

**PROVINCIA DE CORRIENTES
CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES**

**“RELEVAMIENTO PROGRAMA PROVINCIAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN LA PROVINCIA DE CORRIENTES”**

**INFORME FINAL
ABRIL - 2009**

FUNDACION CAMAU ESPINOLA

INDICE TEMÁTICO

RESUMEN EJECUTIVO	2
INTRODUCCIÓN	4
PLAN DE TRABAJO	17
4. Aplicar los conceptos aprendidos a un grupo piloto de procesos clave seleccionados por cada institución participante.	17
a) Presentación de Listado y descripción de procesos clave seleccionados.	17
b) Presentación de flujogramas de los procesos actuales elaborados	37
c) Informe sobre oportunidades de las mejoras detectadas.	53
	63
5. Crear competencias internas para la autogestión del cambio.	
a) Listado de los equipos capacitados de mejora designados por la institución.	63
b) Listado de equipos sensibilizados para iniciar la implementación de la Mejora (fase1)	63
c) Informe sobre la Metodología de Mejora diseñada y consensuada.	65
	66
PROPUESTA DE SEGUNDA ETAPA. AÑO 2009	

RESUMEN EJECUTIVO

El presente documento contiene Informe Final del “Programa Provincial de Gestión de la Calidad en la Atención de la Salud en la Provincia de Corrientes”.

Los objetivos específicos del proyecto durante la Etapa I iniciada en 2008 fueron:

- Fortalecer institucionalmente a los servicios de salud de Corrientes para que puedan constituir y desarrollar una cultura de promoción, evaluación y resguardo de la calidad en la atención.
- Capacitar en conceptos básicos de calidad en la gestión de los servicios de salud con los recursos existentes en las instituciones participantes.
- Instalar en las instituciones participantes la Visión sistémica, Visión de procesos y Visión de autocontrol.

Para lograrlos se consensuó con los directores de las instituciones:

- Seleccionar dos procesos críticos
- Las personas que trabajarían en el programa
- Los días de trabajo y talleres.

Luego se determinaron los procesos críticos

- 1) Hospital Angela I. Llano: Admisión de Pacientes en Consultorios Externos y Estadísticas Hospitalarias.
- 2). Hospital Pediátrico Juan Pablo II: Admisión de Emergencias y Admisión de Laboratorio.
- 3). Hospital José R. Vidal: Admisión de internación y Gestión de Estudios Extra Hospitalarios.

De manera sintética podemos resumir la metodología de trabajo en sus distintas fases

- Detección de problemas
- Priorización de procesos clave o críticos
- Análisis de las causas
- Análisis de soluciones (oportunidades de mejora)

- Implantación de la mejora
- Inicio del cambio
- Reevaluación

Los resultados obtenidos hasta el presente permiten señalar algunas conclusiones:

- La experiencia de implementación del programa es una innovación que puede posibilitar cambios favorables en hospitales y centros de atención primaria.
- El proyecto permite realizar aportes concretos para el desarrollo de buenas prácticas en la gestión de servicios en establecimientos prestadores de salud.
- Los resultados y aprendizajes pueden contribuir al debate sobre la mejora de la eficacia y la eficiencia en la gestión de los servicios públicos de salud a través de la divulgación de resultados concretos, constituyéndose en **uno de los pocos casos de innovación en la gestión de servicios públicos**, que contribuya a la idea de que la reinención del gobierno no es una quimera inaplicable en nuestra provincia.
- Dado que la metodología resulta fácilmente aplicable para todo tipo de organismos públicos, la gestión basada en procesos permite mejorar la calidad de los servicios al identificar (en uno de los primeros pasos de la metodología) al cliente-ciudadano como la persona más importante y destinatario principal de la misión organizacional.

Si bien los resultados permiten afirmar que los objetivos generales fueron alcanzados, no solo éstos deben considerarse logros significativos de la primera etapa desarrollada del proyecto. Como emergente de todo el proceso de desarrollo hasta el presente han podido capitalizarse logros adicionales y aprendizajes que constituyen resultados de alta relevancia.

Entre ellos cabe mencionar:

- La necesidad e importancia de contar con una filosofía como marco de referencia
- La importancia de operar sobre la base de una metodología
- La creación de criterios de servicio y bases para la mejora continua en los actores
- Las acciones comunicacionales y los requisitos de capacitación
- Las competencias requeridas para el desarrollo del proyecto
- El liderazgo y autoridad necesarios para implementar las oportunidades de mejora

INTRODUCCIÓN

PROGRAMA PROVINCIAL DE GESTION DE LA CALIDAD EN LA ATENCION DE LA SALUD DECRETO N° 275/08

EVALUACION DEL ENTORNO EXTERNO

Para resolver grandes problemas, se requiere fortaleza, imaginación y perseverancia y conocimiento.

Basta mirar el mapa del planeta para comprobar que las naciones más avanzadas **no sólo son las más ricas sino las más igualitarias**, porque una economía inmaterial basada en el conocimiento, la información, la comunicación y la innovación, depende directamente de un alto nivel de complejidad social, de desarrollo educativo y de las capacidades asociativas de la población, todos ellos potentes promotores de la igualdad, la democracia y la redistribución social.

De allí también que los países predominantemente post-industriales sean más igualitarios que los industriales y éstos a su vez sean más igualitarios que los agropecuarios, o los basados en la extracción de materias primas como es el caso de nuestra provincia.

En Corrientes predominó a lo largo de su historia institucional el “Patrimonialismo” entendido como: *“un conjunto de prácticas basadas en el reparto de empleo público, oportunidades de vida y de sustentación económica, así como bienes y servicios y derechos excepcionales”*. Martini y Yore (1998: 59-60)

Según Joan Prats, *“A lo largo de tres siglos arraigaron instituciones y pautas culturales que provenían de la parte de Europa preliberal, premoderna, precientífica y preindustrial, de la Europa de la Contrarreforma, centralizada, corporativa, mercantilista, escolástica, patrimonial, señorial y guerrera, donde la idea de libertad no deriva del derecho general sino de la obtención de un privilegio jurídico”*. http://www.revistacriterio.com.ar/art_cuerpo.php?numero_id=141&articulo_id=2689

El patrimonialismo se tradujo en privilegios para las elites y en asistencialismo para la clase pobre e indigente. Por otra parte, el empleo público funcionó en la provincia como un seguro de desempleo encubierto, generando una enorme masa de empleados no calificados que pasaron a formar parte de la telaraña en que se transformó la burocracia estatal, lo que Schmitter ha llamado “**sobreburocratización estructural**” combinado con “**infraburocratización de comportamientos**”, en otras palabras, el papeleo y el formalismo se hicieron sistémicos con el patrimonialismo. *Schmitter, Ph. C., Interests Conflict and Political Change in Brazil, Stanford, Stanford University Press, 1971.*

Además, la ausencia de una burguesía emprendedora y poderosa promovió una relación de dependencia entre la clase empresarial y el Estado.

El proceso de acumulación de capital estuvo bajo la protección del Estado, mientras el sector público funcionó como un mecanismo de apropiación privada de los recursos públicos.

Mientras tanto, la tecnología estuvo y está produciendo una nueva y más compleja brecha en el nivel del conocimiento. Ello generó una forma de pobreza distinta y difícil de revertir, que es la pobreza del saber, la pobreza de conocimiento

Ante esto, y desde la mirada de la gestión de salud, contar con instituciones inteligentes y con procesos de calidad, si bien no es condición suficiente, claramente es condición necesaria para realizar el aporte al desarrollo de la provincia, promoviendo salud y apuntando a que el ciudadano sano sea un agente de ese desarrollo

Nuevamente según Joan Prats “*Cuando nos planteamos reformar las instituciones estamos nada menos que pretendiendo hacer historia, pues a esto equivale querer superar la continuidad histórica representada por unas instituciones informales que están fuerte y diversamente arraigadas en los países y que bloquean el avance de la democratización, la cultura productiva y la inclusión social*”.

EVALUACION DE LA SITUACION INTERNA

En una organización grande, como el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes, la única manera de cambiar la forma de trabajar de los empleados es reinventar los procesos que gobiernan ese trabajo. Procesos de gestión tales como la planificación estratégica, confección del presupuesto, la gestión de proyectos, la contratación, promoción y la evaluación del desempeño de empleados, las comunicaciones internas y la gestión del conocimiento son algunos de los engranajes que convierten los principios de gestión en prácticas cotidianas.

Los establecimientos hospitalarios prestadores de salud son organizaciones complejas, -multiempresas- donde conviven prestaciones de servicios muy diferenciadas a saber:

- Servicios Asistenciales de prestación de Salud.
- Prestación de servicios de hotelería.
- Investigación
- Docencia.

En el hospital la principal función es el proceso asistencial, se atienden enfermos y a su entorno, dando respuesta a las necesidades individuales, sanitarias y sociales, con disponibilidad, accesibilidad y equidad.

En las instituciones dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia se atiende al 85% de la población. Con los registros actuales solo se mide la demanda que se satisface, pero no se mide aquella demanda que no llega a la institución, es decir la Demanda Oculta, tampoco se mide las patologías que el sistema deja de atender, o sea la Demanda Insatisfecha.

No se trabaja sobre procesos integrales, que conformen cadenas de valor, mas bien, se trabaja en pequeñas “parcelas de poder” de los jefes de servicio, sin interactuar con el resto.

Las instituciones no tienen puesta la mira en el usuario como cliente, porque esto no forma parte de la cultura organizacional ya que el modelo “medico hegemónico” hace que **el centro de la organización sea el medico y no el paciente**

Las instituciones no tienen los procesos definidos, a pesar de que algunos de ellos se encuentran escritos no se cumplen -entre otras cosas- por no contar con un equipo de gente que adhiera la proyecto de una moderna gestión institucional, tampoco se aplican las guías de practica clínica elaboradas de acuerdo a la Medicina Basada en la Evidencia, predominando el antiguo concepto de la experiencia del medico jefe o –lo que es mas serio- la presión sobre los médicos de la industria de medicamentos.

Existen un set de indicadores construido en el Ministerio de Salud de la Nación en colaboración con la Academia Nacional de Medicina y la Sociedad Argentina de Calidad en Salud que fue validado con un estudio colaborativo multicéntrico del que nuestra provincia participó en el año 2006 y que visto la utilidad del mismo, se lo implementó como de cumplimiento obligatorio pero en la actualidad se abandonó el registro. Esto permitiría a los directores de los hospitales y a los funcionarios del nivel central, tener un cuadro de comando periódico para evaluar la marcha de su gestión.

En la mayoría de los hospitales no esta escrito el manual de misión y funciones ni se construyó la visión estratégica de la organización.

No se formaron equipos de trabajo y los profesionales, salvo excepciones, no se preocupa de los costos y ni enseñan a los jóvenes estudiantes o residentes la importancia de la gestión económica y financiera para una organización.

La Docencia tanto pre como post graduado esta a cargo de la Universidad, el Ministerio solo interviene tangencialmente financiando parte de los cargos de residentes, el resto lo financia Nación. No se mide la calidad académica de la formación.

La investigación que se desarrolla en los hospitales es escasa y de nulo impacto científico, los casos de trabajos que se están desarrollando son Ensayos Clínicos Fase IV, propuestos por la industria farmacéutica, que como se sabe, es un procedimiento de marketing en el que los médicos a cambio de una paga, ayudan a instalar la necesidad de la utilización del fármaco generalmente de altísimo costo.

Corrientes tiene el 60% de sus habitantes pobre y/o indigente, el 80% es atendido por la salud pública, cuyos hospitales tienen el 70% de la oferta de camas y 250 Centros de Atención Primaria de la Salud (**CAPS**)

El 60% del territorio provincial solo cuenta con instituciones estatales, toda la población se atiende en ellas. En la capital la mayoría de las camas y la complejidad es estatal. Por las informaciones que se manejan hoy, no podría inferirse que -por lo menos- en el mediano plazo, el sector privado tenga proyectado realizar inversiones para construir y/o instalar instituciones con internación prestadoras de salud.

En todo caso, lo que parece probable, es que se comiencen a gestar asociaciones o alianzas estratégicas entre ambos sectores, privados y públicos, para brindar servicios de salud.

PRODUCCION HOSPITALARIA 2007

EGRESOS: 85.399 (pacientes internados en cualquier institución de la pcia.)

CONSULTAS: 2.208.602 (pacientes atendidos en consultorios externos de los hospitales y CAPS de toda la pcia.)

CIRUGIAS: 17741.

LAS CIFRAS NO MUESTRAN VARIACION SIGNIFICATIVA DESDE EL AÑO 1998.

PORCENTAJE HISTORICO DE CAMAS OCUPADAS EN HOSPITALES

1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
46,23	37,49	39,7	42,6	43,5	49,5	52,5	38,95	40,34	37,80

Este cuadro muestra el porcentaje de camas ocupadas en la serie histórica 1998-2007, se observa que a pesar de que hay poco más de 2300, que es una cifra escasa comparada con los estándares internaciones, aun así los porcentajes de ocupación son históricamente bajos. **NO PARECE FALTAR CAMAS, LO QUE FALTA -CON SEGURIDAD- ES GESTION DE CAMAS**, que conceptualmente es muy diferente.

El estado destina \$428.- per cápita para atender los 700.000 ciudadanos sin cobertura social y/o pobres. En el 2008 el presupuesto fue 300 millones, el 73% se gastó en

personal, lo que llama la atención, pues a pesar de ser un sector de mano de obra intensiva, la bibliografía indica que el porcentaje del presupuesto destinado a gastos de personal no debiera superar el 65%.

La mortalidad infantil es 15,7/ooo, 90% de los fallecidos tenían al nacer más de 2500 gs, el 80% contó con atención médica. El 0.7% de las madres tuvieron menos de 15 años y el 20% tuvieron menos de 19 años. El 60% de esas muertes son reductibles mejorando los procesos de Atención Primaria, atención del parto y del recién nacido.

Se toman estos dos indicadores porque son considerados testigos de la calidad de salud de una determinada jurisdicción ya sea nacional, regional, provincial o municipal, y porque el 60% de las causas de mortalidad materna, neonatal e infantil son PREVENIBLES, llamadas también MORTALIDAD BLANDA, eso quiere decir que **aplicando políticas de gestión de la calidad en la atención de la salud, esas muertes no deberían ocurrir.**

Estos indicadores, obligan a un replanteo de la gestión de salud en materia de procesos, inversiones, gastos, asignaciones presupuestarias, prioridades en la toma de decisiones, ejecución de programas etc.

Mientras tanto, mucho gasto en infraestructura, equipamiento, tecnología de última generación -en no pocos casos- sin planificación adecuada y –por lo menos- con una irracionalidad sorprendente, no sirvieron a lo largo de la historia de la Provincia para promover y proteger la salud, a juzgar por los indicadores de mortalidad infantil y materna que se vienen mostrando desde hace muchísimos años, aunque hayamos logrado mejoras en los últimos años.

Si no trabajamos en la construcción de herramientas que optimicen la gestión de los procesos utilizados en la prestación de la salud y en la atención de la enfermedad, seguiremos realizando gastos ineficaces sin mejorar los indicadores de salud.

Los administradores del dinero público no deben GASTAR MENOS debe GASTAR MEJOR, para ello requieren de elementos técnicos que den soporte teórico a la toma de decisiones.

Estos conceptos motivaron y fueron el disparador de la idea de crear un **Programa Provincial de Gestión de Calidad en la Atención de la Salud**, que apunte a:

CREAR VALOR EN LA CADENA DE ATENCION DE LA SALUD

• ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD: Para llegar antes de la enfermedad

- Implantar sistema de recepción y orientación al paciente mediante recepcionistas, médico orientador, azafatas, enfermera de salas de espera o cualquier otra herramienta que mejore la atención al paciente y disminuya la incertidumbre y el nivel de ansiedad producido por la situación de potencial enfermedad.
- Asegurar una sala de espera acondicionada, que brinde un mínimo de confort.
- Implementar detección y registrar la referencia del paciente.
- Optimizar las herramientas que permitan tener HISTORIA CLINICA UNICA
- Diseñar e implementar el sistema de TURNOS TELEFONICOS
- Implementar y asegurar que se cumpla con LA REFERENCIA y la recepción de la CONTRAREFERENCIA.
- Realizar actividades de educación y promoción de la salud
- Trabajo en terreno de los agentes sanitarios y de los médicos comunitarios.
- Implementación del set de indicadores de gestión de Atención Primaria de la Salud,
- Implementar la cultura del registro

• PROCESO DE INGRESO y EGRESO DE LOS PACIENTES: calidad en la atención al paciente desde que entra al centro de salud hasta que llega al consultorio del medico o a la internacion y su posterior egreso.

- Implantar sistema de recepción y orientación al paciente mediante recepcionistas, medico orientador, azafatas, enfermera de salas de espera o cualquier otra herramienta que mejore la atención al paciente y disminuya la incertidumbre y el nivel de ansiedad producido no solo por la situación de potencial enfermedad sino por ingresar a un sitio básicamente desconocido.
- Asegurar sala la de espera acondicionada, que permita pasar el momento con un mínimo de confort.
- Implementar procedimientos que permitan detectar y registrar la referencia del paciente.
- Optimizar las herramientas que permitan tener HISTORIA CLINICA UNICA
- Diseñar e implementar el sistema de TURNOS TELEFONICOS

- Cumplir con los circuitos lógicos para la internación del paciente según venga de consultorio externo, emergencia o con orden de internación programada
- Implementar y asegurar que se cumpla con LA CONTRAREFERENCIA.

