



GESTIÓN POR PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS

26 de enero de 2016

***Servicio de Autorización, Acreditación,
Evaluación y Calidad***

JUNTA DE EXTREMADURA

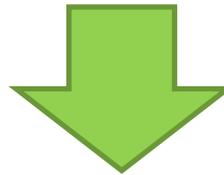
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales

Índice

- Introducción
- Actuaciones realizadas
- Participantes
- Procesos abordados
- Resultados obtenidos
- Actuaciones pendientes
- Nuestras recomendaciones

GESTIÓN POR PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS

PROCESO ASISTENCIAL



“conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas desarrolladas por distintos profesionales que intervienen en el ámbito sanitario en diferentes espacios y tiempos, y que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del destinatario al que va dirigido.”



GESTIÓN DE PROCESOS VERSUS GESTIÓN POR PROCESOS

GESTIÓN POR PROCESOS

Es la forma de gestionar toda la organización basándose en los procesos.

CUANDO EN UNA EMPRESA CADA EMPLEADO RECONOCE QUE SUS ACTIVIDADES INDIVIDUALES SON PARTE DE ALGO MAYOR Y NO ALGO AISLADO Y DE SU DEPARTAMENTO.

GESTIÓN POR PROCESOS

El enfoque de la gestión por procesos constituye un reto importante en las organizaciones sanitarias, puesto que requiere un importante ***cambio cultural significativo para todos los profesionales implicados.***

Mediante la aplicación de su metodología, la gestión por procesos propicia:

La gestión autónoma o departamental

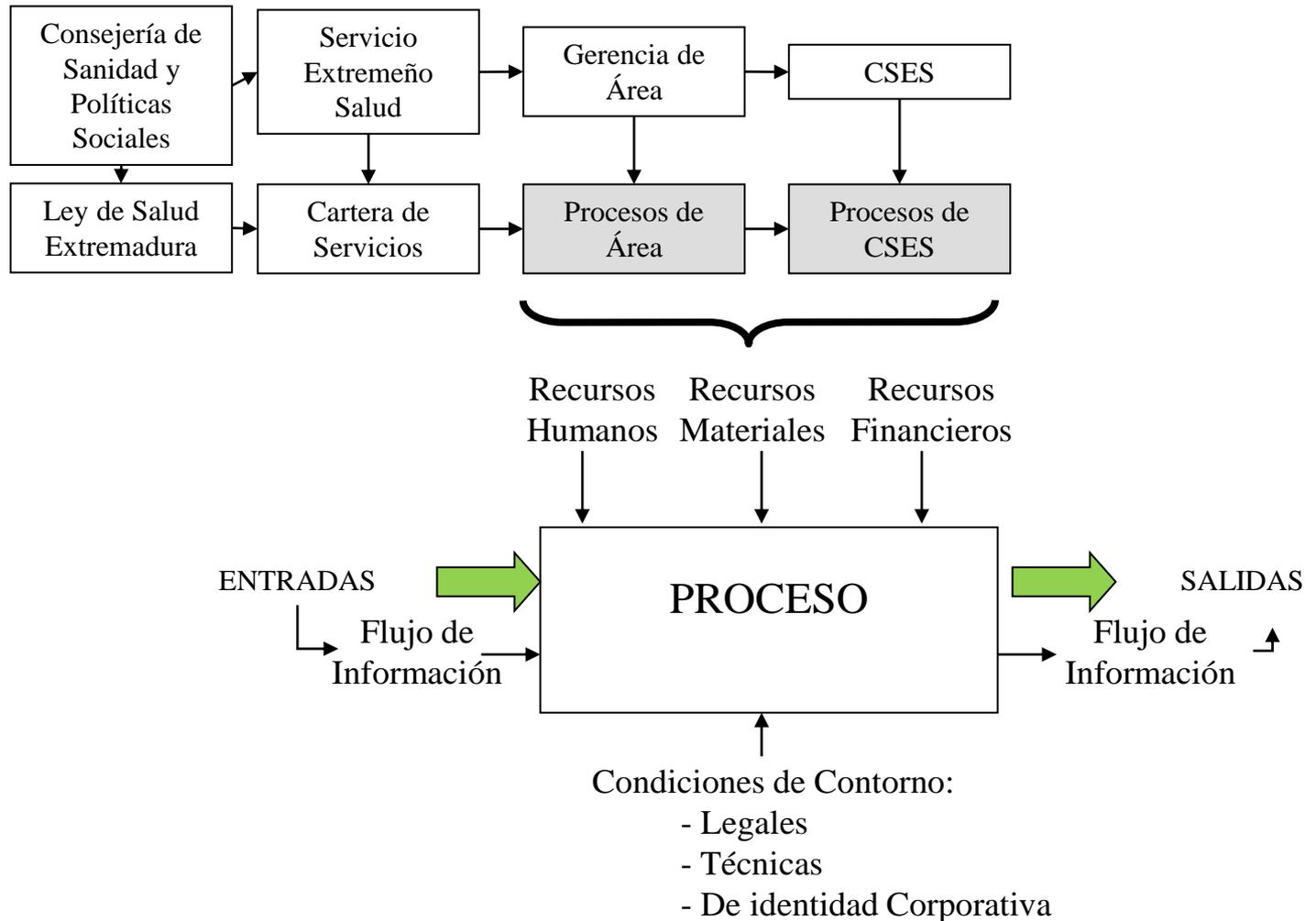
Así como la coordinación entre niveles (procesos integrados).

