones y dentro de los plazos adecuados.
Consejería de Sanidad; Gerencia; Especialistas.	Información sobre el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).	Cumplimiento de plazos y calidad en los datos.
Paciente y familia; facultativo.	Historia clínica o copia de una historia clínica.	Que se disponga de ella lo antes posible y en su lugar.

**INDICADORES**

CÓDIGO	OBJETIVO DE MEJORA	INDICADOR DE RESULTADO
PRO-ADM-01 Urgencias	Disminuir en un 10% los registros de pacientes con financiación 101 y "activo Cibeles" No o en blanco, en los ingresos procedentes de urgencias.	Entregar al 100% de pacientes calificados como de riesgo suicida, una cita en menos de 7 días en la agenda correspondiente, independientemente del día y la hora en la que se solicite.

## INDICADORES (cont.)

CÓDIGO	OBJETIVO DE MEJORA	INDICADOR DE RESULTADO
PRO-ADM-02 Consultas Externas	Incluir en el ANEXO III de SIFCO el 90% de los pacientes quemados de otras comunidades autónomas, atendidos con ingreso en nuestro hospital.	Dar al 100% de pacientes con sospecha de neoplasia enviados desde primaria, una cita en <15 días: N° de sospechas de malignidad citadas en <15 días/ total de SM solicitadas*100.
PRO-ADM-03 Actividad quirúrgica	Codificar al menos el 60 % de la actividad quirúrgica urgente y de la programada no procedente de lista de espera, hasta ahora no codificada.	Lograr el 100% codificación de procedimientos y diagnósticos de LEQ.
PRO-ADM-05 Hospitalización	Elaboración, difusión y puesta en marcha de un circuito para disminuir el tiempo de permanencia en el servicio de urgencias a los pacientes para los que ya se ha decidido el ingreso.	Disminuir en un 2% el campo “restos” del fichero de Hospitalización del cuadro de mando de Facturación Intercentros.
PRO-ADM-06 Gestión de Archivo y Documentación clínica	Disminuir a un 7.3 la no disponibilidad de la historia clínica en consultas externas.	Resolución del 100% de las peticiones de documentación clínica por el propio paciente, familiares o allegados en menos de 30 días hábiles.
PRO-ADM-07 Sistemas de clasificación de pacientes	Recodificar, cada entrega del CMBD, los pacientes quemados que llevan a GRD médico.	Codificación del 100% de las altas del CMBD y de la AAE.

## ACTIVIDADES

### ADM-PRO-03 (Actividad quirúrgica)

#### 1. Inclusión en Lista de Espera Quirúrgica (LEQ)

Se produce cuando un especialista quirúrgico indica una intervención no urgente, cumplimenta un documento de solicitud en LEQ e indica al paciente que acuda al Servicio de Admisión (Unidad de Preoperatorios o al Servicio de Atención Paciente en los Centros de Especialidades (CEP), para que tramite su inclusión en LEQ.

Comprobación de la correcta cumplimentación del documento de inclusión datos administrativos y médicos, para que conste en el registro informático del centro, y quede incluido en el RULEQ. El registro debe incluir: datos de identificación y localización del paciente, fecha de inclusión en lista, médico y servicio responsable de su inclusión, diagnóstico y procedimiento quirúrgico previsto (codificado según la normativa vigente), prioridad clínica (normal, preferente u oncológica), tipo de cirugía (con/sin ingreso) y observaciones a tener en cuenta de cara al estudio preoperatorio, ingreso o intervención. Debe contar además con la conformidad del paciente para su inclusión en dicho registro.

En el supuesto de que el documento de inclusión de LEQ llegue sin codificar, se procederá de la siguiente forma:

Si el literal descriptivo del diagnóstico y procedimiento coinciden con la hoja precodificada, el administrativo podrá codificarla.