- **PROCESO DE ATENCION MEDICA PROPIAMENTE DICHA: los médicos deberán cumplir con normas mínimas que aseguren la atención de calidad**

- Dentro del consultorio o en la internación el médico debe aplicar las guías de práctica clínica y la ya conocida Medicina Basada en la Evidencia.
- Confeccionar la Historia Clínica en forma completa y correcta.
- Cumplir aspectos administrativos propios de su función.
- Aportar en aspectos administrativos positivos y concretos como: la decisión de compras e inversiones.
- Aportar para mejorar la motivación del personal
- Contribuir al sistema de información gerencial.
- Contribuir para reducir los consumos, controlar los egresos y disminuir los costos de prestación, optimizando los recursos existentes.
- Tener como principal objetivo restablecer la salud de los pacientes.
- Buscar la satisfacción de los usuarios.

En 5 de Marzo de 2008, el Decreto N° 275/08 crea el **Programa Provincial de Gestión de la Calidad en la Atención de la Salud**

VISION:

Hacer de la GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD un **modo** de trabajo, de gerenciamiento y de ejercicio de la profesión, para prestar más y mejores servicios de salud a los ciudadanos.

PRINCIPIOS: Gestionar la Calidad en los Servicios de Salud para asegurar:

- **Equidad:** dando más a quién más necesita garantizando la accesibilidad.
- **Eficacia:** utilizando metodologías y tecnologías adecuadas.
- **Efectividad:** alcanzando cobertura e impacto adecuados.
- **Eficiencia:** con rendimiento y costos acordes.

MISION:

Gestionar la calidad mejorando procesos, siendo más eficaz, brindando mejores servicios, utilizando racionalmente los recursos, entendiendo que la salud es un derecho y que un ciudadano sano es un agente de desarrollo. La calidad **no es sinónimo de lujo o de complejidad**, sino un proceso de mejoramiento continuo, **calidad objetivable y mensurable**, que **involucra a toda la organización**.

OBJETIVO GENERAL:

Sentar las bases para un cambio cultural que permita al sistema de salud de la Provincia de Corrientes implementar políticas de Gestión de la Calidad en Hospitales y Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer los servicios de salud desarrollando cultura de gestión de la calidad en la atención.
- Capacitar al capital humano en conceptos de calidad de los servicios de salud.
- Implantar la visión sistémica, de procesos y autocontrol.

IMPACTO ESPERADO DE LA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN LA MESO Y MICROGESTION

- **Los beneficios para las instituciones prestadoras de salud y el cliente interno.**

Quienes trabajan en organizaciones que utilizan sistemas de planeamiento y gestión estratégica y *gestión de la calidad* disfrutan más de sus trabajos, están más alertas a los cambios que se producen en los escenarios donde deben actuar, tienen actitudes proactivas en lugar de reactivas y son mucho más proclives a aportar ideas para mejorar el funcionamiento de sus grupos, ya que se sienten protagonistas de su propio destino.

- **Fortalece el trabajo de equipo**

Los integrantes de la organización están informados sobre el rumbo y las estrategias elegidos, las personas conocen en detalle los objetivos y los planes de acción asignados a las distintas unidades internas de la organización, lo que facilita superlativamente el trabajo de equipo.

A pesar de que aprender a trabajar de forma efectiva como equipo requiere su tiempo, dado que se han de adquirir habilidades y capacidades especiales necesarias para el desempeño armónico de su labor, en las organizaciones que aplican la Gestión de la Calidad los componentes del equipo aprenden a ser capaces de gestionar su tiempo para llevar a cabo su trabajo diario además de participar en las actividades del equipo; alternar fácilmente entre varios procesos de pensamiento para tomar decisiones y resolver problemas, y comprender el proceso de toma de decisiones comunicándose eficazmente para negociar las diferencias individuales.

- **Desarrolla actitudes proactivas**

Las organizaciones que recurren al planeamiento estratégico saben hacia dónde se dirigen. Están mejor preparadas para superar los desafíos que se presentan en su camino, sin perder de vista su rumbo. Cuando se introduce la cultura de la gestión de la calidad, sus actitudes son proactivas, porque se focalizan en sus metas, que permanecen firmes ante los acontecimientos diarios.

Alinea áreas clave de la organización para conseguir aumentar la satisfacción de los pacientes y sus familias, la calidad y a su vez una disminución de los costos.

Proporciona la participación y el compromiso de los empleados, fomentando la cooperación entre departamentos. Construye un sistema sensible, flexible y disciplinado.

• **Optimiza los resultados económicos y operativos**

El planeamiento, la gestión estratégica y la gestión de la calidad permiten optimizar el desempeño económico y operativo, al existir mayor coherencia dentro de la organización. La aplicación de los objetivos y los planes de acción en forma coherente por parte de sus distintas unidades (departamentos, sectores o divisiones) y de las personas que las integran produce resultados superiores a los de otras organizaciones.

• **Asigna con mayor eficacia los recursos**

Toda organización, incluso la más grande, cuenta con recursos limitados, que son difíciles de obtener y cuyo costo es elevado. Si los recursos se pierden, son difíciles de reemplazar. Esto obliga a ser cuidadosos en cómo se los emplea, para lograr la mayor eficacia posible.

El planeamiento estratégico permite que los recursos de todo tipo económicos, humanos, materiales y tecnológicos sean asignados de acuerdo con una serie de prioridades, determinadas por la existencia de una visión, la misión encomendada a la organización de conjunto y los objetivos de sus unidades internas.

Al evitar los REPROCESOS, está probado que se disminuyen los costos operativos en un 30%, lo que en el caso de la Salud Pública permitiría utilizar esos recursos para **realizar MAS PRESTACIONES.**

• **Los beneficios para el cliente externo. El paciente**

Estos beneficios son fácilmente medibles y objetivables mediante indicadores cuali y cuantitativos algunos de los cuales son fácilmente medibles, por ejemplo:

- Disminución de las colas para ser atendidos.
- Disminución de las listas de espera.
- Disminución de los días de estada.
- Disminución de la reinternación por la misma causa.
- Disminución de la tasa de cesárea hasta lograr estándares internacionales.

Además de estos y otros indicadores que puedan incorporarse o reemplazarse en las futuras revisiones del proyecto se deberán incorporar herramientas que permitan la

realización permanente de control de satisfacción del paciente por estudios independientes.

IMPACTO ESPERADO DE LA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN LA MACROGESTION DE LA SALUD.

En una empresa privada de servicios se habla de Orientación al Cliente.

En el caso que nos ocupa estamos hablando de los Clientes del Estado, o sea los **CIUDADANOS**. Desde los que aportan impuestos hasta la franja más vulnerable de la población, los indigentes, los pobres, los niños, los ancianos.

En la relación de una sociedad evolucionada con las empresas esta probado que el 5 % de los Clientes insatisfechos se quejarán directamente a la Gerencia. El 45 % lo hará ante un mando medio que, por lo general, no decidirá nada o derivará la queja a un nivel superior o, por lo menos, intentará corregirla, el 50% restante, sencillamente acepta las cosas como están.

Según los especialistas, el Cliente disconforme contará su experiencia de 9 a 20 personas, en tanto que un Cliente satisfecho le va a contar como máximo a 5 personas. La lección es: conviene muchísimo evitar Clientes Insatisfechos.

Los servicios de salud, cuando funcionan adecuadamente no producen grandes satisfacciones en la población, ni son noticia en los medios de comunicación mientras que cuando dejan de prestarse, son capaces de producir grandes insatisfacciones en las personas en particular y en la opinión pública en general.

Si bien nos encontramos en una sociedad que no tiene incorporado el concepto de Calidad, también es cierto que como participantes activos del proceso de cambio –de lo cual estamos convencidos- debemos gestionar e implantar políticas que traccionen y eleven los estándares de la gestión.

Con este concepto de la Salud Pública en particular y de la Gestión Gubernamental en general podríamos inferir que habría cambios en la opinión pública respecto de los índices de aprobación de la gestión, de la imagen de los líderes, y finalmente en la confianza de los ciudadanos.

La Gestión de la Calidad contribuye a un mejoramiento de la productividad, a partir de una clara observación de los procesos y su consecuente mejoría y estimula un mejor posicionamiento de la gestión en la opinión pública.

Motiva un clima laboral pleno, donde el trabajador se siente parte de la organización, porque tiene derecho a opinar responsablemente, proponiendo nuevas ideas y mejoras, además de proponer y conseguir los incentivos económicos u otros que vienen a ser el reconocimiento palpable de su aporte.

En resumen, en este análisis del concepto de Gestión de la Calidad Total, podemos señalar, que estamos frente a un desafío importante en la gestión que tiene implicancias enormes en el futuro de nuestra provincia.

PLAN DE TRABAJO

4. Aplicar los conceptos aprendidos a un grupo piloto de procesos clave seleccionados por cada institución participante.

a) Presentación de Listado y descripción de procesos clave seleccionados.

En este apartado, se detallan los dos (2) procesos que fueron seleccionados y se trabajaron en cada una de las instituciones participantes, a saber:

1) Hospital Angela I. Llano

- Admisión de Pacientes en Consultorios Externos.
- Estadísticas Hospitalarias

2). Hospital Pediátrico Juan Pablo II

- Admisión de Emergencias
- Admisión de Laboratorio

3). Hospital José R. Vidal

- Admisión de internación
- Gestión de Estudios Extra Hospitalarios

1) Hospital Angela I. Llano

PROCESO: ADMISIÓN DE PACIENTES EN CONSULTORIOS EXTERNOS

Resumen:

Relevamiento de Secretarías del Proceso de Admisión de Ginecología, Obstetricia y Pediatría turno mañana y tarde.

Desarrollo:

Relevamiento de Secretarías del Proceso de Admisión de turno mañana de:

1. Ginecología
2. Obstetricia
3. Pediatría

Lugar:

Ventanilla especial, separada de la barra de admisión general de CE

Tipos de Pacientes Admitidos:

1. Paciente que solicita turno:
 - 1.1. Demanda espontánea sin urgencia.
 - 1.2. Demanda espontánea con relativa urgencia.
 - 1.3. Derivado de Caps
 - 1.4. Derivado del interior (poca frecuencia, en general vienen sin turno)
 - 1.5. Derivado del medico del CE para nuevo control (con fecha)
 - 1.6. Derivado al alta para control post internación (con fecha).
 - 1.7. Solicita que el medico vea los resultados de los estudios.
 - 1.8. Otro (en general personas recomendadas)

2. Paciente para atención médica:
 - 2.1. De lunes a jueves se atienden los pacientes con turno programado
 - 2.2. El dia viernes es por orden de llegada y por turnos programados
 - 2.3. Pacientes con demanda espontánea con relativa urgencia.
 - 2.4. Derivado del interior que en general vienen sin turno.
 - 2.5. Derivado de Admisión de Emergencia.
 - 2.6. Paciente internado en sala que requiere algún procedimiento que se hace en CE.

3. Paciente que acude para pesquisa neonatal: se rellena el carton respectivo y transcurridos alrededor de 30 días se entregan los resultados (Pesquisa Neonatal: programa nacional obligatorio de realizar en el recién nacido y que los resultados demoran mas de treinta días en ser entregados por parte de laboratorios especializados-fuera de este Hospital).

Horario de atención turno mañana:

1. De la puerta general de CE: 7 hs a 20 hs.
2. De la oficina de admisión: de 7.30 a 13 hs.
3. De los médicos gineco-obstetras: de 8.30-9 a 10.30-11hs.
4. De los médicos pediatras: de 8 a 11 hs.

Cantidad de consultorios:

1. Dos exclusivos para pediatría

2. Uno exclusivo para gineco-obstetricia
3. Uno compartido (lunes y jueves) para gineco-obstetricia adolescentes

Disponibilidad diaria de médicos:

1. Gineco-obstetras:
 - 1.1. Lunes: dos de 9 a 10 hs. y uno de 10 a 11 hs.
 - 1.2. Martes: uno de 8 a 11 hs.
 - 1.3. Miércoles: uno de 8 a 11hs
 - 1.4. Jueves: dos de 8.30 a 10 hs. y uno de 10 a 12 hs.
 - 1.5. Viernes: dos de 9 a 11 hs.
2. Pediatras:
 - 2.1. Lunes a viernes: dos de 8 a 11 hs.

Abreviaturas:

P/F: Paciente o Familiar

OC: Orden de consulta

SI: Sistema Informático

PT: Planilla de turnos.

HCPN: Historia Clínica Perinatal

RM: Recetario de Medicamentos

HC: Historia Clínica

CN: Cuaderno de novedades

Flujo de tareas de Secretaria de CE Ginecología, obstetricia y pediatría:

1. Antes de comenzar con la atención al público preparan los consultorios con todos los implementos que los médicos necesitan para trabajar. Ej.: estetoscopio, pinar, caja curaciones, recetarios, etc.
2. A las 7.30 hs. abren la ventanilla y se reparten tareas entre las dos secretarias y colaboran con la tarea de la otra a medida que van teniendo tiempo libre. Las tareas son: dar turnos para pediatras y ginecólogos, atender a los pacientes que vienen por consulta y buscar los resultados de la Pesquisa Neonatal
 - 2.1. Turnos 1º vez:
 - 2.1.1. Solicitan datos personales que anotan en papel porque no tienen sistema informático.

- 2.1.2. Evalúan urgencia.
 - 2.1.3. Si es un caso ginecológico, o por problemas de mama, o adolescencia no rige el área programática y derivan a los médicos especialistas.
 - 2.1.4. Para Pediatría, se efectúa control del niño sano hasta los 15 años, urgencia en niños menores de un mes, mayores se deriva al Hospital Juan Pablo II.
 - 2.1.5. se atienden solo niños menores de un mes en caso de emergencias, y solo control del niño mayor de un mes que si se trata de emergencia se deriva al Hosp. Juan Pablo II.
- 2.2. Turnos para control:
- 2.2.1. Se busca la ficha de registro de consultas anteriores.
 - 2.2.2. Puede ocurrir que a la salida de la consulta ya pidan el turno para la próxima vez, con sugerencia de la fecha por parte del médico.
 - 2.2.3. En caso que para la fecha solicitada por el médico no haya turnos disponibles, consultan con el profesional para cambiar la fecha.
- 2.3. Pacientes con turno para atención:
- 2.3.1. Se los cita una hora antes de que los médicos comiencen a atender. La mayoría de los pacientes ingresan a la sala de espera las 7.30 hs, aunque esperan desde más temprano en la calle pues el ingreso al hospital está cerrado hasta esa hora. Cuando se confirma la presencia, se confecciona ficha si es primera vez o se busca la ficha es de visita ulterior.
 - 2.3.2. Si es pediátrico, se busca la HCPN
 - 2.3.3. Se solicita documentación correspondiente al Plan Nacer u Obra Social y se registra en la ficha y en la planilla.
 - 2.3.4. En caso de control ginecológico (no embarazadas) si la paciente no tiene Obra Social, se la manda a Servicio Social para que la categorice, y en caso de que pueda abonar un bono de contribución se le cobra. Es voluntario.
 - 2.3.5. Registran los pacientes ausentes.
 - 2.3.6. Cuando finaliza la atención, se completan las planillas y las entregan a estadística para que realice la carga de la cantidad de consultas, que formaran el grupo de datos de Producción Hospitalaria.
- 2.4. Pesquisa neonatal:

2.4.1. Registro de los resultados en libreta de control del niño

2.4.2. Entrega de los informes a la madre.

2.4.3. Solicitud y reposición de material (aguja, gasa, jeringas, etc) en Farmacia 1 vez por semana.

Comentarios:

Las secretarías comentan que mientras están realizando el trabajo de atender al público, dando turno o haciendo pasar para la consulta o registrando datos, los médicos las requieren en forma constante para que los ayuden, o para que le alcancen cosas como ser llevar muestras de sangre u orina de pacientes de pediatría al laboratorio o llevar cartón de pesquisa al servicio de Neo para su análisis y buscar los respectivos resultados, o acompañar pacientes derivadas de Consultorios Externos al Servicio de Emergencia de la Maternidad. Todo ello implica dejar de atender al público.

Ante la pregunta de porque los citaban a los pacientes una hora antes de la hora programada por el turno, sobre todo tendiendo en cuenta que los médicos no son puntuales y la mayoría llega por lo menos media hora tarde, refieren que lo hacen por varios motivos. Uno es para acostumbrar a los pacientes a cumplir horario, otro es para tener tiempo a llenar los papeles del Nacer (la mayoría de pacientes tiene Nacer) y la otra es para que el medico no se vaya en caso de que el paciente se demore unos minutos, porque una vez que se retiro del CE generalmente no vuelve, a excepción de los pediatras que ellos si no tienen pacientes, van a la sala de internación y cuando llega un paciente los llaman y vienen sin inconvenientes.

Resumen:

Relevamiento tareas de Secretarías Admisión General, turno mañana y tarde.

Desarrollo:

Tareas de Secretarías de Admisión de turno mañana y tarde de:

4. Clínica Medica
5. Cirugía
6. Diabetes
7. ORL
8. Traumatología

- 9. Oftalmología
- 10. Cardiología
- 11. Neumonología

Lugar:

Barra de admisión general de CE

Tipos de Pacientes Admitidos:

- 4. Paciente que solicita turno:
 - 4.1. Demanda espontánea sin urgencia.
 - 4.2. Demanda espontánea con relativa urgencia.
 - 4.3. Derivado de Caps
 - 4.4. Derivado del interior (poca frecuencia, en general vienen sin turno)
 - 4.5. Derivado del medico del CE para nuevo control (con fecha)
 - 4.6. Derivado al alta para control post internación (con fecha).
 - 4.7. Solicita que el medico vea los resultados de los estudios.
 - 4.8. Otro (en general personas recomendadas)

- 5. Paciente para atención médica:
 - 5.1. Pacientes con turno programado
 - 5.2. Pacientes con demanda espontánea con relativa urgencia.
 - 5.3. Derivado del interior que en general vienen sin turno.
 - 5.4. Derivado de Admisión de Emergencia.
 - 5.5. Paciente internado en sala que requiere algún procedimiento que se hace en CE.