La multidepartamental o multidisciplinaria

Introducción: Marco Legal

- **Ley 16/2003, de 28 de mayo**, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Modelo de Calidad de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la CCAA de Extremadura, aprobado por **Decreto 227/2005 de 27 de septiembre de 2005**.
- **Plan Marco de Calidad de la CCAA de Extremadura**.
- **Orden de 17 de Marzo de 2004** de elaboración y actualización de Cartera de Servicios del SES.
- **RD 1030/2006** de Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud.
- Plan de Salud de Extremadura.
- Plan Estratégico del SES 2009-2012.

Introducción: Estrategia de implantación



GESTIÓN DE PROCESOS

DECRETO 227/2005 25 DE SEPTIEMBRE

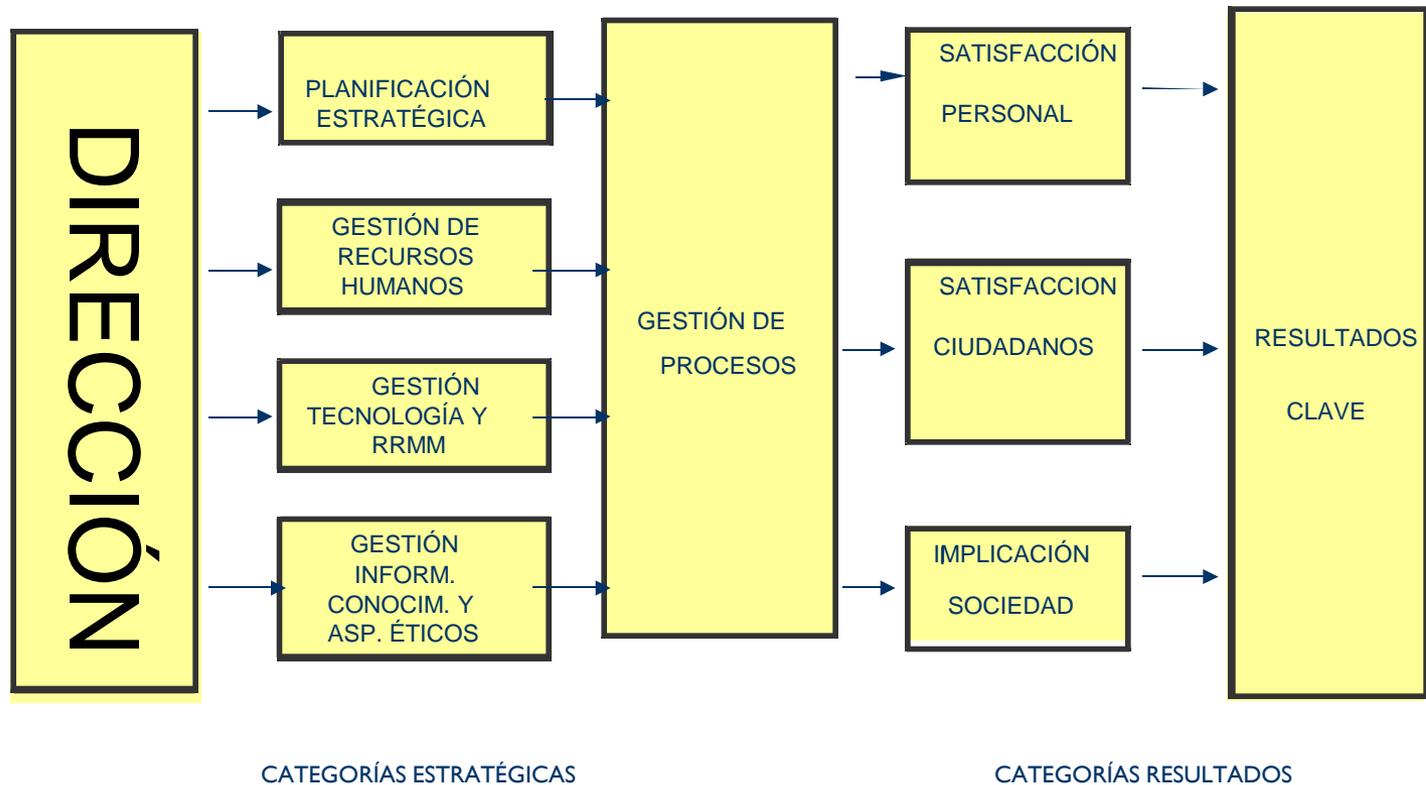
REGULA

Procedimiento y los órganos necesarios para la aplicación del modelo de calidad y la acreditación de la calidad sanitaria de los Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios (CSES) de la Comunidad Autónoma de Extremadura

REPRESENTA

Representa el cauce necesario para lograr la calidad total de los centros y extiende la responsabilidad en la mejora continua de la calidad a cada miembro de la organización sanitaria constituyendo un verdadero cambio cultural y de participación.

MODELO DE CALIDAD DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS DE EXTREMADURA



GESTIÓN POR PROCESOS

El Plan Marco de Calidad del SSPE, publicado en mayo de 2006, nace como un instrumento para la mejora continua de la calidad en todos sus ámbitos, discurrendo de una forma coherente y complementaria a la aplicación del Modelo de Calidad de CSES. Uno de los pilares estratégicos