Si el literal no coincide, se enviará a personal con formación específica para que proceda a su codificación. En caso de dudas en el registro de LEQ, por ser ininteligible el diagnóstico o el procedimiento que se ha de realizar o en algún otro campo del registro, se contactará con el facultativo o la consulta para aclararlo.

En el momento de la inclusión, el paciente debe firmar la aceptación de su inclusión en el registro de LEQ, para lo que sacaremos *dos documentos de información sobre LEQ*, uno se entregará al paciente y el otro lo firmará y lo archivaremos junto al documento de inclusión en LEQ.

#### 10. Captura de actividad quirúrgica

Una vez intervenido el paciente, el administrativo de quirófano, tanto en turno de mañana como de tarde, procederá a capturar la intervención quirúrgica en el sistema informático (HP-HIS), reflejará las horas de entrada y salida de quirófano según datos de la hoja de circulante y las de incisión y sutura del protocolo quirúrgico. Así mismo, se indicarán los diagnósticos y procedimientos realizados y los cirujanos, anestesistas y personal de enfermería interviniente.

En ese momento dará de baja al paciente en LEQ.

Si la operación ha sido suspendida, también se reflejará en el sistema informático, y se indicarán los motivos obtenidos del parte de suspensión.

Si alguna intervención no tiene los documentos necesarios para ser capturados, se quedarán pendientes hasta poder comprobar las horas y demás datos necesarios.

*“Ver resto de actividades en la Intranet.”*

## ACCIONES DE MEJORA EN EL PROCESO

Contribuir a disminuir el tiempo de permanencia en el servicio de urgencias de los pacientes para los que ya se ha decidido el ingreso, asignándoles, en la medida de lo posible, una cama durante las primeras horas del turno de la mañana.

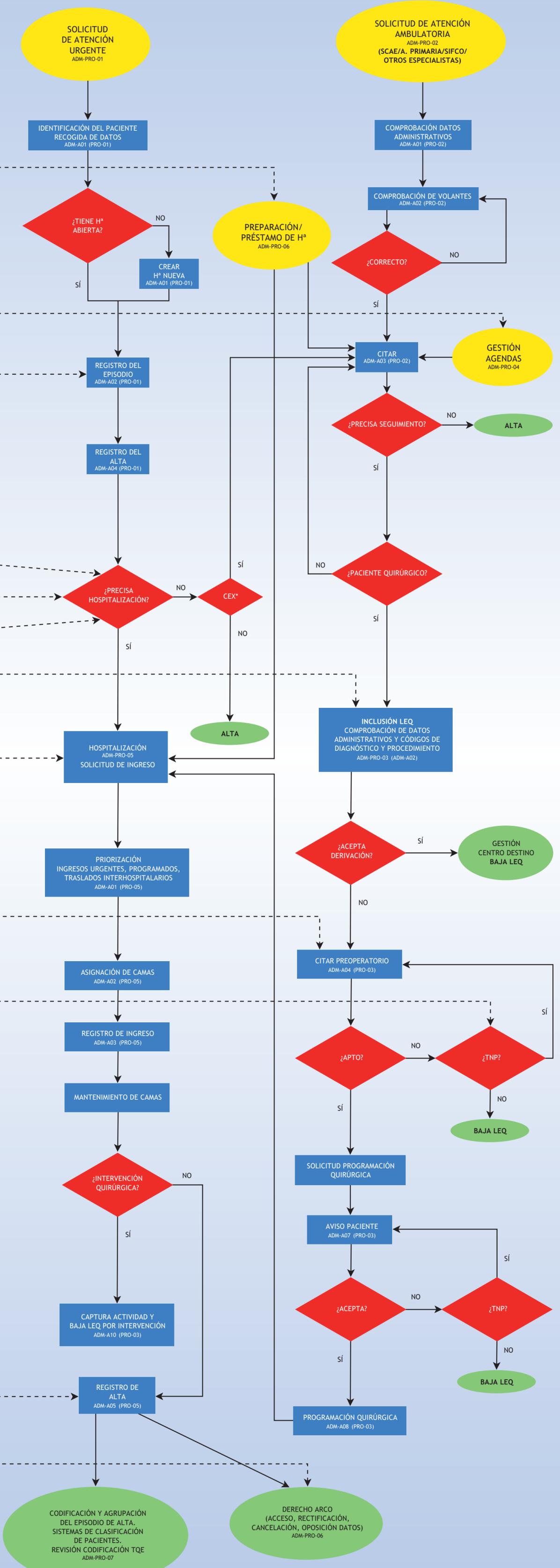
- Ley 14/1986, General de Sanidad
- Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad SNS
- Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid
- Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos
- Ley 12/2001, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid
- Ley 8/2001, de Protección de Datos de Carácter Personal en la Comunidad de Madrid
- Resto de legislación aplicable
- R.D. 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud
- Otras disposiciones vigentes y legislación aplicable