Horario de atención turno mañana y tarde:

- 5. De la puerta general de CE: 7 hs a 20 hs.
- 6. De la oficina de admisión: de 7.30 a 13 hs.
- 7. De los médicos: de 8 a 12hs.
- 8. De los médicos residentes: de 16 en adelante

Cantidad de consultorios:

- 4. Dos exclusivos para diabetes

5. Uno de odontología
6. Uno para traumatología
7. Resto se comparte

Disponibilidad diaria de médicos:

1. Clínicos:

- 1.1. Lunes:.
- 1.2. Martes:
- 1.3. Miércoles:
- 1.4. Jueves:
- 1.5. Viernes:

2. Cirujanos:

- 2.1. Lunes
- 2.2. Martes
- 2.3. Miércoles
- 2.4. Jueves
- 2.5. Viernes

3. Diabetes

- 3.1. Lunes
- 3.2. Martes
- 3.3. Miércoles
- 3.4. Jueves
- 3.5. Viernes

4. ORL

- 4.1. Lunes
- 4.2. Martes
- 4.3. Miércoles
- 4.4. Jueves
- 4.5. Viernes

5. Traumatología

- 5.1. Lunes
- 5.2. Martes
- 5.3. Miércoles
- 5.4. Jueves

5.5. Viernes

6. Oftalmología

6.1. Lunes

6.2. Martes

6.3. Miércoles

6.4. Jueves

6.5. Viernes

7. Cardiología

7.1. Lunes

7.2. Martes

7.3. Miércoles

7.4. Jueves

7.5. Viernes

8. Neumonología

8.1. Lunes

8.2. Martes

8.3. Miércoles

8.4. Jueves

8.5. Viernes

Flujo de tareas de Secretaria de Consultorios Externos:

3. Antes de comenzar con la atención al público preparan los consultorios con todos los implementos que los médicos necesitan para trabajar. Ej.: estetoscopio, tensiómetros, caja curaciones, recetarios, etc.
4. A las 7.30 hs. abren la ventanilla y se reparten tareas entre las dos secretarias y colaboran con la tarea de la otra a medida que van teniendo tiempo libre. Las tareas son: dar turnos para todos los médicos, cardiología tiene una secretaria especial, traumatología y odontología también pero están afuera de la barra, atender a los pacientes que vienen por consulta espontánea sin turno.
 - 4.1. Turnos 1º vez:
 - 4.1.1. Solicitan datos personales que anotan en papel y en el sistema informático, confeccionando la planilla de turnos para cada medico.
 - 4.1.2. Si el paciente sabe con que medico hacerse atender, lo anotan y hacen que espere o le dan el turno correspondiente.

- 4.1.3. Evalúan urgencia y pueden derivar a emergencias o hacer atender por otro medico disponible.
- 4.1.4. Si el paciente no sabe con quien se puede atender generalmente lo derivan con un clínico.

4.2. Turnos para control:

- 4.2.1. Se busca la ficha de registro de consultas anteriores.
- 4.2.2. Puede ocurrir que a la salida de la consulta ya pidan el turno para la próxima vez, con sugerencia de la fecha por parte del medico.
- 4.2.3. En caso que para la fecha solicitada por el medico no haya turnos disponibles, consultan con el profesional para cambiar la fecha

4.3. Pacientes con turno para atención:

- 4.3.1. Se los cita una hora antes de que los médicos comiencen a atender. La mayoría de los pacientes ingresan a la sala de espera las 7.30 hs, aunque esperan desde más temprano en la calle pues el ingreso al hospital está cerrado hasta esa hora.
- 4.3.2. Cuando se confirma la presencia, se confecciona ficha si es primera vez o se busca la ficha es de visita ulterior.
- 4.3.3. Si el paciente no tiene Obra Social, se lo manda a Servicio Social para que lo categorice, y en caso de que pueda abonar un bono de contribución se le cobra. Es voluntario.
- 4.3.4. Si tiene obra social, se solicita la orden de consulta.
- 4.3.5. Registran los pacientes ausentes.
- 4.3.6. Cuando finaliza la atención, se completan las planillas y las entregan a estadística para que realice la carga de la cantidad de consultas, que formaran el grupo de datos de Producción Hospitalaria.

2.4 Otras tareas:

- 2.4.1 Dar turnos por teléfono
- 2.4.2 Atender el teléfono para llamadas personales.
- 2.4.3 Acompañar a los pacientes a los diferentes servicios del hospital: Ej. Laboratorio, farmacia, estudios complementarios, etc.
- 2.4.4 Buscar las Historias Clínicas a estadísticas cuando el médico los solicita.
- 2.4.5 Buscar y llevar en sillas de ruedas a los pacientes según necesidad. (no hay camilleros)

Comentarios:

Las secretarias comentan que mientras están realizando el trabajo de atender al público, dando turno o haciendo pasar para la consulta o registrando datos, los médicos las requieren en forma constante para que los ayuden, o para que le alcancen cosas como ser acompañar pacientes al Servicio de Emergencia o a cualquier otro servicio del hospital.

Todo ello implica dejar de atender al público o sobrecargar a la compañera.

Ante la pregunta de porque los citaban a los pacientes una hora antes de la hora programada por el turno, sobre todo tendiendo en cuenta que los médicos no son puntuales y la mayoría llega por lo menos media hora tarde, refieren que lo hacen por varios motivos. Uno es para acostumbrar a los pacientes a cumplir horario, y la otra es para que el medico no se vaya en caso de que el paciente se demore unos minutos, porque una vez que se retiro del CE generalmente no vuelve, excepto algunos.

PROCESO: ELABORACIÓN DE ESTADÍSTICAS DE INTERNACIÓN

SECTOR: Estadística

**PROCESO: ESTADISTICA
INCONVENIENTES PERCIBIDOS**

- ✓ PERSONAL AFECTADO A LOS CENSOS PARA “BUSCAR EL DATO”.
- ✓ IMPORTANTES DEMORAS EN LA PRESENTACIÓN DE PLANILLAS AL MINISTERIO.
- ✓ NO SE CONFECCIONAN LAS PLANILLAS CON LA CODIFICACIÓN REQUERIDA.
- ✓ HC Y OI SE GESTIONAN INADECUADAMENTE > DEMORAS
- ✓ NO SE CONFECCIONAN OTRAS ESTADÍSTICAS PARA LAS ÁREAS ESTRATÉGICAS DEL HOSPITAL.
- ✓ ESTRUCTURA INFORMATICA INSUFICIENTE PARA LA GENERACIÓN DE DATOS CON REPORTES DE SISTEMA.



OBJETIVO

Realizar el censo diario de consultas médicas, internaciones y producción de sectores en las áreas correspondientes para la elaboración de las planillas mensuales que son reportadas al Ministerio de Salud de la provincia.

PERSONAL AFECTADO

El área cuenta con 1 (una) jefa de servicio y 10 (diez) auxiliares, 7 en horario de mañana y 3 por la tarde.

RESUMEN

El sector de estadística es el encargado de realizar los censos en los diferentes sectores del hospital. Los censos son efectuados diariamente, y son registrados de manera acumulativa en planillas mensuales que son reportadas al Ministerio de Salud de la Provincia. Las planillas que se reportan mensualmente son:

- Resumen mensual de consultas médicas ambulatorias.
- Resumen mensual de internaciones (proceso seleccionado).
- Resumen mensual de producción de sectores.

PROCEDIMIENTO

Para el censado de estadísticas de internación, se pueden diferenciar 2 modalidades, según quién registra el dato.

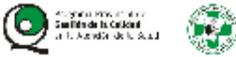
1. Estadística realiza el censado en el sector correspondiente.
2. La especialidad reporta a Estadística en censo ya realizado.

Los datos que se registran en la planilla mensual consisten básicamente en las existencias, los ingresos al sector, los pases, los egresos (altas y defunciones) y el número de camas para internación disponibles.

Respecto de la modalidad, se detalla a continuación un resumen de los sectores donde se realiza censo de internación y su modalidad según cada caso:

1. **CLÍNICA MÉDICA:** Reporta el censo a Estadística por la mañana. Estadística realiza el censo por la tarde.
2. **ER (Emergencias):** Estadística realiza el censo por la mañana y la tarde.
3. **CIRUGÍA:** Estadística realiza el censo por la mañana y la tarde.
4. **CARDIOLOGÍA:** Estadística realiza el censo por la mañana y la tarde.
5. **GINECOLOGÍA:** Estadística realiza el censo por la mañana y la tarde.
6. censo por la tarde.
7. **UTI (Unidad de Terapia Intensiva):** Reporta el censo a Estadística por la mañana. Estadística realiza el censo por la tarde.
8. **MATERNIDAD:** Reporta el censo a Estadística por la mañana y por la tarde.
9. **TISIOLOGÍA:** Reporta el censo a Estadística por la mañana. Estadística realiza el censo por la tarde.
10. **NEONATOLOGÍA:** Reporta el censo a Estadística por la mañana y por la tarde.

2). Hospital José R. Vidal

	PROCEDIMIENTO	PR-ADM-01	
<i>Hospital Dr. José Ramón Vidal</i>	Admisión de Internaciones	Rev.00	Pág. 1 de 8

ADMISION DE INTERNACIONES

INDICE

- 1 OBJETO**

- 2 ALCANCE DE LA APLICACIÓN**

- 3 DEFINICIONES Y ABREVIATURAS**

- 4 RESPONSABILIDAD POR LA APLICACION**

- 5 DESCRIPCIÓN**
 - 5.1 Generalidades
 - 5.2 Tareas del Médico de Consultorios Externos
 - 5.3 Tareas del Médico de Planta
 - 5.4 Tareas del Médico Residente
 - 5.5 Tareas del Personal de Admisión
 - 5.6 Tareas de la Secretaria de Sala
 - 5.7 Tareas del/la Enfermero/a

- 6 REGISTROS**

- 7 ANEXOS**

 	PROCEDIMIENTO	PR-ADM-01	
<i>Hospital Dr. José Ramón Vidal</i>	Admisión de Internaciones	Rev.00	Pág. 2 de 8

1 OBJETO

Definir la gestión para la Admisión de Pacientes que ingresan al Hospital para su internación.

2 ALCANCE DE LA APLICACIÓN

Se gestionarán mediante este procedimiento todas las internaciones programadas y derivadas desde Consultorios Externos y/o de Pacientes Oncológicos y Hematológicos que requieran tratamiento prescrito.

Los Servicios de internación incluidos en este procedimiento son los de Internación Pre y Post Quirúrgica, Terapia, Urología, Oncología, Ginecología, Clínica Médica y Braquiterapia.

Quedan excluidos de este procedimiento los Pacientes en situación de Urgencia y/o Emergencia, Pacientes Nefrológicos, así como los Servicios de Urgencias y Emergencias, Nefrología y Materno Infantil, que cuentan con un Procedimiento de Admisión propio.

Distribución: MCE, ADM, MP, MR, ENF, SS, MJSA, MJSE, MJR, JSA, DA, DM.

3 DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

MCE: Médico de Consultorios Externos
ADM: Personal de Admisión
MP: Médico de Planta
MR: Médico Residente
ENF: Enfermeros/as
SS: Secretarías de Sala
MJSA: Médico Jefe de Sala
MJSE: Médico Jefe de Servicio
MJR: Médico Jefe de Residentes
JSA: Jefe del Servicio de Admisión
DA: Director Administrativo
DM: Director Médico
OI: Orden de Internación
POF: Paciente o Familiar
SI: Sistema Informático
DNI: Documento Nacional de Identidad
HID: Hoja de Identificación del Diagnóstico
IH: Informe de Hospitalización
RM: Recetario de Medicamentos
NA: Norma de Acompañantes
HC: Historia Clínica

	PROCEDIMIENTO	PR-ADM-01	
<i>Hospital Dr. José Ramón Vidal</i>	Admisión de Internaciones	Rev.00	Pág. 3 de 8

4 RESPONSABILIDAD POR LA APLICACION

- Médico de Consultorios Externos
- Médico de Planta
- Médico Residente
- Personal de Admisión
- Secretaria de Sala
- Enfermera/o

5 DESCRIPCION

5.1 Generalidades

Las tareas y pasos generales del procedimiento se describen en el diagrama de flujo (ver Anexo 1). En los capítulos siguientes se detallan y amplían los aspectos que hacen al cumplimiento de los requisitos establecidos.

5.2 Tareas del Médico de Consultorios Externos:

Es responsabilidad del Médico de Consultorios Externos:

- Atender al Paciente y determinar si el mismo tiene criterio de internación.
- Consultar disponibilidad de cama en la sala correspondiente para internar al Paciente.
- Informar al Paciente ante la no disponibilidad de camas en el Hospital para su internación, sugiriendo al mismo que se dirija a otro centro asistencial o que regrese en otra oportunidad.
- Derivar al Paciente al Servicio de Emergencias en los casos correspondientes.
- Confeccionar la OI del Paciente registrando en la misma la hora en que se decide la internación, la Sala y la Cama asignada. Si la internación no procede por falta de camas o por derivación a Emergencias, registra tal novedad en la OI.

5.3 Tareas del Médico de Planta:

Es responsabilidad del Médico de Planta:

- Autorizar la utilización de la cama ante el requerimiento del MCE.

5.4 Tareas del Médico Residente:

Es responsabilidad del Médico Residente:

	PROCEDIMIENTO	PR-ADM-01	
Hospital Dr. José Ramón Vidal	Admisión de Internaciones	Rev.00	Pág. 4 de 8

- En ausencia de personal médico de mayor rango, autorizar la utilización de la cama ante el requerimiento del MCE.

5.5 Tareas del Personal de Admisión:

Es responsabilidad del Personal de Admisión:

- Solicitar al Paciente el DNI y la OI elaborada por el MCE.
- Registrar o actualizar los datos del Paciente en el SI.
- Cargar la Internación del Paciente en el SI.
- Registrar en el SI la reubicación o el alta del Paciente previamente registrado en la nueva cama en los casos correspondientes.
- Registrar la hora en que recibe la OI del paciente.
- Registrar en HRI-AI-01 toda vez que la cama se encuentre disponible y figure como ocupada en el SI.
- Conformar la HC del Paciente.
- Hacer firmar al Paciente y eventualmente a su acompañante la NA.

5.6 Tareas de la Secretaria de Sala:

Es responsabilidad de la Secretaria de Sala:

- Recibir al Paciente y archivar la HC en los casos correspondientes.
- Registrar en la OI la hora de internación efectiva del paciente.

5.7 Tareas del/la Enfermero/a:

Es responsabilidad del/la Enfermero/a:

- Recibir al Paciente y archivar la HC en los casos correspondientes.
- Registrar en la OI la hora de internación efectiva del paciente.

6 REGISTROS

- OI: Orden de Internación
- SI: Sistema Informático
- HRI-AI-01: Registro de Disponibilidad de Camas en el SI
- NA: Norma de Acompañantes

3). Hospital Pediátrico Juan Pablo II

PROCESO: ADMISION EN EMERGENCIAS

El paciente puede ingresar a Emergencia proveniente de algunos de los siguientes orígenes que derivan al paciente:

- Derivaciones del Medico orientador
- Derivaciones de CAP`s
- Consultorios de Atención de Demanda Espontánea (ADE)
- Derivaciones de Hospitales del Interior
- Derivaciones de Clínicas Privadas
- Pacientes Graves (ingresan directamente)

Médico orientador

Es el primer contacto con el paciente. Aunque como su horario es de 7 a 11 Hs. El proceso es diferente cuando esta figura no esta presente, ya que en ese caso el paciente debe ingresar directamente a Emergencias.

El medio orientador hace la evaluación y deriva. La misión del médico orientador es: Atender, Medicar e indicar lo necesario para pasar por Farmacia. Gestiona todo el tratamiento del paciente. Consigue turno.

Corrección: el médico orientador solamente atiende a los pacientes que vienen por primera vez, para indicarles donde tienen que atenderse, pero no atiende como médico.

Antes de derivar a Emergencia puede ocurrir en caso de requerirse que se necesite derivar al paciente a algún Consultorio de Especialidades o a realizarse estudios complementarios.

Luego el paciente ingresa a emergencias (con indicaciones del medico orientador, hasta la parte de enfermería, curaciones, inyectables, vendajes). Cuando llega a Emergencia, puede ser ambulatorio o que requiera internación.

Las salas del Sector Emergencias son:

Sala de admisión (lo anotan y el médico lo ve por pantalla)

Sala de espera
3 Consultorios médicos
Sala de enfermería con office de enfermería para medicar
Shock room trabaja el médico de guardia para estabilizar el paciente crítico o grave
Sala de baño con una tina para bañar a los pacientes con fiebre, o baños pre
Sala de Internación abreviada (SIA) para pacientes con problemas respiratorios
Sala de traslado
Sanitarios del personal
Ropería
Sala de Observación, hasta 24 hs.
Sala de Aislamiento para pacientes con enfermedades infectocontagiosas, 2 camas y baño individual, hasta 24 horas.
Sala de rehidratación oral (es como el SIA) para el paciente que tiene deshidratación leve, se le da líquidos y se tiene que compensar en dos horas
Sala crítica (para pacientes traumatológico y pos quirúrgicos)
Sala de curación
Habitación del médico
Sector de materiales sucios y de ropa sucia

Notas:

Los Médicos de guardias en emergencia interactúan con laboratorios, rayos y especialistas.