de este Plan de Calidad es la acreditación de sus centros, servicios y establecimientos sanitarios. Para conseguir este objetivo estratégico, la Consejería de Sanidad y Dependencia (CSD) desarrolló una serie de actuaciones que consistieron en el análisis de las necesidades que tendrían nuestros centros sanitarios para poder acreditarse con el Modelo de Calidad. **Una de las grandes carencias detectadas fue la Gestión por Procesos.**

PROCESOS

Procesos estratégicos

Mantienen y despliegan las políticas y estrategias de la Unidad o Servicio.
Proporcionan directrices y límites de actuación, al resto de los procesos.
Ejemplos: comunicación interna, comunicación con los clientes, marketing, revisión del sistema, planificación estratégica,...

Procesos operativos o clave

Justifican la existencia de la Unidad o Servicio. Están directamente ligados a los servicios que se prestan y orientados a los clientes/usuarios y a los requisitos. En general, suelen intervenir varias áreas funcionales en su ejecución y son los que pueden conllevar los mayores recursos. *Ejemplo de la Unidad Técnica de Calidad:* el proceso de formación de Comités de Autoevaluación para los distintos procesos de evaluación. *Ejemplo de una Secretaría:* el proceso de matriculación del alumno.

Procesos de Soporte

Sirven de apoyo a los procesos clave. Sin ellos, no serían posibles los procesos clave ni los estratégicos. Estos procesos son, en muchos casos, determinantes para que puedan conseguirse los objetivos del Servicio o Unidad. *Ejemplos:* compras, formación del personal, informática, ... En el Anexo III se incluyen varios ejemplos de mapas de procesos.