- Manual de uso de la historia clínica
- Historia clínica
- Circuito modificación de estructura de agendas
- Circuito modificación en la programación
- Circuito documentación urgencias

- Circuito pulseras en programación pediátrica
- Circuito cita paciente suicida
- Informe alta urgencia
- DIP Intervención ambulante
- DIP Intervención con anestesia general o sedación
- Especificaciones generales para derivar
- Circuito prealta
- Unidad de semana (USEM)

- Criterios de valoración preoperatoria
- Circuito de gestión de aplazamientos médicos o voluntarios (TNP)

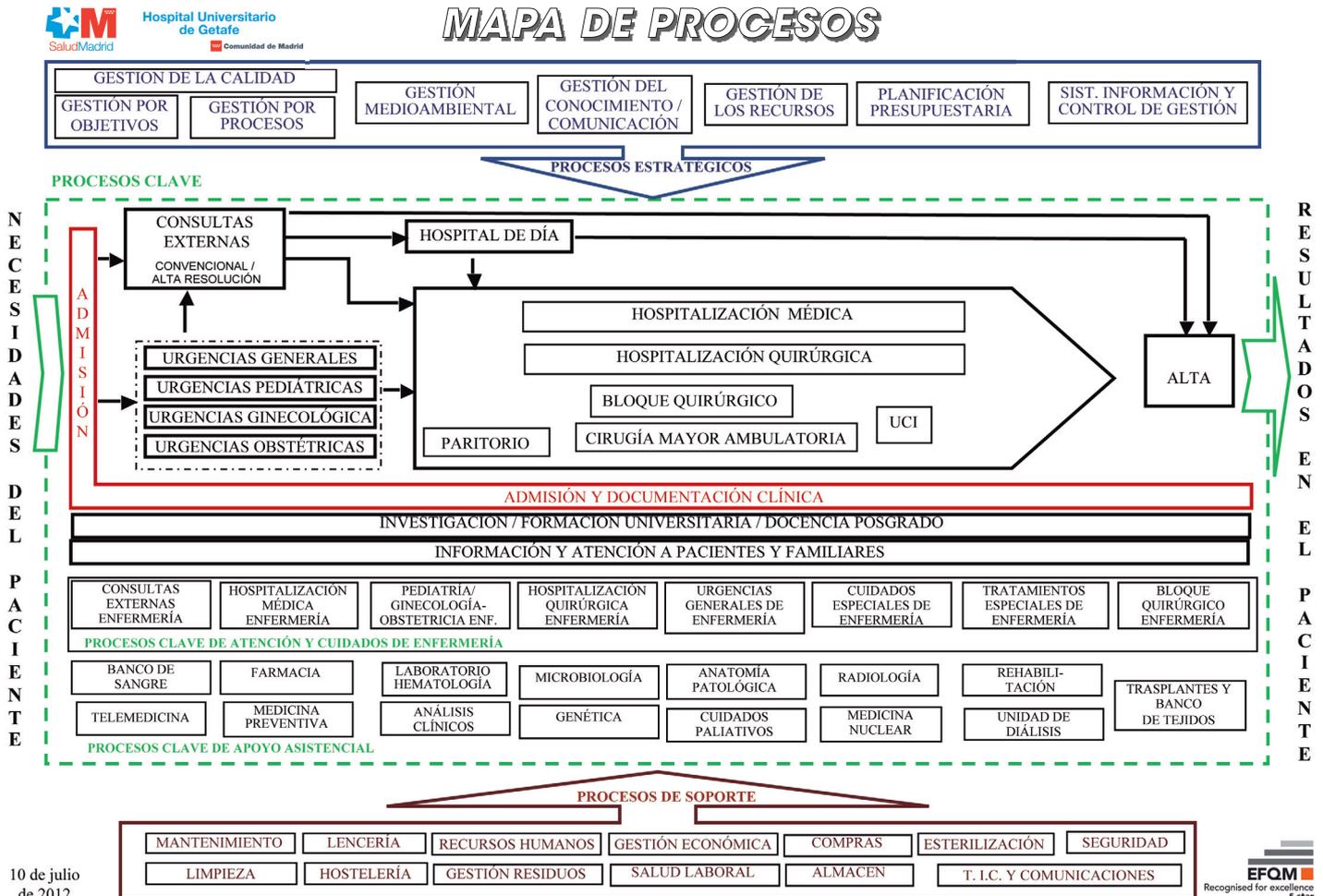
- Informe de alta hospitalización
- Circuito gestión derechos ARCO (acceso, rectificación, cancelación y oposición)