Los consultorios de especialidades no están por la tarde, hacen guardia pasiva.

Hasta las 17:00 está abierto control del niño sano.

Laboratorio, Rayos, Ecografía con guardia pasiva, están las 24 hs.

Corrección: Laboratorio y Rayos con guardia activa

PROCESO: ADMISION DE LABORATORIO

En el Laboratorio se hacen análisis Clínicos y bacteriológicos

HORARIOS	TAREAS
De 7 a 9	<ul style="list-style-type: none">• Se reciben órdenes y muestras en Mostrador• Se rotula la muestra• Externos y Oncológicos (con turnos otorgados por anticipado-10 a 1 días antes), bacteriológicos (los del día sin turno)• Se reciben 10 ordenes con turno y 15 sin turno
Desde las 9	<ul style="list-style-type: none">• Se atienden solo urgencias e internados• Se hacen extracciones a las 9 y a las 11 a la mañana y a las 14 y 17 para las externas, las internaciones las hace el enfermero o el médico residente.
8:20	<ul style="list-style-type: none">• Se registra cada orden en el sistema (el sistema da un nro)• Se imprimen 2 bonos<ul style="list-style-type: none">○ uno para laboratorio con el nro de la muestra○ otro para el paciente con indicación del día de retiro)
8:30	<ul style="list-style-type: none">• Bajan las Ordenes de Internación <p>Los sectores de los que pueden venir son: (Quemados, Internación 1 y 2, Oncológicos internados, Diálisis)</p> <ul style="list-style-type: none">○ A estos 1° se les hace la extracción (los residentes)○ Luego traen las órdenes y muestras○ Los residentes buscan los resultados de 13 a 14 Hs. <p>Se realizan 15 por día aprox.</p>
	<ul style="list-style-type: none">• Cuando termina el registro de las órdenes se saca la planilla de trabajo (una por sección – 10 planillas)<ul style="list-style-type: none">○ Hematología (3 planillas)○ Medios Internos(2 Planillas)○ Química (3 Planillas)○ Orino y Fecales (2 planillas)

	<ul style="list-style-type: none"> • Se entrega a partir de las 9Hs en cada sección del laboratorio
10 a 12 Lun-Mie y Vie	<ul style="list-style-type: none"> • Se entregan los resultados • Se busca en la caja de resultados ordenada por apellido • Se siguen recibiendo órdenes
10 a 12 Lun y Mar	<ul style="list-style-type: none"> • Se reciben ordenes del test del sudor <p>Se realizan 3 o 4 por día</p>
12 a 13	<ul style="list-style-type: none"> • Se reciben los resultados de los bioquímicos, que las cargan en las ordenes • Los resultados de Bacteriología y Cerología cargan los resultados los bioquimicos en su propio sistema (Datatech) • Cargan • Se imprimen y se guarda un una caja
15 a 18	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de resultados en el mostrador • Se Recibe Urgencias • Se registra en el cuaderno (este da un nro correlativo) • Luego se pasa al sistema <p><u>PROCESO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibe la orden de emergencia • Lleva la orden al técnico • El técnico registra en el cuaderno la orden • Se carga la Orden de Trabajo y resultados en el sistema • No se hace la clasificación de OS (se deja para el turno de la mañana al otro día)
TURNOS	<ul style="list-style-type: none"> • Se dan 5 turnos por día según diagnóstico • 5 turnos mas para cirugia • 10 o 15 mas que se agregan sin turno

Observaciones:

Para sacar turnos (si no sabe el día el paciente viene de nuevo!!)

- a hacerse el estudio
- a retirarlo

Para las Obras sociales se clasifican las ordenes

- Las que tiene OS de Internados (se codifica, sacan informe de resultados y firma la doct. Passi)
- IOSCAR (se lleva a autorizar - demoran 15 aprox)

Bacteriología

- Si No tiene OS en la orden se busca en Planillas de PLAN NACER y se vuelve a clasificar
 - Con PLAN NACER
 - Sin Orden

Del 25° al 1° de cada mes se presentan todas las OS para facturación

El sistema registra códigos distintos al que exige la OS

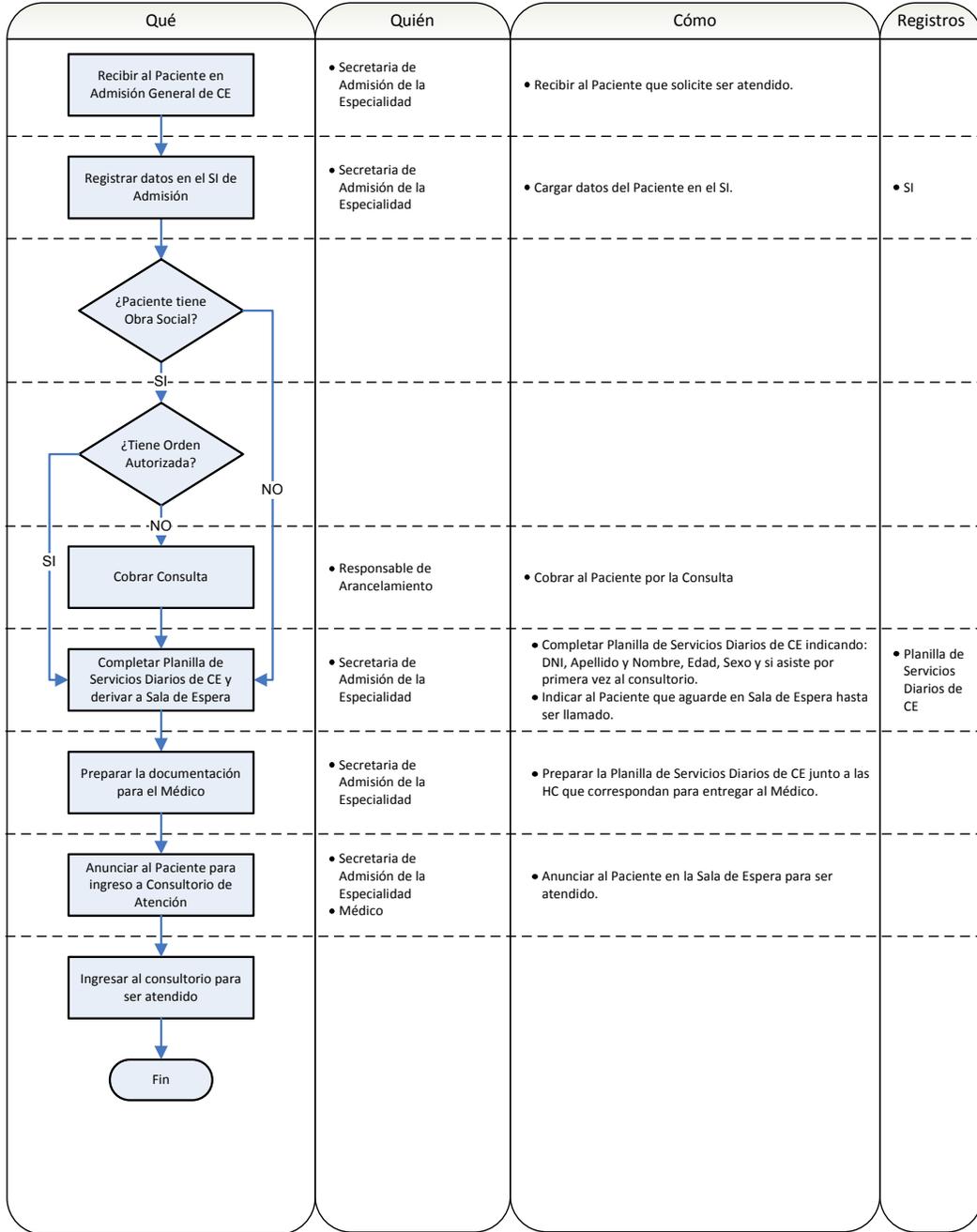
Por ej : Se registran 3 códigos p / Hemograma y la OS necesita solo uno que integra estos

b) Presentación de flujogramas de los procesos actuales elaborados

1). Hospital Angela Llano

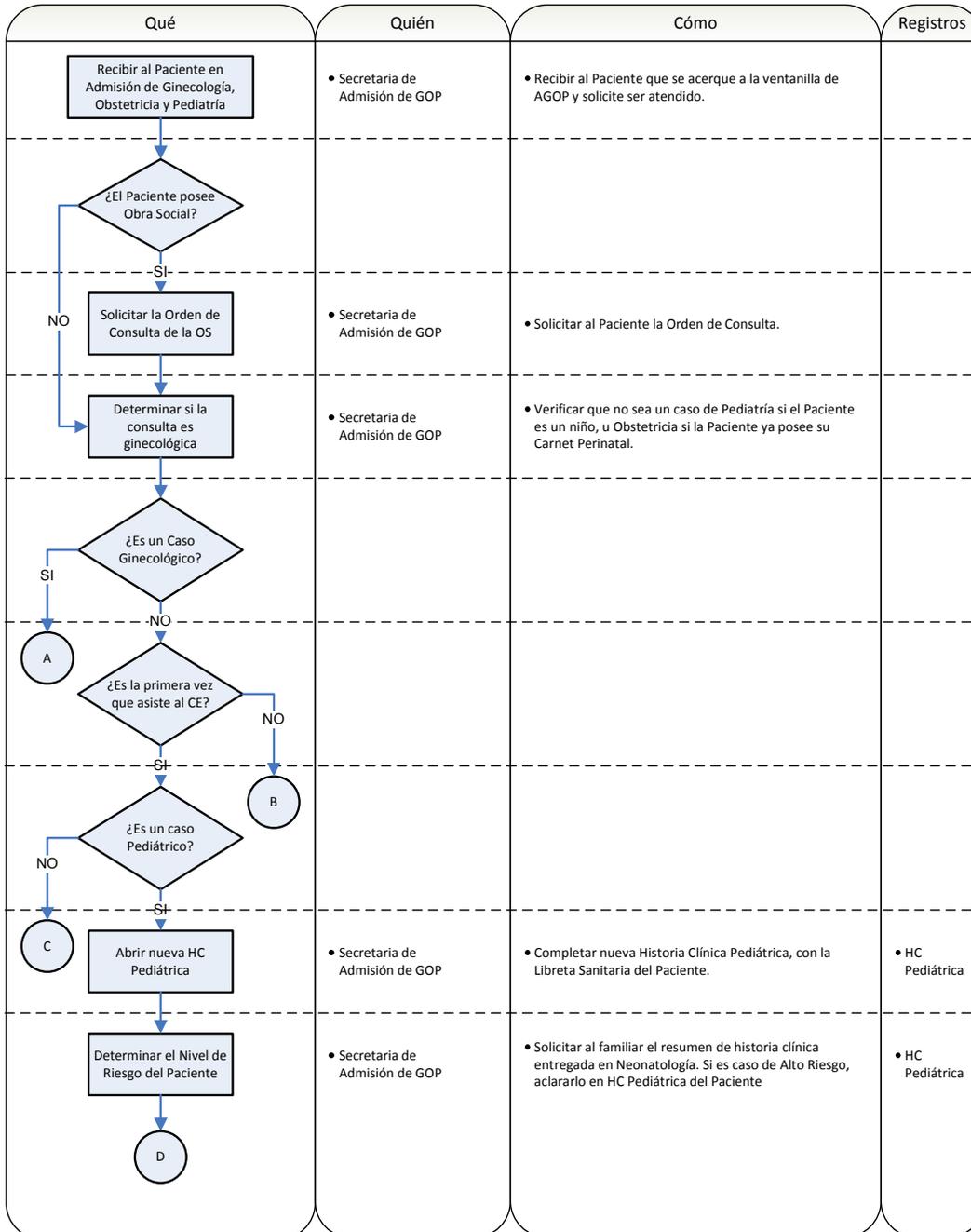
Hospital "A. I. de Llano"	PROCEDIMIENTO	PR-ADM-01	
	Admisión General en Consultorio Externo	Rev.00	Pág. 1 de 3

Anexo 1: Diagrama de Flujo del Procedimiento

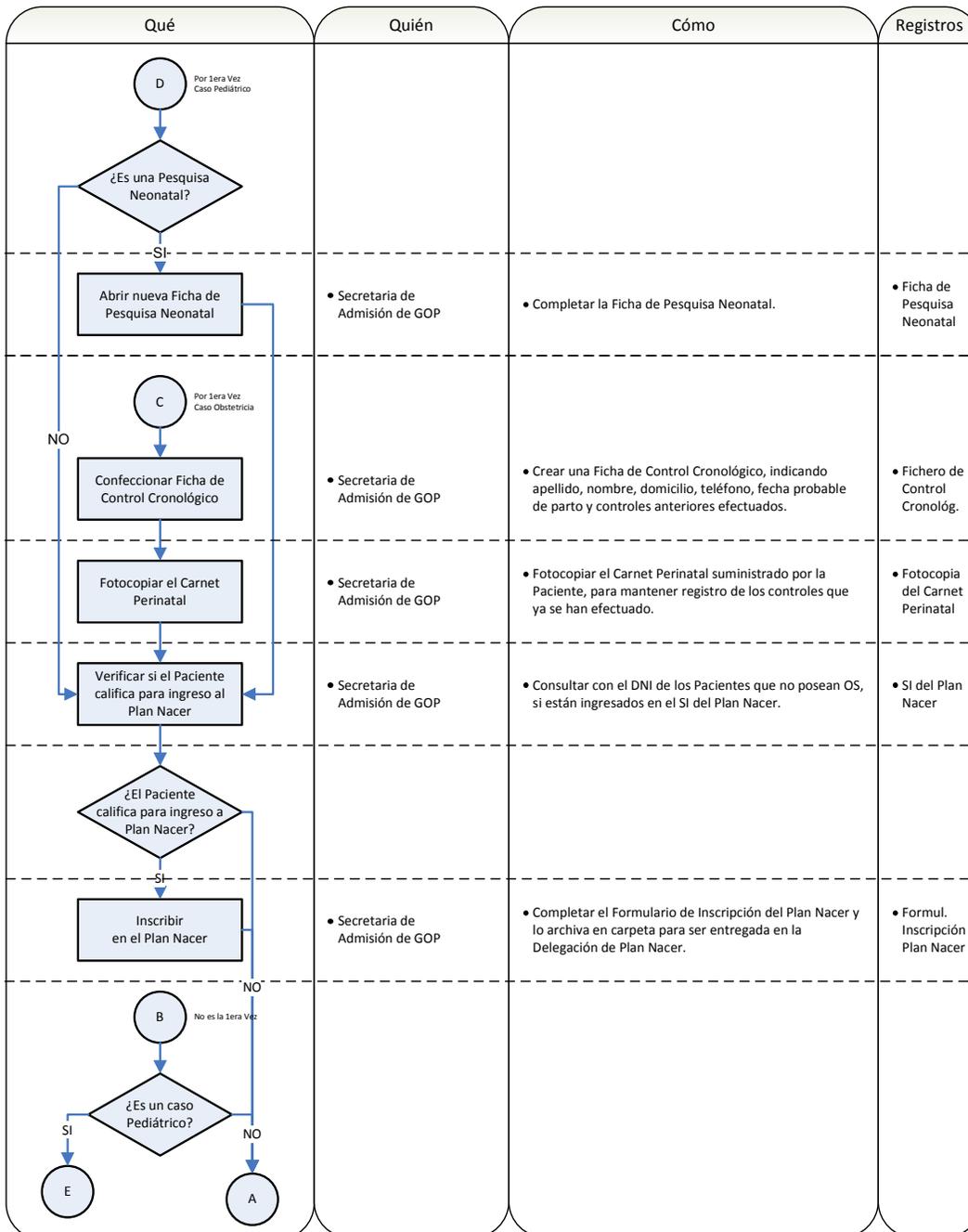


Hospital "A. I. de Llano"	PROCEDIMIENTO	PR-ADM-01	
	Admisión de GOP en Consultorio Externo	Rev.00	Pág. 1 de 3