GESTIÓN POR PROCESOS 2007-2008

Durante los años 2007 y 2008 (pilotaje del Modelo de Calidad), con equipos multidisciplinares y ayuda de una consultora externa para el apoyo metodológico y formativo de estos equipos, se empieza a trabajar en este proyecto con dos líneas de actuación necesarias y a la vez complementarias; una, la identificación y desarrollo de los **procesos claves** de los centros sanitarios, otra, con la Gerencia de Área de Badajoz en los procesos operativos, de los cuales se eligieron los **procesos asistenciales integrados**.

DOBLE ENFOQUE

HOSPITAL DE CORIA:

- Procesos clave:
- Hospitalización
 - Urgencias
 - Admisión
 - Quirófano

COMPLEJO HOSPITALARIO INFANTA CRISTINA:

- Procesos asistenciales:
- 32 procesos

GESTIÓN POR PROCESOS 2007-2008

Área de BADAJOZ : Procesos Asistenciales



Estructura de la Guía

Elaboración de los Procesos

Revisión/Aprobación técnica

Validación

Distribución y Difusión

Archivo de los documentos

Modificaciones/Actualizaciones

Grupos de trabajo

Se seleccionaron equipos multidisciplinares:

- **Facultativos de primaria y especializada**
- **Enfermería y auxiliares**
- **Personal Administrativo y no sanitario**

Cada documento presenta en la portada los participantes y revisiones. Ejemplo: EPOC revisado 10 veces y pendiente de validación

Grupos de trabajo

Se realizó un trabajo previo de búsqueda de documentación existente por parte de todos los miembros.

Se insiste en todo momento en el ENFOQUE SIMPLISTA que se pretende de los documentos del proceso con el fin último de que se conviertan en instrumento de uso común de los profesionales

Grupos de trabajo

Fue un trabajo repetitivo del grupo de trabajo, donde se resolvieron todas las cuestiones metodológicas, se dió apoyo para la revisión de la documentación aportada y se revisaron-modificaron “n” veces las Guías de cada proceso.

“Actualmente” están en proceso de Validación, y actualización de las mejoras que propone el Comité.

Comité de Validación



ÁREA DE CORIA : Procesos CLAVE

Elaboración del Documento Guía de Proceso Clave.

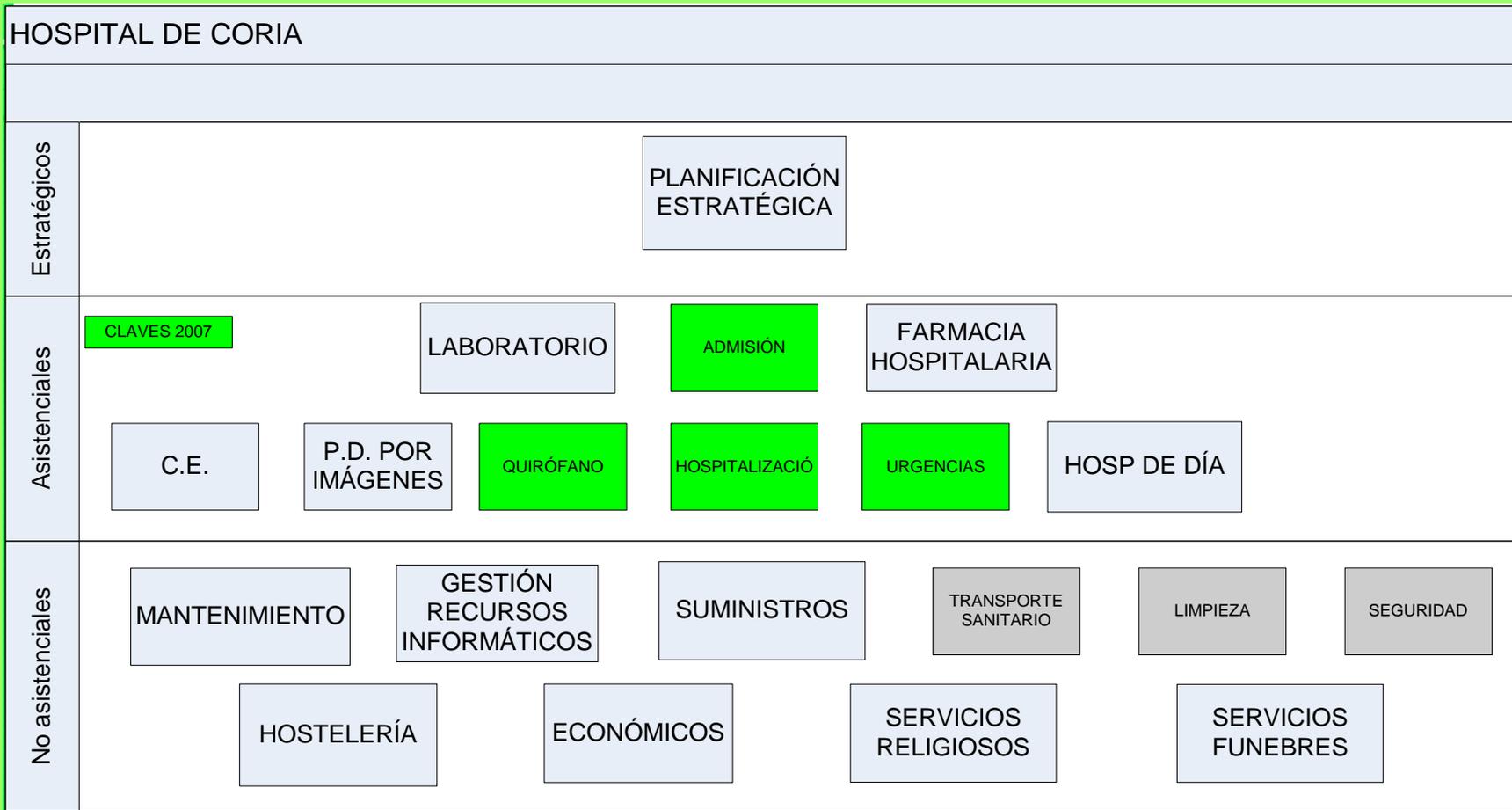
Identificación de los procesos y selección de los Procesos a desarrollar