\*CEX: CONSULTAS EXTERNAS.

# BUSCANDO LA EXCELENCIA: ENTRE TODOS DISEÑAMOS NUESTRA ORGANIZACIÓN A TRAVÉS DE LA GESTIÓN POR PROCESOS

## MAPA DE PROCESOS



10 de julio de 2012

**DEFINICIÓN DE PROCESO: CONJUNTO DE ACTUACIONES, DECISIONES, ACTIVIDADES Y TAREAS QUE SE ENCANDENAN DE FORMA SECUENCIAL Y ORDENADA PARA CONSEGUIR UN RESULTADO EFICIENTE QUE SATISFAGA PLENAMENTE LOS REQUERIMIENTO DE LOS CLIENTES.**

### Objetivos generales de la gestión por procesos en el Hospital Universitario de Getafe

- La gestión por procesos centra las actuaciones en el usuario, en sus necesidades y expectativas.
- Implicación de los profesionales en la gestión, que los convierte en motores del cambio y en protagonistas de las aportaciones para la mejora permanente y la integración de innovaciones.
- Incorporación de la metodología (de la medicina basada en la evidencia).
- Disminución de la variabilidad de la práctica.
- Incorporación de un sistema de información integrado que permita la mejora continua.
- La gestión de procesos al abordar la organización sanitaria de manera horizontal, favorece la continuidad (de la asistencia), la competitividad, la eficiencia y la coordinación entre procesos.
- Certificar el proceso según la Norma ISO 9001 y contribuir con el sistema EFQM del Sello 500+.

### Objetivos específicos del diseño de procesos en el Hospital Universitario de Getafe

- Identificar a los destinatarios del proceso y conocer sus expectativas.
- Definir el nivel de Calidad del servicio que se desea prestar.
- Coordinar las actividades de las diferentes unidades funcionales que intervienen en el Proceso (servicios médicos, unidades de enfermería, servicios de apoyo asistencial y no asistencial, etc.).
- Definir las actividades necesarias sobre la base de la evidencia científica disponible.
- Eliminar las actuaciones innecesarias o erróneas que no aporten ningún valor añadido.
- Conocer el consumo de recursos y buscar acciones de eficiencia.
- Definir una estructura de indicadores que permita detectar las oportunidades de mejora.