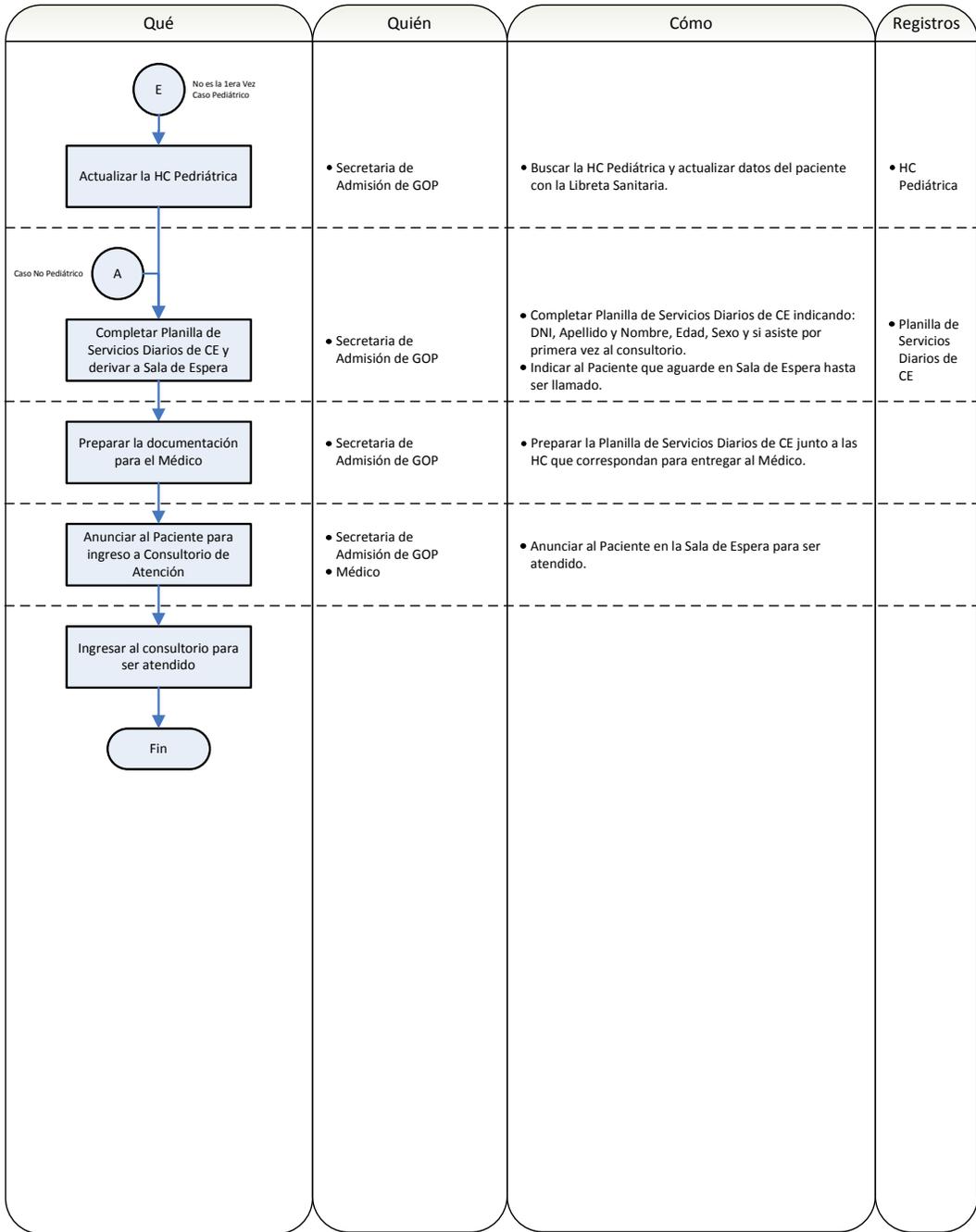
Anexo 1: Diagrama de Flujo del Procedimiento



Hospital "A. I. de Llano"	PROCEDIMIENTO	PR-ADM-01	
	Admisión de GOP en Consultorio Externo	Rev.00	Pág. 2 de 3

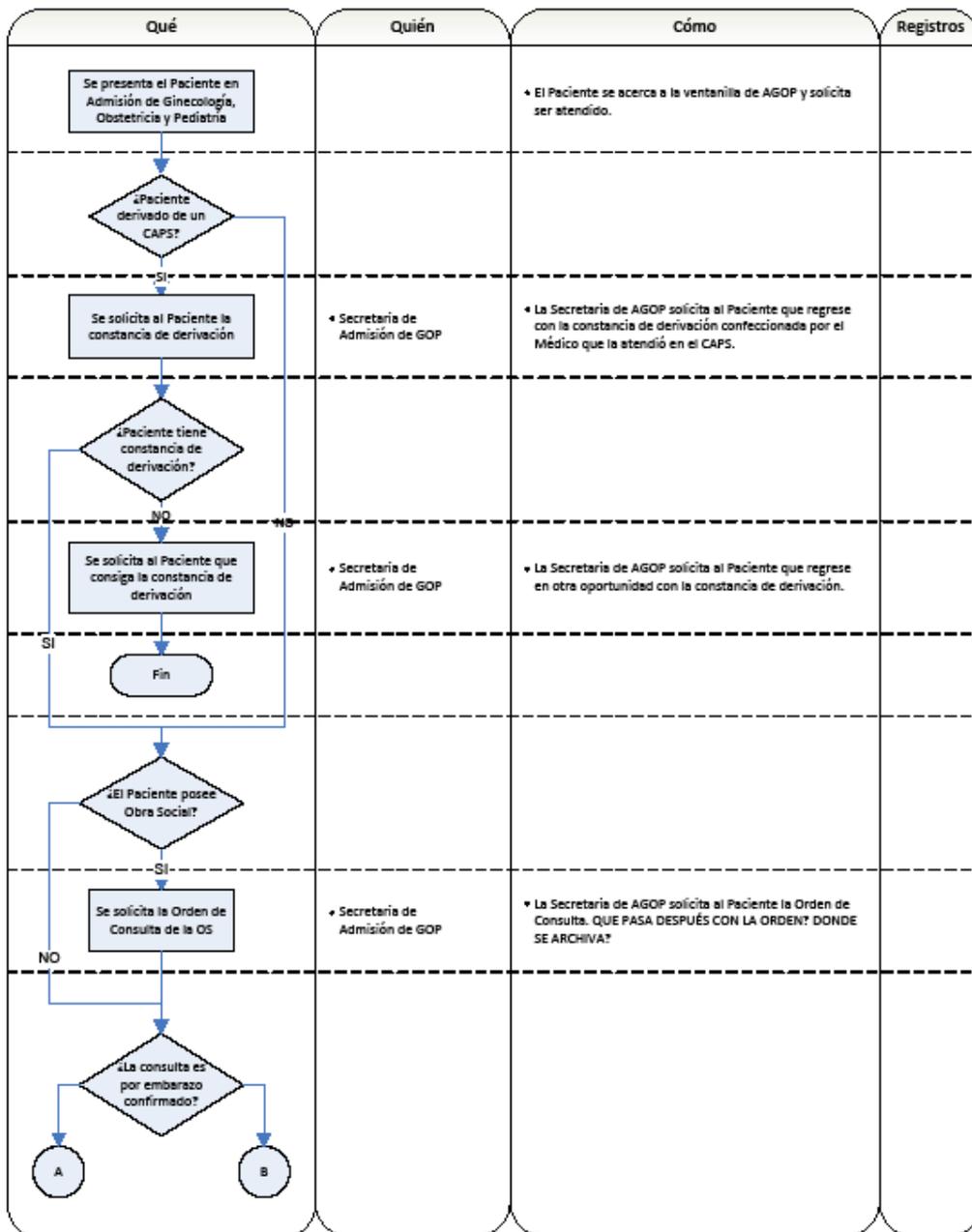


Hospital "A. I. de Llano"	PROCEDIMIENTO	PR-ADM-01	
	Admisión de GOP en Consultorio Externo	Rev.00	Pág. 3 de 3

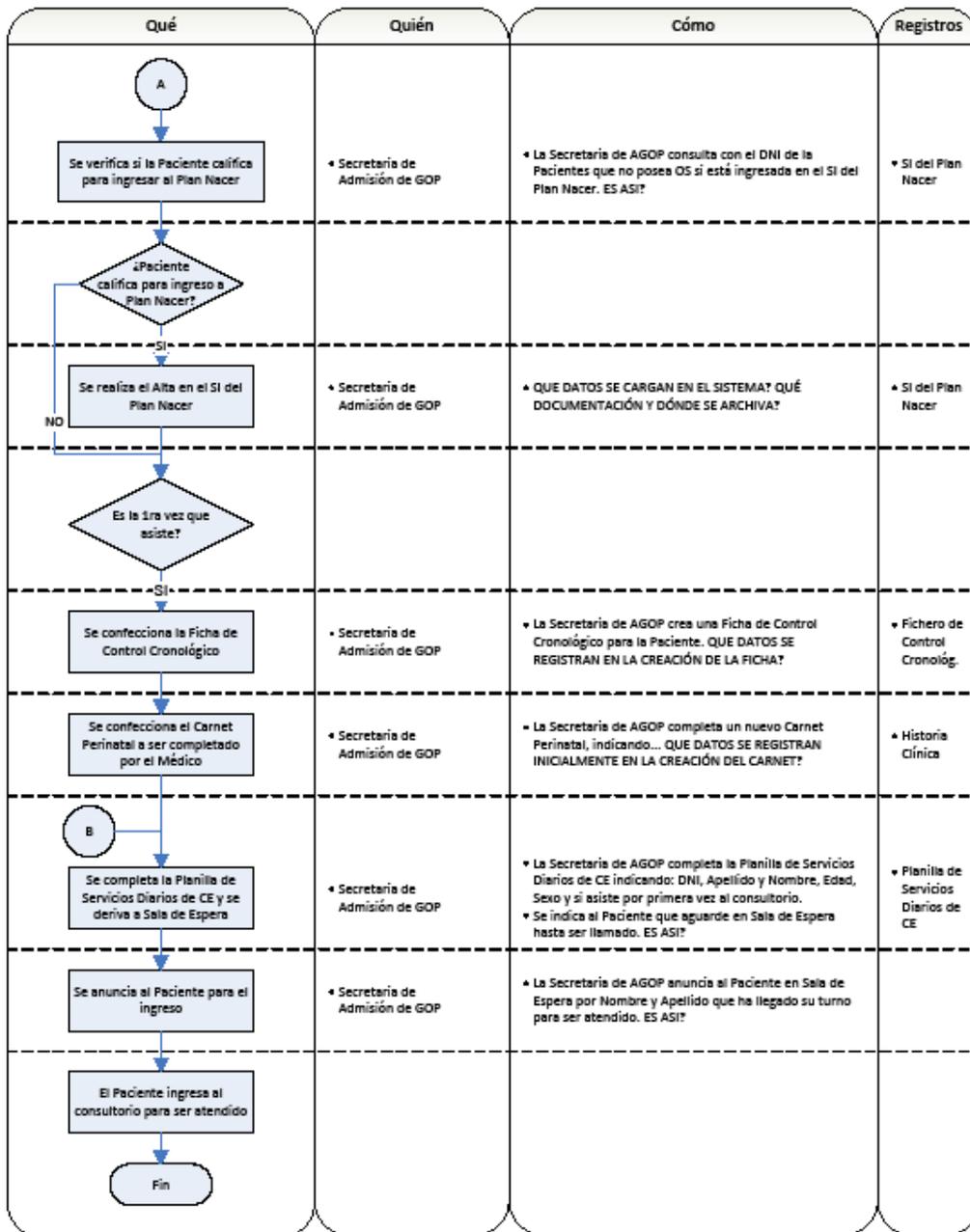


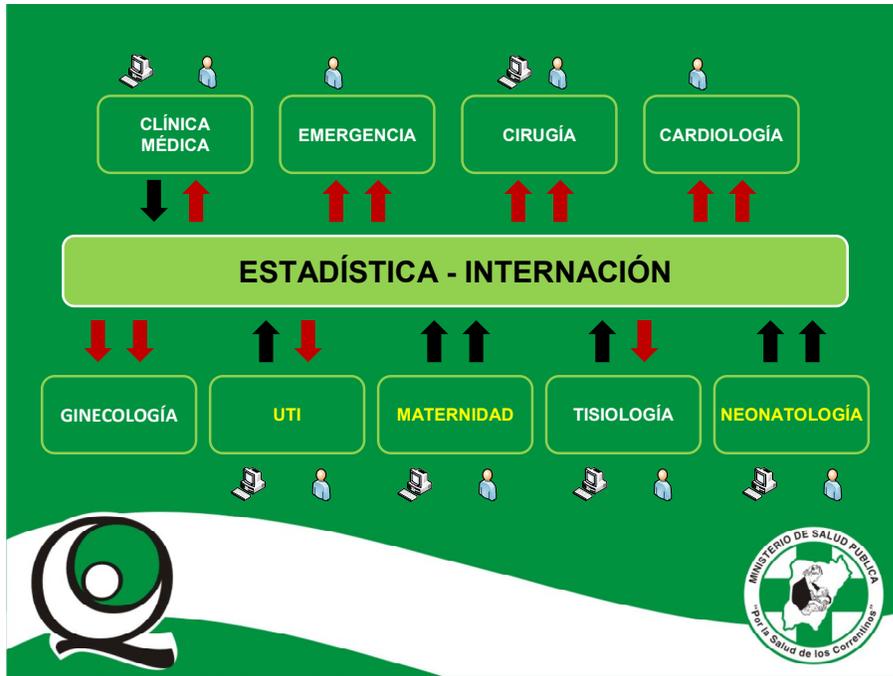
Hospital “A. I. de Llano”	PROCEDIMIENTO	PR-ADM-01	
	Admisión de CE – Maternidad/Pediatría	Rev.00	Pág. 1 de 2

Anexo 1: Diagrama de Flujo del Procedimiento



Hospital "A. I. de Llano"	PROCEDIMIENTO	PR-ADM-01	
	Admisión de CE – Maternidad/Pediatría	Rev.00	Pág. 2 de 2

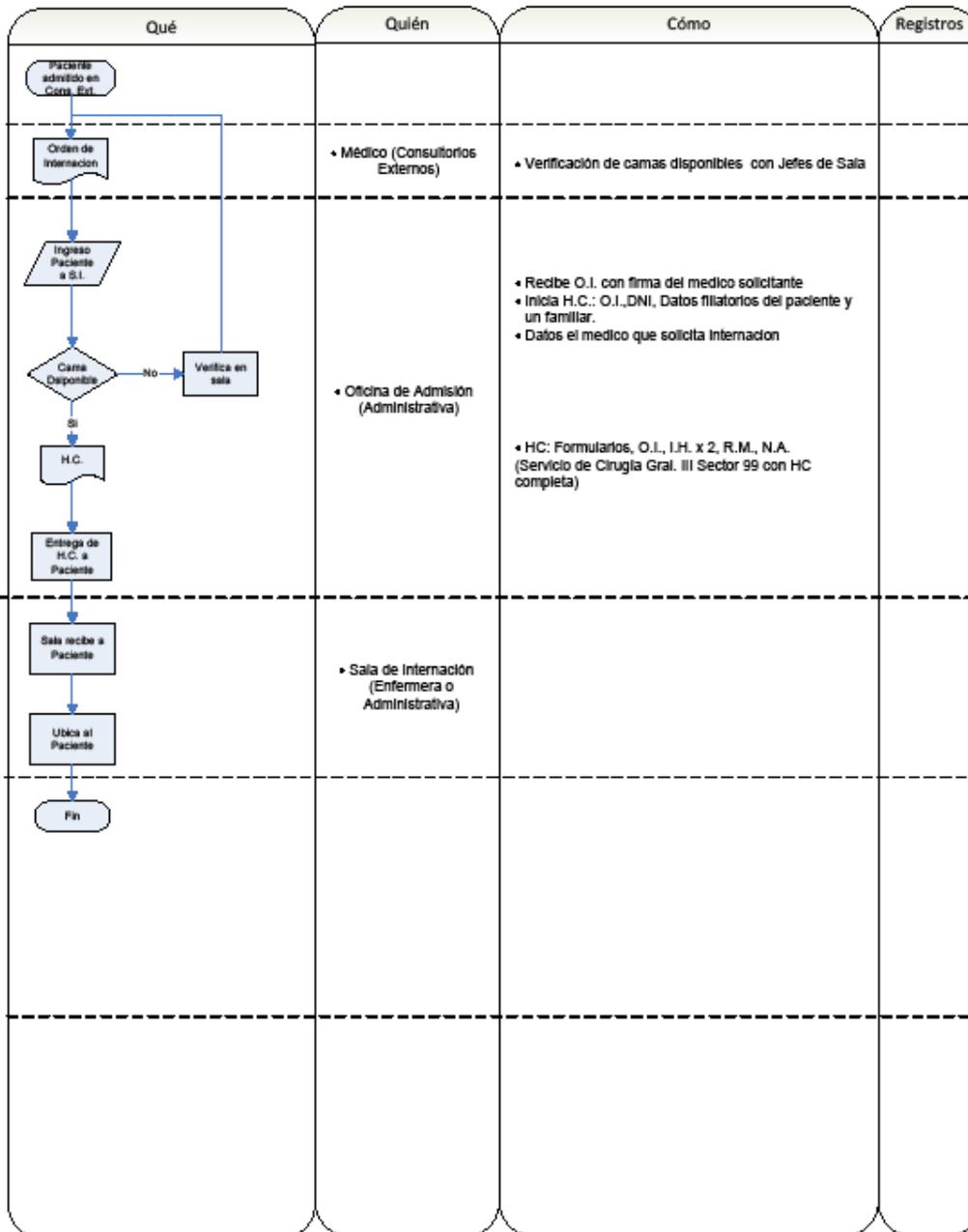




2). Hospital José R. Vidal

Hospital "Dr. J. R. Vidal"	PROCEDIMIENTO	PR-AFI-01	
	Admisión de Internación	Rev.00	Pág. 1 de 1