Definición del Coordinador y de los Grupos de Trabajo

Formación a los Grupos en Gestión por Procesos

Elaboración de los documentos de proceso

Procesos Abordados: Procesos Clave



Procesos Abordados: Procesos Clave

CORIA PARTICIPANTES

ADMISION

- 4 FACULTATIVOS
- 3 NO SANITARIOS
- ENFERMERIA

HOSPITALIZACIÓN

- 3 FACULTATIVOS
- 2 NO SANITARIOS
- 2 ENFERMERIA

URGENCIAS

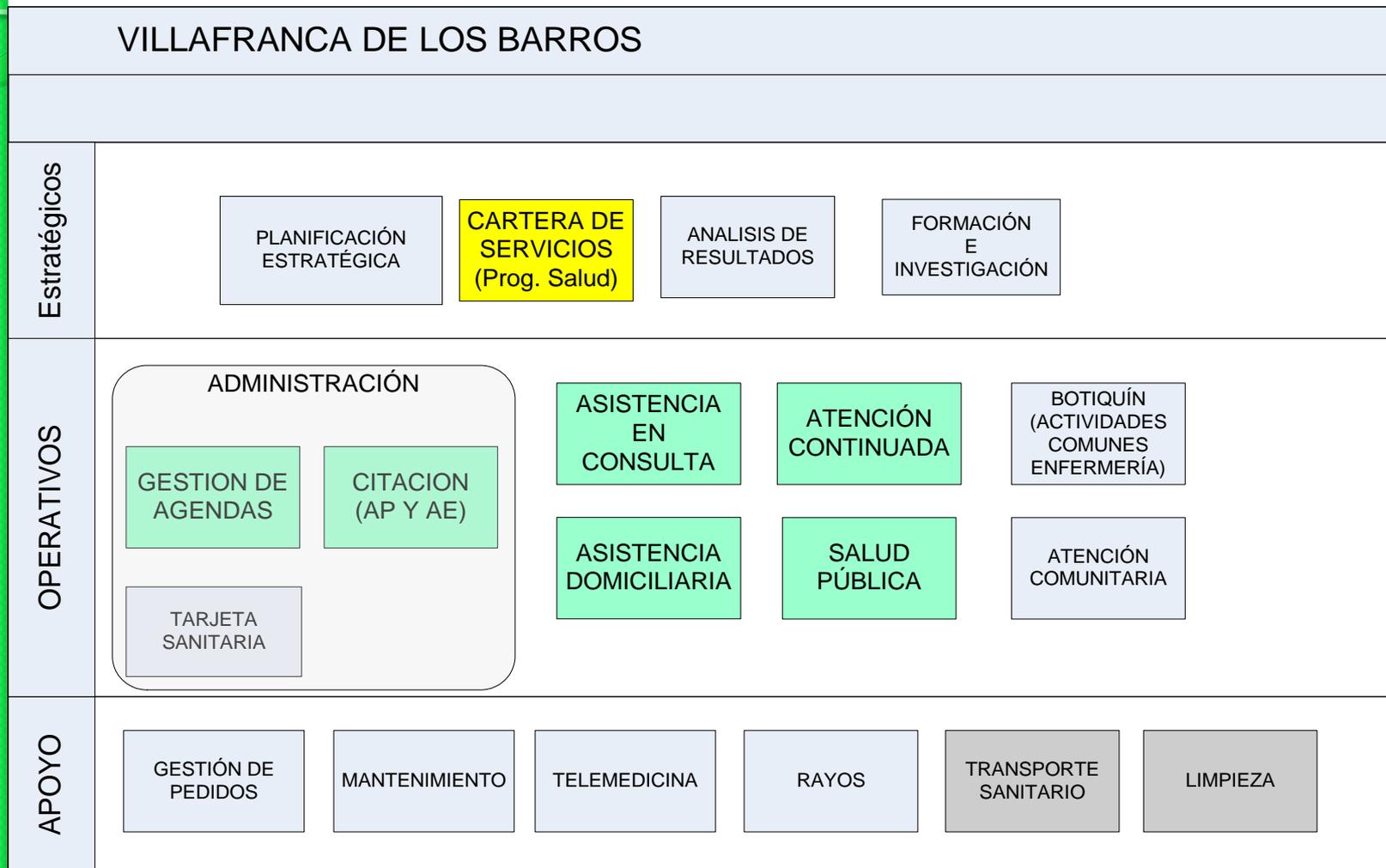
- 4 FACULTATIVOS
- 1 NO SANITARIO
- 1 ENFERMERIA

QUIROFANO

- 7 FACULTATIVOS
- 2 NO SANITARIOS
- 3 ENFERMERIA

**Un ejemplo ADMISIÓN revisión 5
pendiente de aprobación de Gerencia**

Términos y definiciones: Procesos en A.P.Villafranca



CONCLUSIONES Y TEMORES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO 2007-2008

- El que ***finalmente no se apliquen*** (por falta de elementos vinculantes hacia todos los participantes).
- Algún participante ha preguntado por la ***responsabilidad juridico-legal*** de no cumplir el proceso.
- El que su desarrollo y el tiempo de reunión con los responsables del proceso una vez implantado y de análisis de resultados (indicadores), sea ***extrajornada laboral*** (cuando debe ser incluido dentro).
- El que las ***herramientas para su difusión y actualización queden desfasados del propio proceso***; sobre todo pensando que de los 22 centros de salud de AP participan 16 y que, finalmente, todos los procesos habrá que difundirlo a los 22.

CONCLUSIONES Y TEMORES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO 2007-2008

- El que si no son servicio coordinador, sino sólo participante, **no les sea reconocido como objetivo de calidad en el 2007** (hemos comprobado que en los acuerdos de gestión no está incluido en proceso cuando no eres el Servicio coordinador).
- El disponer de la **batería de indicadores que proporciona JARA**. Aunque la idea es definir indicadores sin contar previamente con JARA.
- Puede que haya participantes de centros de Salud que **para asistir a las reuniones (2 ó 3) necesiten sustituciones** y no sabemos que disponibilidad tenemos
- También existe algún proceso que es regional (maxilofacial), con lo que la difusión sería finalmente también regional, y es donde puede que afloran **diferencias de accesibilidad o de pruebas previas a realizar**.

Resumen ejecutivo año 2010. Novasoft.