Anexo 1: Diagrama de Flujo del Procedimiento

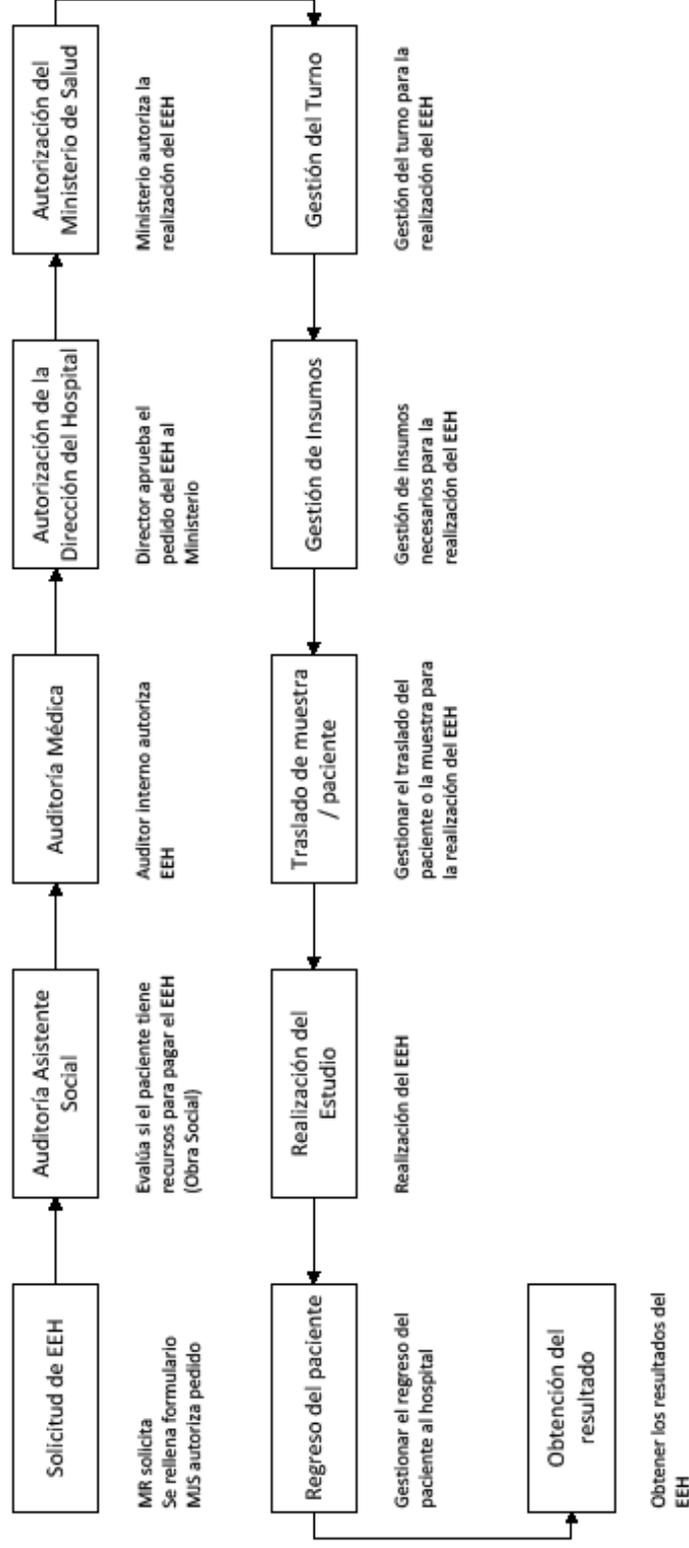


Gestión de Estudios Extrahospitalarios

Estudios considerados:

- Ecocardiografías
- Tomografías Computadas
- Resonancias Magnéticas
- Pruebas CPR
- Anatomías Patológicas

Diagrama de bloques

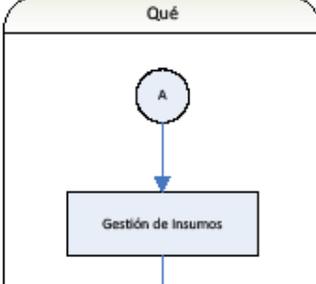
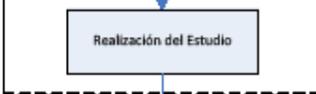
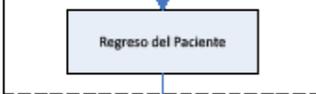
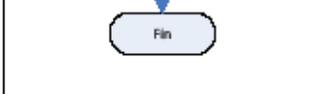


Hospital “Dr. J. R. Vidal”	PROCEDIMIENTO		PR-GEE-01	
	Gestión de Estudios Extrahospitalarios		Rev.00	Pág. 1 de 2

Anexo 1: Diagrama de Flujo del Procedimiento

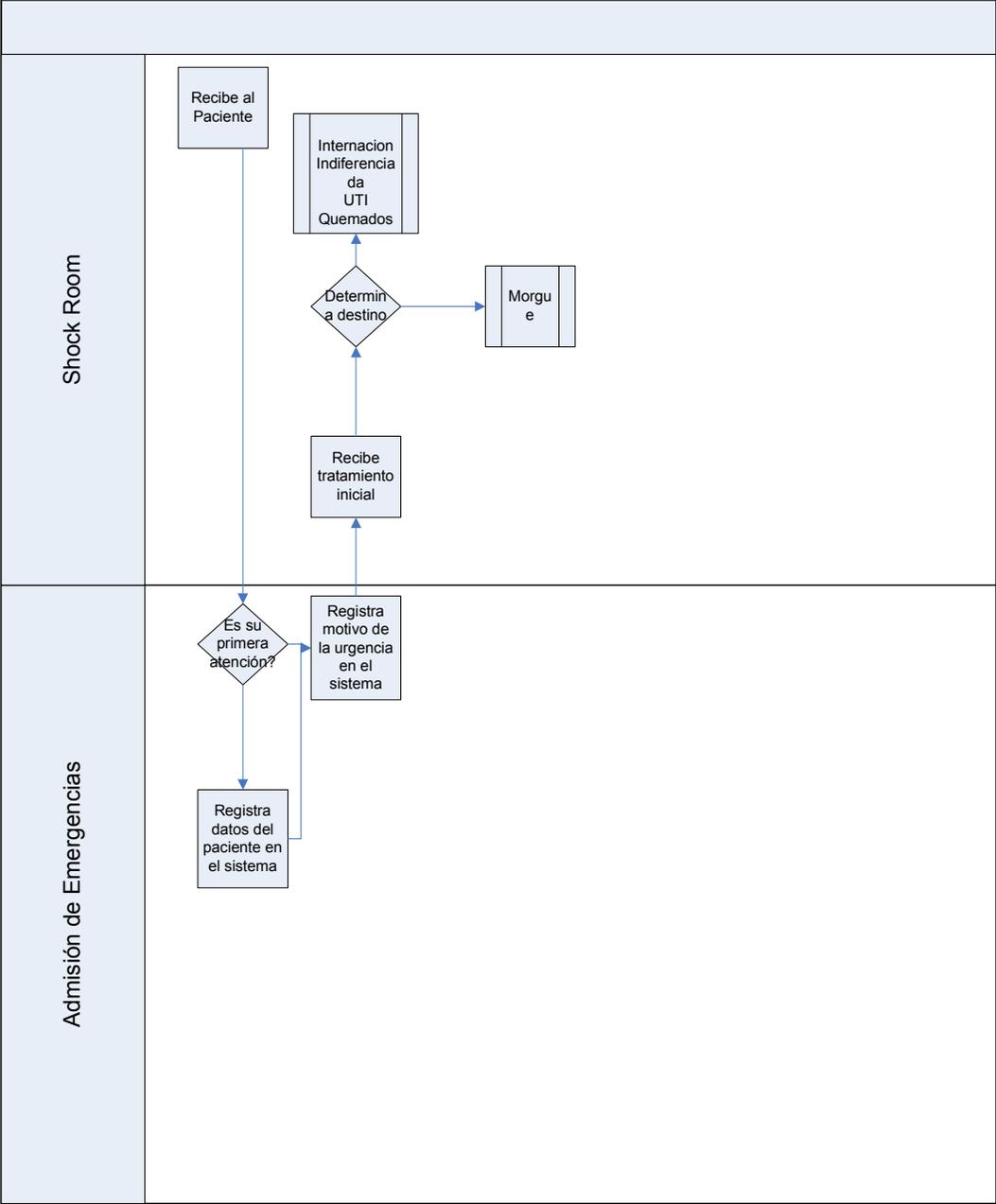
Qué	Quién	Cómo	Registros
	<ul style="list-style-type: none"> • Médico Prescriptor (MP) • Médico Jefe del Servicio (MJS) 	<ul style="list-style-type: none"> • El MP completa la Solicitud de Prácticas Especializadas Extrahospitalarias (SPEE) completando los datos filiatorios del paciente, tipo de estudio requerido, diagnóstico presuntivo, estudios previos realizados, fundamentos y plan terapéutico (agregar fecha). • El MP firma la solicitud. • El MJS autoriza el pedido firmando la solicitud. 	<ul style="list-style-type: none"> • SPEE
	<ul style="list-style-type: none"> • Médico Prescriptor (MP) • Asistente Social (AS) 	<ul style="list-style-type: none"> • El MP entrega la SPEE al AS. • El AS solicita fotocopia del DNI al paciente o familiar. • El AS entrevista al paciente o familiar. • El AS consulta posible afiliación a obra social en la página web del ANSES. • El AS elabora un Informe Socioeconómico (ISE) y lo adjunta a la SPEE y la fotocopia del DNI, conformando el Legajo de la Solicitud (LS). 	<ul style="list-style-type: none"> • ISE
	<ul style="list-style-type: none"> • Asistente Social (AS) • Despacho (DES) • Dirección del Hospital (DH) • Auditor Médico (AM) 	<ul style="list-style-type: none"> • El AS entrega el LS al DES. • El DES gestiona la autorización por la DH. • Si el miembro de la DH que la va a autorizar no es médico, la solicitud deberá ser autorizada previamente por el AM del hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> • SPEE
	<ul style="list-style-type: none"> • Cadetería de Despacho (CD) 	<ul style="list-style-type: none"> • CD retira SPEE autorizadas del Despacho de Dirección del Hospital (DDH), le saca 1 fotocopia a cada SPEE y las lleva al Ministerio. ¿Qué hace con la fotocopia? • Las solicitudes se envían al Ministerio diariamente: 7:30, 11:30 y 13:30 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Sr. Pincetti (averiguar el cargo) 		<ul style="list-style-type: none"> • SPEE
	<ul style="list-style-type: none"> • Cadetería de Despacho (CD) 	<ul style="list-style-type: none"> • Las solicitudes se retiran del Ministerio diariamente: 7:30, 11:30 y 13:30. • CD entrega las SPEE autorizadas en el Ministerio a la AS. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Asistente Social (AS) • Familiar o Acompañante (FOA) • Médico Prescriptor (MP) 	<ul style="list-style-type: none"> • La AS entrega la SPEE al MR para gestionar el turno. Si existe FOA, el AS entrega LS al mismo y le hace firmar un cuaderno de recibos. • Si el paciente tiene algún FOA que realice la gestión, el MR le entrega la SPEE para que éste gestione el turno correspondiente. • Si el paciente no tiene FOA, el MR gestiona el turno. • Una vez conseguido el turno, el MR registra el turno en la Historia Clínica (HC) del paciente. • Si se cuenta con documentación del turno, se adjunta al LS. • La línea de responsabilidad de la gestión del turno es la siguiente: FOA, MP, MJS, DH • Objetivo: Obtener el turno en el tiempo que la situación clínica del paciente lo requiera. • La gestión telefónica del turno se realiza en el DDH, en el sector de Compras o utilizando los celulares asignados a cada servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> • HC
			

Hospital "Dr. J. R. Vidal"	PROCEDIMIENTO	PR-GEE-01	
	Gestión de Estudios Extrahospitalarios	Rev.00	Pág. 2 de 2

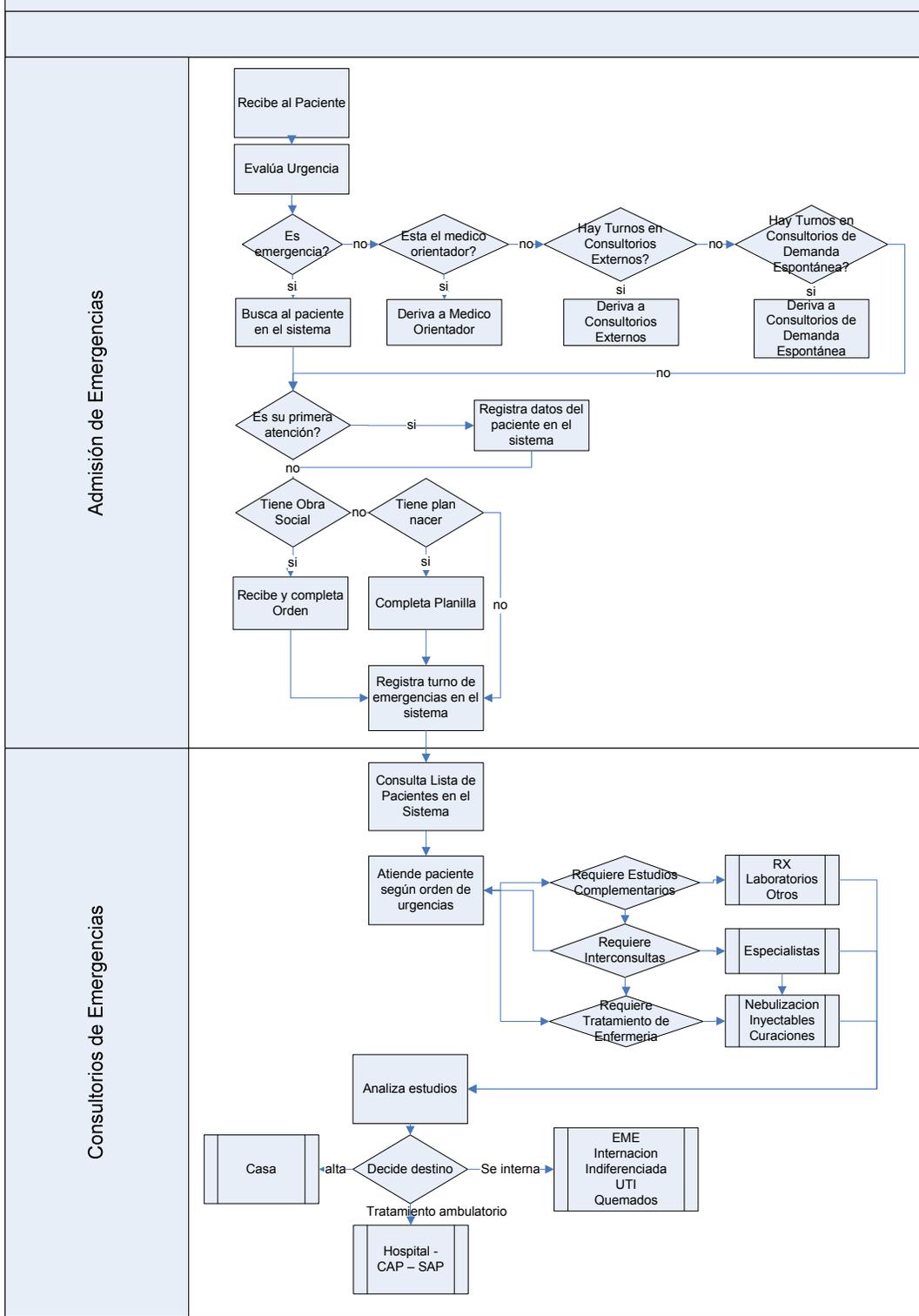
Qué	Quién	Cómo	Registros
	<ul style="list-style-type: none"> Médico Prescriptor (MP) Farmacia 	<ul style="list-style-type: none"> Si el estudio requiere la provisión de insumos médicos, el MP elabora la Receta de Insumos Médicos (RIM) correspondiente y la adjunta al LS. El MP entrega el LS en la Farmacia. Personal de Farmacia fotocopia la SPEE, archiva la copia y entrega los insumos requeridos al MP. 	<ul style="list-style-type: none"> RIM
	<ul style="list-style-type: none"> Médico Prescriptor (MP) Olga Leguzamón (Nombre del área?) Chofer de Ambulancia 	<ul style="list-style-type: none"> Cuando se confirma el turno, el MP informa día, hora y lugar a la AS para el registro en la agenda de planificación de traslados. El chofer de la ambulancia se notifica de los traslados requeridos y los va realizando según plan. Si el destino es el Cardiólogo, el servicio correspondiente deberá suministrar un Médico Acompañante. 	<ul style="list-style-type: none"> Planilla de turnos de traslado
			
		<ul style="list-style-type: none"> Paciente, FOA o Médico Acompañante informan a la ambulancia o a Olga para que los traslade de vuelta al hospital. 	
		<ul style="list-style-type: none"> El FOA retira el resultado del estudio y lo entrega al MP. Si el paciente no tiene FOA, el estudio lo retira el MP. 	
			

3). Hospital Pediátrico Juan Pablo II

Admisión de Emergencias Paciente Horizontal

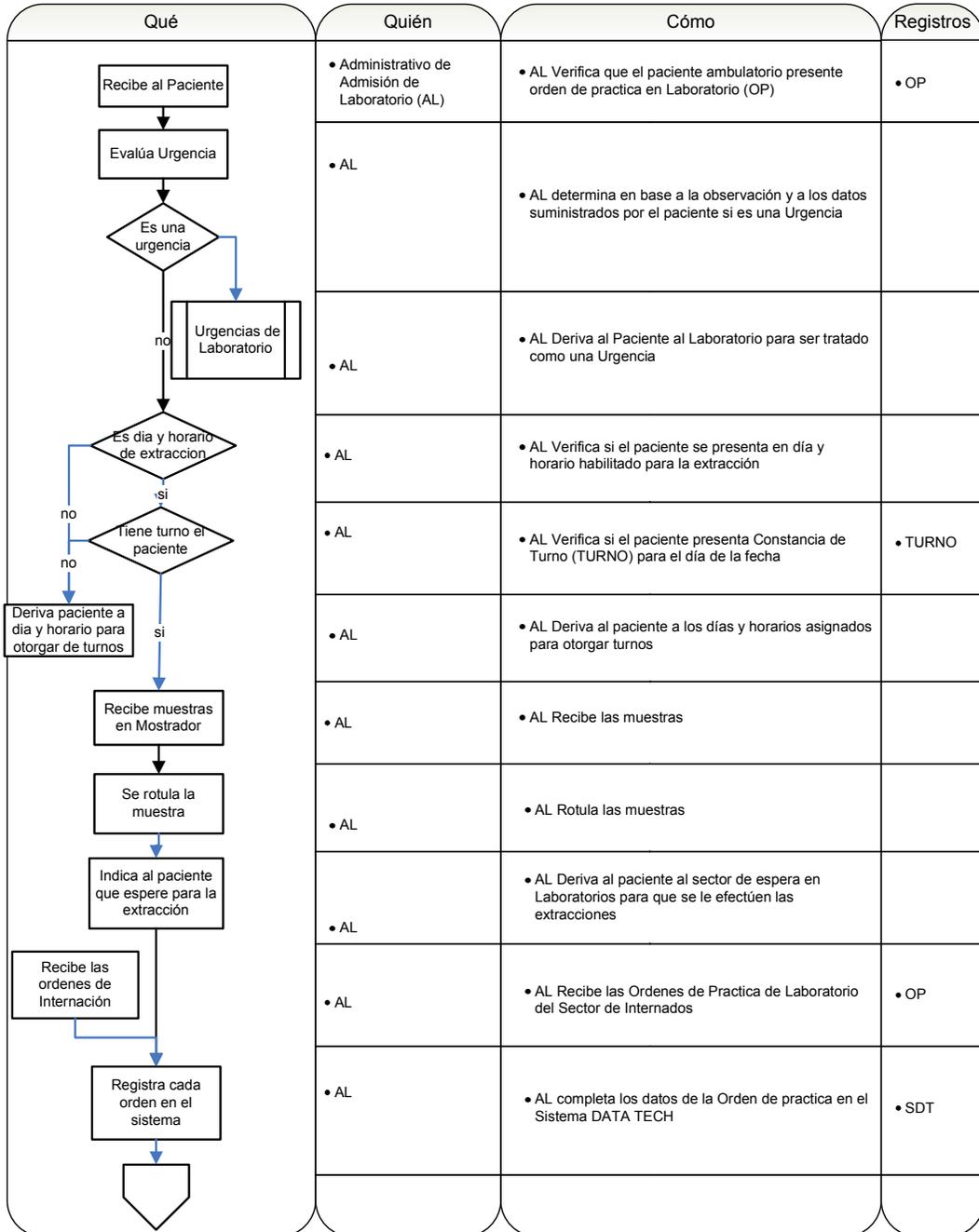


Admisión de Emergencias Paciente Vertical



Hospital Pediátrico Juan Pablo II	PROCEDIMIENTO		PR-LAB-01
	Admisión de Laboratorio		Rev.0 0 Pág. 1 de 2

Anexo 1: Diagrama de Flujo del Procedimiento



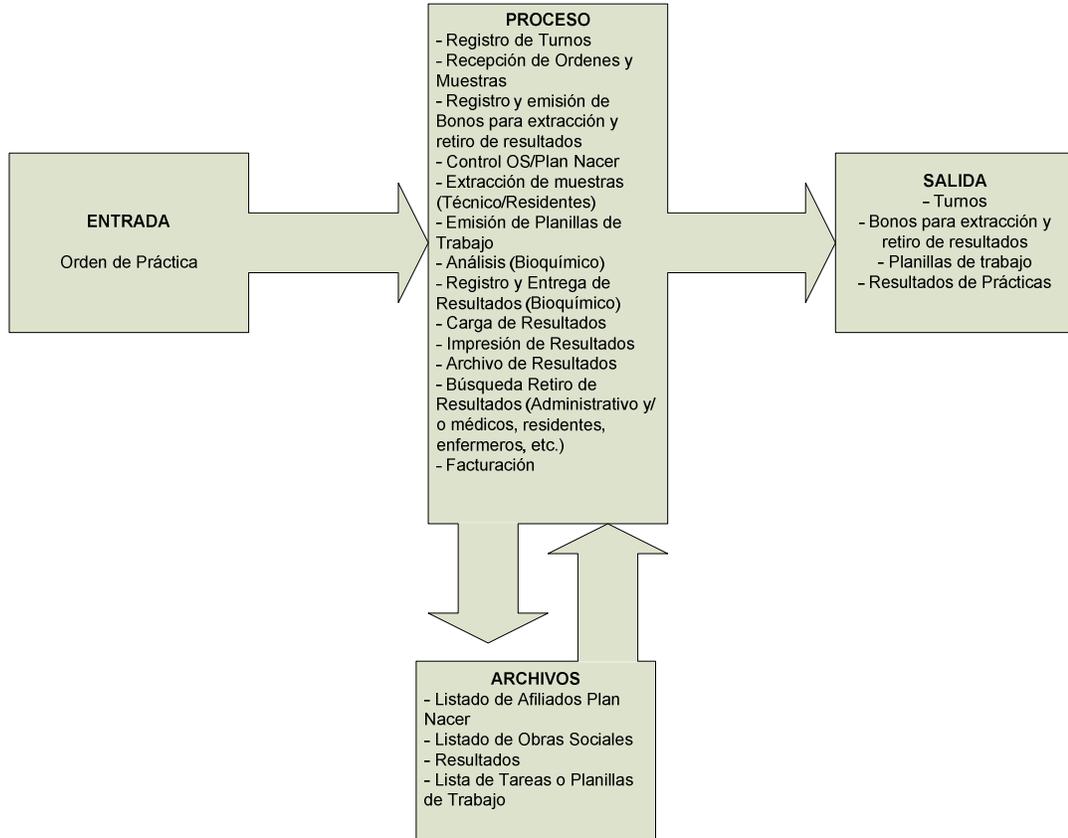
Hospital Pediátrico Juan Pablo II	PROCEDIMIENTO	PR-LAB-01	
	Admisión de Laboratorio	Rev.0 0	Pág. 2 de 2

Anexo 1: Diagrama de Flujo del Procedimiento

Qué	Quién	Cómo	Registros
Se imprimen 2 bonos (para laboratorio y para el paciente)	• AL	• AL Emite los bonos impresos para paciente y laboratorio en el Sistema DATA TECH	• B_PAC • B_LAB
Entrega bonos al laboratorio	• AL	• AL Acumula varios bonos para paciente y laboratorio y luego los entrega en el sector de Extracciones	• B_PAC • B_LAB
Laboratorio Llama al paciente para extracción	• Técnicos de Laboratorios (LAB)	• LAB Efectúa las extracciones según lo indicado en el bono de Laboratorio emitido por el Sistema DATA TECH	• B_LAB
Laboratorio Entrega bono al paciente con indicación de fecha de entrega de resultados	• Técnicos de Laboratorios	• LAB Entrega al paciente el bono de Paciente para ser utilizado al momento de buscar los resultados	• B_PAC
Imprime 10 planillas de trabajo, una por cada sección y tipo de practica	• AL	• AL Emite las planillas de tareas por tipo de practica en el Sistema DATA TECH	• PL_T
Distribuye las planillas a cada sección del laboratorio	• AL	• AL Distribuye las planillas de trabajo emitidas por tipo de practica a cada sección del laboratorio	
Recibe 5 planillas de tareas con los resultados para cargar en el sistema	• AL	• AL Recibe de las planillas de tareas correspondientes a algunas de las secciones, para registrar los resultados en el SDT (las otras secciones cargan sus propios resultados)	• PL_T
Se registran los resultados en el sistema	• AL	• AL Pasa al sistema SDT los resultados de las practicas que han registrado los bioquímicos en las planillas de tareas correspondientes	• PL_T • SDT
Devuelve las planillas de tareas para su archivo en cada sección	• AL	• AL Devuelve las planillas a cada sección para el archivo	• PL_T
Se imprimen los resultados	• AL	• AL Imprime los resultados registrados (RES) correspondiente a cada practica realizada y los archiva en una caja por orden alfabético	• RES
Se entregan los resultados	• AL	• AL Entrega los resultados (RES) a los pacientes ambulatorios en los días y horarios dispuestos a tal fin (los correspondientes a los internados los buscan los Residentes, de la caja de resultados)	• RES

Hospital Pediátrico Juan Pablo II	PROCEDIMIENTO	PR-EME-01	
	Admisión de Laboratorio	Rev.0 0	Pág. 1 de 1

Anexo 1: Diagrama de Bloques del Procedimiento



c) Informe sobre oportunidades de las mejoras detectadas.

Hospital Ángela Iglesia de Llano

Proceso de Admisión en Consultorios Externos

Responsable del Proceso: Minerva Susana Haberle (Jefa de Consultorios Externos)

Problemas detectados	¿Qué acciones de mejora resolverían estos problemas?	¿Cómo lo haríamos?	¿Quiénes deberían participar?
La metodología de asignación de turnos no contempla la oferta real de servicio de los consultorios, ocasionando la saturación del mismo en los horarios de la mañana.	Implementar un sistema de asignación de turnos que contemple horarios y capacidad real de atención en consultorios.	Medir la capacidad de servicio de los consultorios, por especialidad y profesional, para establecer cupos de atención diarios.	Dirección, Médicos de Consultorios Externos, Sistemas y Secretarías de Admisión.
Los horarios programados para la atención médica en los consultorios no son cumplidos por los médicos. Esto resiente significativamente la capacidad y la calidad de atención, debido a la reasignación del turno y los recursos utilizados para el paciente citado que no fue atendido.	Implementar un sistema de asignación de turnos que contemple horarios y capacidad real de atención en consultorios.	Medir la capacidad de servicio de los consultorios, por especialidad y profesional, para establecer cupos de atención diarios.	Dirección, Médicos de Consultorios Externos, Sistemas y Secretarías de Admisión.
A excepción de ginecología, obstetricia y pediatría, las demás especialidades del CE no cuentan con un registro de historias clínicas de los pacientes atendidos.	Incorporar el registro de historias clínicas de pacientes en las especialidades que no lo tengan.	Habilitar un archivo de historias clínicas en las secretarías de CE. Solicitar a los médicos la confección / actualización de historias clínicas durante la prestación del servicio.	Dirección, Médicos de Consultorios Externos y Secretarías de Admisión.
Los médicos no cuentan con la asistencia necesaria para ofrecer la atención médica esperada, debiendo procurarse ellos mismos los elementos y/o insumos para prestar el servicio.	Involucrar a las secretarías de CE para asistir a los médicos con los elementos e insumos necesarios para la prestación.	Capacitar a las secretarías en las habilidades necesarias para asistir debidamente a los médicos en la prestación. Adquirir / reorganizar los elementos y/ insumos utilizados en la prestac	Dirección, Tesorería, Médicos de Consultorios Externos y Secretarías de Admisión.
La admisión de CE no cuenta con carteles de señalización, generando confusión en los pacientes y la realización de consultas evitables al personal que ejerce otras funciones.	Mejorar la señalización en la Admisión de Consultorios Externos.	Realizar instalación de carteles de señalización en el sector de Admisión de Consultorios Externos	Dirección, Tesorería y Admisión.

Proceso de Generación de Estadísticas de Internación

Responsable del Proceso: Mirta Soto (Jefa de Servicio de Estadística)

Problemas detectados	¿Qué acciones de mejora resolverían estos problemas?	¿Cómo lo haríamos?	¿Quiénes deberían participar?
<p>La incorrecta gestión de las historias clínicas por parte de los médicos y residentes ocasionan demoras significativas (280 días) en la presentación de las Planillas de Censo Diario reportadas al ministerio.</p>	<p>Trabajar conjuntamente con médicos y residentes para asegurar en tiempo y forma la confección y actualización de las historias clínicas.</p>	<p>Comunicar y/o capacitar a médicos y residentes sobre la importancia de la correcta confección de las historias clínicas y su impacto sobre el área de estadísticas.</p>	<p>Dirección, Estadística, Médicos y Residentes.</p>
<p>Los censos son registrados manualmente en cuadernos por personas que deben trasladarse a los pabellones de las diferentes especialidades, varias veces por día. Los datos registrados, se vuelven a registrar nuevamente en 2 cuadernos diferenciados por ingresos y egresos por cada especialidad, aumentando las posibilidades de errores y/u omisiones en la registración.</p>	<p>Informatizar la gestión de las estadísticas, aprovechando el personal afectado a recoger datos para la realización de otras tareas y eliminando errores y/u omisiones de registración.</p>	<p>Incorporar una PC para las especialidades que no la dispongan para la carga de ingresos y egresos de internación por parte de las secretarías de cada especialidad. Capacitar a las secretarías de cada especialidad sobre la operación del sistema informático.</p>	<p>Dirección, Estadística, Sistemas y Secretarías de Servicio.</p>
<p>Las planillas no son confeccionadas con el sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades, por lo que su presentación es incompleta y no las hace adecuadas para su utilización posterior.</p>	<p>Capacitar al personal afectado a la confección de las planillas sobre el método de clasificación CIE-10.</p>	<p>Organizar jordanas de capacitación sobre la clasificación CIE-10, utilizando como instructores a personal capacitado del mismo hospital y/o de organismos externos de ser necesario.</p>	<p>Dirección, Médicos, Residentes, Estadística y Secretarías de Servicio.</p>

Hospital Vidal

Proceso de Admisión de Internaciones

Responsable del Proceso: Leticia Domínguez

Problemas detectados	¿Qué acciones de mejora resolverían estos problemas?	¿Cómo lo haríamos?	¿Quiénes deberían participar?
No hay comunicación entre el sector de admisión y varias de las salas de internación, siendo el paciente quien oficia de mensajero o informante en el proceso de admisión.	Incorporar un sistema de comunicación directa entre el sector de admisión y las salas de internación.	Completar la instalación de teléfonos internos entre consultorios externos, salas de internación y el sector de Admisión, con un registro de información de internos.	Dirección, Tesorería, Mantenimiento, Admisión, Salas de Internación y Consultorios Externos.
Los pacientes que no pueden ser internados en el hospital por falta de disponibilidad de camas, no reciben alternativas de internación desde el hospital, teniendo éstos que reintentar la internación posteriormente o procurarla en otras instituciones de salud.	Gestionar alternativas de internación en forma centralizada y coordinada desde el hospital.	Crear un área (o asignar la tarea a un área existente) que reciba las necesidades de internación, gestione alternativas en otros hospitales o centros de internación y brinde asistencia de información complementaria a tales pacientes.	Dirección, Asistencia Social, Consultorios Externos y Admisión.
El sector de Admisión maneja información desactualizada de la ocupación de camas y movimientos de pacientes en las salas de internación. Actualmente esta información es recibida entre 2 y 3 horas más tarde del inicio de la atención de pacientes, generando inconsistencias y retrabajos debido a la información desactualizada.	Brindar al sector de Admisión información completa y oportuna sobre la ocupación de camas y los movimientos de pacientes en el hospital desde el primer momento en que comienza la atención diaria de pacientes.	Adelantar el horario en que se realizan las tareas de Censo Diario, de modo de procesar la información a tiempo para su utilización en el sector de Admisión.	Dirección, Admisión, Salas de Internación, Secretarías de Sala y Estadísticas.
El hospital no está señalizado internamente y los permanentes cambios y movimientos en las diferentes áreas y servicios generan gran confusión en los pacientes e incluso en el mismo personal del hospital.	Mejorar sensiblemente la señalización interna en el hospital.	Designar un Área o persona responsable de la instalación y el mantenimiento actualizado de la cartelería de señalización interna.	Dirección, Admisión, Mantenimiento, Salas de Internación y Consultorios Externos.

Proceso de Gestión de Estudios Extra Hospitalarios

Responsable del Proceso: Dr. Carlos Thompson

Problemas detectados	¿Qué acciones de mejora resolverían estos problemas?	¿Cómo lo haríamos?	¿Quiénes deberían participar?
<p>La intervención del médico auditor, a pesar de que no le toma al médico más que algunos minutos por trámite, resulta redundante y actualmente ocasiona en general una demora adicional de 12 a 24 hs. en los trámites. Esta demora tiene relación con el momento del día en que el auditor interviene en el proceso, siendo que resulta posible que esta acción de auditoría sea desarrollada adecuada y oportunamente por otros actores actuales del proceso.</p>	<p>Eliminar este paso del proceso.</p>	<p>Delegar el rol actual de auditoría médica (asignada específicamente a un auditor médico) en los médicos jefes de servicio. Además, esta modificación nos permitirá reasignar al auditor en otra tarea importante en el proceso.</p>	<p>Dirección, Jefes de Servicio y Auditores Médicos.</p>
<p>El trámite de autorización de la realización de estudios extra hospitalarios insume actualmente entre 3 y 7 días en promedio, debido fundamentalmente a la falta de coordinación y la escasez de recursos disponibles para la gestión de los pasos que éste debe cumplir.</p>	<p>Involucrar a los familiares del paciente en la gestión administrativa de los estudios extra hospitalarios en aquellos casos en que esto sea posible, para lograr la concreción del trámite dentro de las 24 / 48 hs.</p>	<p>Involucrar a los familiares de los pacientes a través del Plan de Acompañantes del hospital. Para esta implementación, se prevé dentro del programa un plan de capacitación específica a los familiares y el suministro de elementos e información oportuna y detallada sobre el desarrollo de la gestión.</p>	<p>Dirección, Asistencia Social, Jefes de Servicio, Jefes de Residentes y Plan de Acompañantes.</p>
<p>Los plazos actuales para la obtención de los turnos para la realización de los estudios oscilan en general entre los 10 a 30 días. Esta tarea actualmente es realizada por residentes y familiares de pacientes.</p>	<p>Intervenir de modo integrado y sistemático en el proceso de atención de turnos.</p>	<p>Reasignar al médico auditor la tarea de gestionar en forma personalizada, coordinada y permanente los turnos para los estudios extra hospitalarios. Se estima que la incorporación del auditor médico a esta tarea disminuirá, en</p>	<p>Dirección, Jefes de Residentes, Asistencia Social y Médicos Auditores.</p>

		algunos casos considerablemente, los plazos de los turnos que se obtienen actualmente de los prestadores.	
--	--	---	--

PROCESO DE ADMISION DE LABORATORIO
RESPONSABLE DE PROCESO: PASI, LILIANA MARÍA ELSA

Problemas detectados	¿Qué acciones de mejora resolverían estos problemas?	¿Cómo lo haríamos?	¿Quiénes deberían participar?
El proceso no tiene orientación al paciente.	Rediseñar el proceso teniendo como foco el paciente y su contexto socioeconómico. Definir indicadores de mejora. A modo de ejemplo: Tiempo de demora en la atención. Tiempo de demora en la entrega de los resultados. Cantidad de resultados sin retirar. Número de órdenes con datos incompletos. Número de reprocesos. Mejorar los datos de entrada del proceso.	Taller sobre rediseño de procesos. Taller de discusión de demandas. Normatizar demandas. Identificar indicadores y mejorarlos. Diseño de solicitud médica preimpresa.	Todo el Servicio de Laboratorio. Médicos (todos los que generan solicitudes)
Estructura / herramientas			
Impresión de OT fuera del puesto de trabajo, con pérdida de tiempo y de calidad de atención al paciente.	Disminuir el tiempo de atención.	Garantizar la disposición de recursos informáticos en cada puesto de trabajo que mejora el layout del proceso (una impresora en el puesto de trabajo de admisión de laboratorio para emisión de OT)	Dirección. Administración. Sistemas.
Recursos insuficientes para el volumen de facturación.	Disminuir el tiempo de facturación.	Garantizar la disposición de recursos informáticos en cada puesto de trabajo que mejora el layout del proceso (una impresora en el	Dirección. Administración. Sistemas.

		puesto de facturación)	
Adiestramiento / Educación / Conocimiento			
Carga de datos incompleta o con errores del administrativo Solicitudes médicas incompletas.	Capacitar a los administrativos en usos del sistema informático para laboratorio. Concientizar a los administrativos y a los médicos sobre la importancia de los datos del paciente. Aspectos legales y epidemiológicos.	Taller sobre códigos y manejos del sistema informático. Taller sobre Gestión de Datos en las Etapas pre y post analítica: Importancia: Rol del personal de la salud (del administrativo y del médico.)	Administrativos. Sistemas. Médicos (todos los que generan solicitudes). Bioquímicos y Técnicos.
	Mejorar la entrega de resultados a las distintas áreas de internación del hospital. Mejorar los registros de entrega.	Normatizar la metodología de entrega de resultados y la generación del registro correspondiente (se relaciona con el primer problema)	Administrativos. Médicos de las distintas áreas de Internación. Bioquímicos y Técnicos
Maltrato en la atención al paciente / cliente interno / público	Mejorar la calidad de atención.	Capacitación sobre el proceso y calidad en la atención.	Todo el servicio de Laboratorio.

**PROCESO DE ADMISION DE EMERGENCIA
RESPONSABLE DE PROCESO: CASSELLA, GRACIELA DEL CARMEN**

Problemas detectados	¿Qué acciones de mejora resolverían estos problemas?	¿Cómo lo haríamos?	¿Quiénes deberían participar?
<p>Demanda “inadecuada” de consultas al servicio de urgencia – patologías banales. <u>Nota:</u> la palabra inadecuada no es la que denota con precisión el problema de demanda: consultas por patologías banales en el servicio de emergencia. Quedamos en seguir pensando la palabra precisa.</p>	<p>Articular con Atención Primaria (CAP y SAP) para afianzar la red pediátrica provincial.</p>	<p>Acciones de articulación a través de:</p> <p>Reuniones mensuales con médicos de atención primaria de la salud. Clases mensuales para consensuar tratamiento entre el HJPII y médicos de CAP’s y SAP’s. Rotación de médicos de atención primaria al servicio de emergencia y viceversa. Ampliación del horario de atención del horario del médico orientador. Ampliación de horario de médicos especialistas para la atención de demanda espontánea e interconsulta.</p>	<p>Todo el Servicio de Emergencia. Involucrar al Departamento de Pediatría Ambulatoria. Dirección de Atención Primaria de la Salud.</p>
Estructura / herramientas			
<p>Seguridad</p>	<p>Asegurar la función preventiva.</p>	<p>El policía debería cumplir funciones preventivas no solamente dar información en caso de accidente. Fines de semana y feriados el personal deberá estar en la puerta de Emergencia, no adentro del Hospital. Mejoras de infraestructura: Cierre de acceso al pasillo. La puerta contará con un dispositivo de</p>	<p>Dirección. Servicio de Emergencia.</p>

		seguridad para abertura. El encargado de abrir la puerta al paciente será el administrativo, después de evaluar la urgencia. Baños exclusivos para enfermería en el área de Emergencia.	
Comunicación institucional	Garantizar acceso a la información	Website Mesa de orientación en el hall central con participación de la secretaria de Médico Orientador. Diagnóstico de señalización.	Dirección. Admisión Central. Sistemas.
Carencia de datos en la guardia de Enfermería	Mejorar la información en la guardia de enfermería.	Reponer la computadora completa en enfermería (se trae de Traumatología).	Enfermeros de Emergencia. Sistemas.
Adiestramiento / Educación / Conocimiento			
Motivo de consulta cargados erróneamente	Mejorar la calidad de la información registrada en el sistema.	Carteles y listas de verificación. Capacitación e información en el puesto de trabajo por parte de los médicos de guardia.	Administrativos (dependerá de que sea aprobada la rotación).
Ansiedad, insatisfacción	Mejorar la productividad, disminuyendo la fatiga y el estrés.	Entrega de HC en Archivo de 7:00 a 21:00 Entrega de ropa a cargo del enfermero de guardia. Taller sobre manejo de la ansiedad. Rotación de puestos.	Administrativos.
Carga de datos incompleta	Agilizar la carga de datos y concientizar sobre la importancia de los mismos.	Taller sobre manejo del sistema informático.	Todo el Servicio de Emergencia.
Maltrato en la atención al paciente / cliente interno / público	Mejorar la calidad de atención.	Capacitación sobre el proceso y calidad en la atención.	Todo el Servicio de Emergencia.

5. Crear competencias internas para la autogestión del cambio.

a) Listado de los equipos capacitados de mejora designados por la institución.

b) Listado de equipos sensibilizados para iniciar la implementación de la Mejora (fase1)

Hospital Ángela Iglesia de Llano

1. Silvia Bonasies (Directora Ejecutiva)
2. Estela Ojeda (Directora Médica)
3. Susana Sánchez Negrete (Directora Administrativa)
4. Minerva Susana Haberle (Jefa de CE)
5. Mirta Soto (Jefa de Estadísticas)
6. Ramón Martínez (Médico Cardiólogo)
7. Mercedes Encina (Admisión de CE)
8. Dora Rivero Soto (Admisión de CE)
9. Luis Alonso (Arancelamiento)

- Responsable del Proceso Admisión en Consultorios Externos: Minerva Susana Haberle (Jefa de Consultorios Externos)
- Responsable del Proceso Estadísticas de Internación: Mirta Soto (Jefa de Servicio de Estadística)

Hospital Pediátrico Juan Pablo II

Apellido y Nombres	Profesión	Área	Puesto / Cargo
1. Arregín, Alberto	Médico Pediatra		Director
2. Cardozo, Samantha Mirta	Bioquímica	Laboratorio	Bioquímica de medio interno
3. Cassella, Graciela del Carmen	Médico Pediatra	Emergencia	Jefe de Servicio
4. Flores de Barozzi, Cristina Noemí	Técnica en Estadística de la Salud	Admisión Central y Estadística	Jefe de Servicio
5. Galeano, Humberto	Lic. en Enfermería	Infectología	Enfermero en control de infecciones
6. Lotero, Oscar José	Médico Pediatra	Sistemas	Coordinador
7. Morales , Cintya Analfa	Experto en Estadística y Computación	Sistemas	Jefe de departamento
8. Pasi, Liliana María	Bioquímica	Laboratorio	Jefe de Servicio

Elsa			
9. Rojas de Romero, Simona Beatriz	Lic. en Enfermería	Enfermería	Subdirectora

- Responsable del proceso de Admisión de Emergencia: Cassella, Graciela del Carmen
- Responsable del proceso de Admisión de Laboratorio: Pasi, Liliana María Elsa

Hospital Vidal

1. Adriana Cacciamani (Laboratorio)
2. Viviana Lifschitz (Bacteriología y Epidemiología)
3. Sergio Romano (Laboratorio)
4. Enrique Benítez Cañete (Dpto. Contable)
5. Fabián Gómez (Estadística)
6. Leticia Domínguez (Jefa de Admisión)
7. Rafael Núñez Huel (Médico Cirujano)
8. Carlos Thompson (Jefe de Residentes)
9. Dora Mondaini (Responsable de Farmacia)
10. Olga Leguizamón (Jefe Div. Intendencia)
11. Ana María Contreras (Asistente Social)
12. Liliana Villalba (Sec. de Docencia e Investigación)
13. Mirta Villagra (Médica Clínica)

- Responsable del Proceso Admisión de Internaciones: Leticia Domínguez
- Responsable del Proceso Gestión de Estudios Extra Hospitalarios: Dr. Carlos Thompson

c) Informe sobre la Metodología de Mejora diseñada y consensuada.

Se consensuó con los directores de las instituciones:

- Seleccionar dos procesos críticos
- Las personas que trabajarían en el programa
- Los días de trabajo y talleres.

Se determinaron los procesos críticos

1) Hospital Angela I. Llano

- Admisión de Pacientes en Consultorios Externos.
- Estadísticas Hospitalarias

2). Hospital Pediátrico Juan Pablo II

- Admisión de Emergencias
- Admisión de Laboratorio

3). Hospital José R. Vidal

- Admisión de internación
- Gestión de Estudios Extra Hospitalarios

METODOLOGÍA

De manera sintética podemos resumir la metodología de trabajo en sus distintas fases

- Detección de problemas
- Priorización de procesos clave o críticos
- Análisis de las causas
- Análisis de soluciones (oportunidades de mejora)
- Implantación de la mejora
- Inicio del cambio
- Reevaluación

PROPUESTA DE SEGUNDA ETAPA. AÑO 2009

Tal lo descrito para el proyecto 2008, lo que se pretende es sentar las bases para un programa que se prevé llevar a cabo en **sucesivas etapas** en las que paulatinamente se irá ampliando su alcance a todas las instituciones prestadoras de salud de la provincia, y sumando a todos los actores del sistema en sus distintos niveles.

En esta **segunda etapa** se definió trabajar consolidando las instituciones participantes de la 1º etapa y partiendo de los resultados obtenidos con el trabajo del año 2008.

ACTIVIDADES PROGRAMADAS PARA LA 2º ETAPA. Año 2009

- **Procesos documentados:** Con los procesos relevados durante la primera etapa, y detectadas las oportunidades de mejora, se documentaran los procesos mejorados
- **Equipos conformados y capacitados:** La capacitación continua y las acciones comunicacionales durante todas las etapas del proyecto son factores críticos de éxito y adquieren una dimensión definitivamente estratégica en proyectos de esta envergadura. Se trabajará en consolidar los equipos de calidad de las instituciones desarrollando **competencias requeridas** para llevar a buen puerto el proyecto:
 - Desarrollo del compromiso con el cliente-paciente.
 - Desarrollo del trabajo en equipo.
 - Promoción de la integración de informaciones con otros operadores expertos.
 - Capacitación para el conocimiento del proceso de servicio que se opera.
 - Desarrollo de sistemas de medición de desempeño efectivos.
 - Desarrollo de un programa de acciones comunicacionales
 - Concientización del individuo como agente del resultado y como miembro del equipo.
 - Desarrollo de la percepción del trabajo como fuente de realización personal.
 - Promoción de la responsabilidad sobre el resultado
 - Promoción de la madurez social, que incluye las habilidades sociales y de comunicación, requeridas para la sensibilización, la interacción con los distintos y actores y la negociación de los consensos.
- **Oportunidades de mejora Tipo 2**

Actividades necesarias sin valor agregado: Muchos pasos que no crean valor para el cliente Se actuará sobre actividades que claramente son desperdicio sin valor

agregado y desde la óptica del cliente no hacen más valioso el producto / servicio cuya remoción es posible inmediato o en el corto plazo.

- **Oportunidades de mejora Tipo 1**

Actividades necesarias sin valor agregado: Muchos pasos que no crean valor para el cliente pero que son inevitables con los procesos, recursos y tecnologías disponibles.

Son las actividades que para el cliente no hacen más valioso el producto (a veces hasta deterioran el valor percibido) pero son necesarias a menos que el proceso existente sea cambiado radicalmente.

Este desperdicio es más difícil de remover en el corto plazo y debe ser objetivo de mediano/ largo plazo o un proyecto de cambio radical.

DESCRIPCION DE METODOLOGIA – FASE II		
OBJETIVOS	ACTIVIDADES	PRODUCTOS/RESULTADOS
<p>Objetivo 1: Fortalecer institucionalmente a los servicios de salud para que puedan constituir y desarrollar una cultura de promoción, evaluación y resguardo de la calidad de la atención</p>	<p>Procedimiento</p> <p>1.1. Realizar entrevistas de adhesión con los directivos de los hospitales y responsables de los CAPS a fin de lograr compromiso en la implementación</p> <p>1.2. Realizar reuniones quincenales con los directivos a fin de informarle los avances y dificultades del proceso</p>	<p>Producto 1:</p> <p>1.1. Memorias de las entrevistas</p> <p>1.2. Memorias de las reuniones informativas</p>
<p>Objetivo 2: Capacitar en conceptos básicos de calidad en la gestión de los servicios de salud con los recursos existentes en las instituciones participantes.</p>	<p>Procedimiento</p> <p>Refuerzo de la formación del equipo en base a un esquema de talleres en los que se trabajará en:</p> <p>2.1. Actividades de apoyo a las tareas de implantación de los procesos (oportunidades de mejora detectadas en 2008)</p> <p>2.2. Ampliación del equipo de mejora de la calidad a nuevos actores dentro de la institución</p> <p>2.3. Identificación de un responsable de proceso comprometido, con liderazgo y autoridad</p> <p>2.4. Fortalecimiento -con herramientas de calidad- a la actividad de vinculación de los CAPS en base a la experiencia hecha en el Hospital Juan Pablo II</p> <p>2.5. Elección de dos nuevos procesos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Selección y descripción de procesos clave ➤ Representación gráfica del proceso actual (flujograma) ➤ Detección de las oportunidades de mejora (actividades sin valor) 	<p>Producto 2:</p> <p>2.1. Equipos de mejora fortalecidos para la implementación</p> <p>2.2. Equipos de mejora ampliados</p> <p>2.3. Responsables de procesos designados por institución</p> <p>2.4. Mejoramiento de la vinculación entre los 3 hospitales y los CAPS correspondientes</p> <p>2.5. Dos nuevos procesos elegidos, descritos, representados y con oportunidades de mejora</p>
<p>Objetivo 3: Instalar en las instituciones prestadoras de salud la Visión sistémica, Visión de procesos y Visión de autocontrol.</p>	<p>Procedimiento</p> <p>3.1. Implementar las mejoras identificadas en 2008 de la siguiente manera:</p> <p><u>3.1.1. Hospital Llano.</u></p> <p>Admisión en consultorio externo</p> <p>a. Programa de Imagen Visual</p>	<p>Producto 3:</p> <p><u>3.1.1. Hospital Llano.</u></p> <p>a. Programa de Imagen Visual implementado</p>

	<p>(uniformes, carteles.)</p> <p>b. Capacitación al equipo de admisión de apoyo a los médicos (secretarías de consultorios externos)</p> <p>Estadísticas</p> <p>c. Capacitación a los encargados de la captura de datos en temas específicos de estadísticas hospitalarias y en herramientas informáticas, así como en el trabajo en equipo con las secretarías de sala de los diferentes servicios que producen datos a fin de articular y crear sinergias.</p> <p>d. Trabajar con los residentes el manejo del instrumento Historia Clínica en cuanto a su archivo, completitud, y otras instancias que dificultan el trabajo actual de los técnicos del área de estadística.</p> <p><u>3.1.2. Hospital Vidal</u> Gestión de estudios extra hospitalarios.</p> <p>e. Implementación de las oportunidades de mejora</p> <p>Admisión de Internación</p> <p>f. Implementación por etapas en los distintos servicios, iniciando en clínica médica. Sensibilizar y realizar una prueba piloto.</p> <p><u>3.1.3. Hospital Vidal y Juan Pablo II</u> Admisión en emergencias</p> <p>g. Implementación de las oportunidades de mejora</p> <p>Admisión de laboratorio</p> <p>h. Implementación de las oportunidades de mejora</p>	<p>b. Conclusiones de los talleres dictados y materiales utilizados</p> <p>c. Conclusiones de los talleres dictados y materiales utilizados</p> <p>d. Conclusiones de los talleres dictados y materiales utilizados</p> <p><u>3.1.2. Hospital Vidal</u></p> <p>e. Reporte de las mejoras implementadas</p> <p>f. Implementación de las mejoras en admisión de internación de clínica médica</p> <p><u>3.1.3. Hospital Vidal y Juan Pablo II</u></p> <p>g. Reporte de las mejoras implementadas</p> <p>h. Reporte de las mejoras implementadas</p>
--	--	---