En el año **2010** la CSD, trabaja con las Gerencias de Áreas de Salud en la ***identificación de los procesos claves y Mapa de procesos de las Gerencias y de sus CSES*** y la selección de dos procesos claves por Gerencia, con el fin de que al finalizar el trabajo se tuvieran documentados todos los procesos claves comunes de los centros sanitarios.

Resumen ejecutivo año 2010. Novasoft.

Fases de la Gestión por Procesos y Metodología utilizada

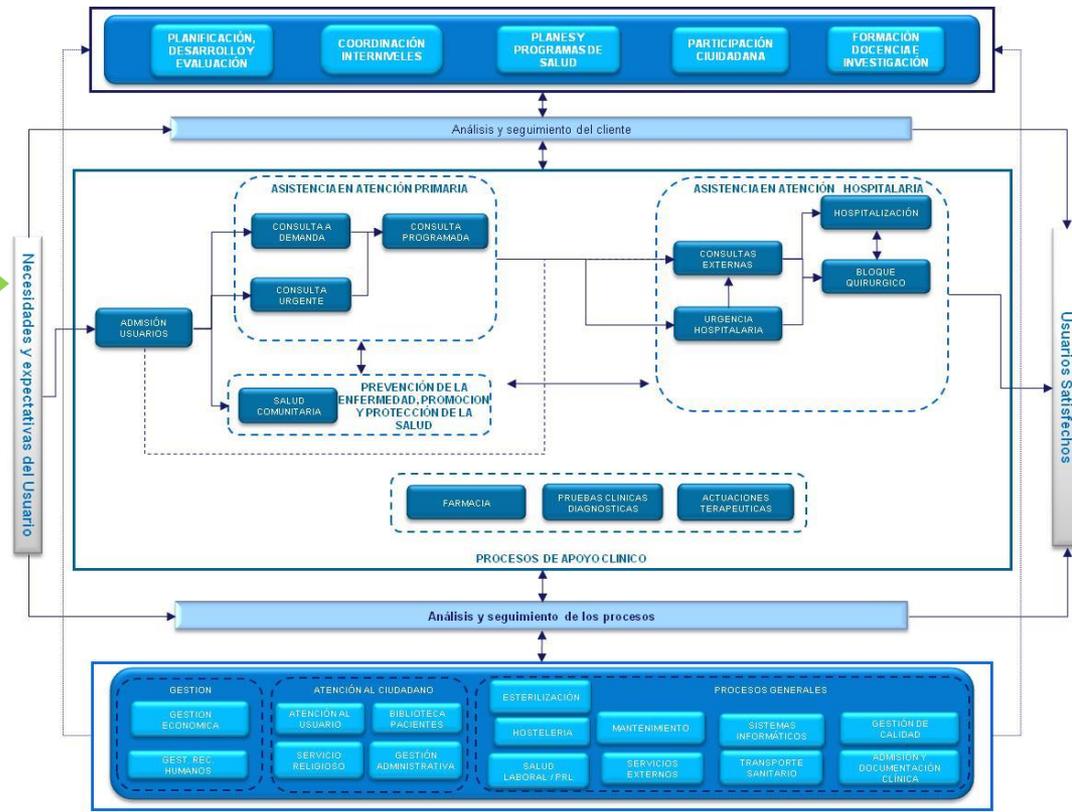
FASES	DESCRIPCIÓN
Taller teórico-práctico. Elaboración <u>catálogo y mapa de procesos</u>	Formación inicial sobre la Gestión por Procesos, y metodología para la elaboración de un mapa de procesos.
Elaboración de <u>Fichas de procesos clave</u>	Revisión del mapa de procesos elaborado en la primera sesión; formación del equipo en la elaboración de las Fichas de procesos, y elaboración de tres fichas.
Definición de <u>indicadores y metodología de seguimiento</u>	Revisión de las fichas de procesos elaboradas; formación sobre la definición de indicadores, y establecimiento de indicadores para los procesos desarrollados.

Resumen ejecutivo año 2010. Novasoft.

CONTENIDO. - 1º REUNIÓN: TALLER MAPA DE PROCESOS

1. INTRODUCCIÓN
2. FUNDAMENTOS DE LA GESTIÓN POR PROCESOS
3. BENEFICIOS QUE OBTENDREMOS
4. DESARROLLO METODOLÓGICO
5. TALLER DE TRABAJO

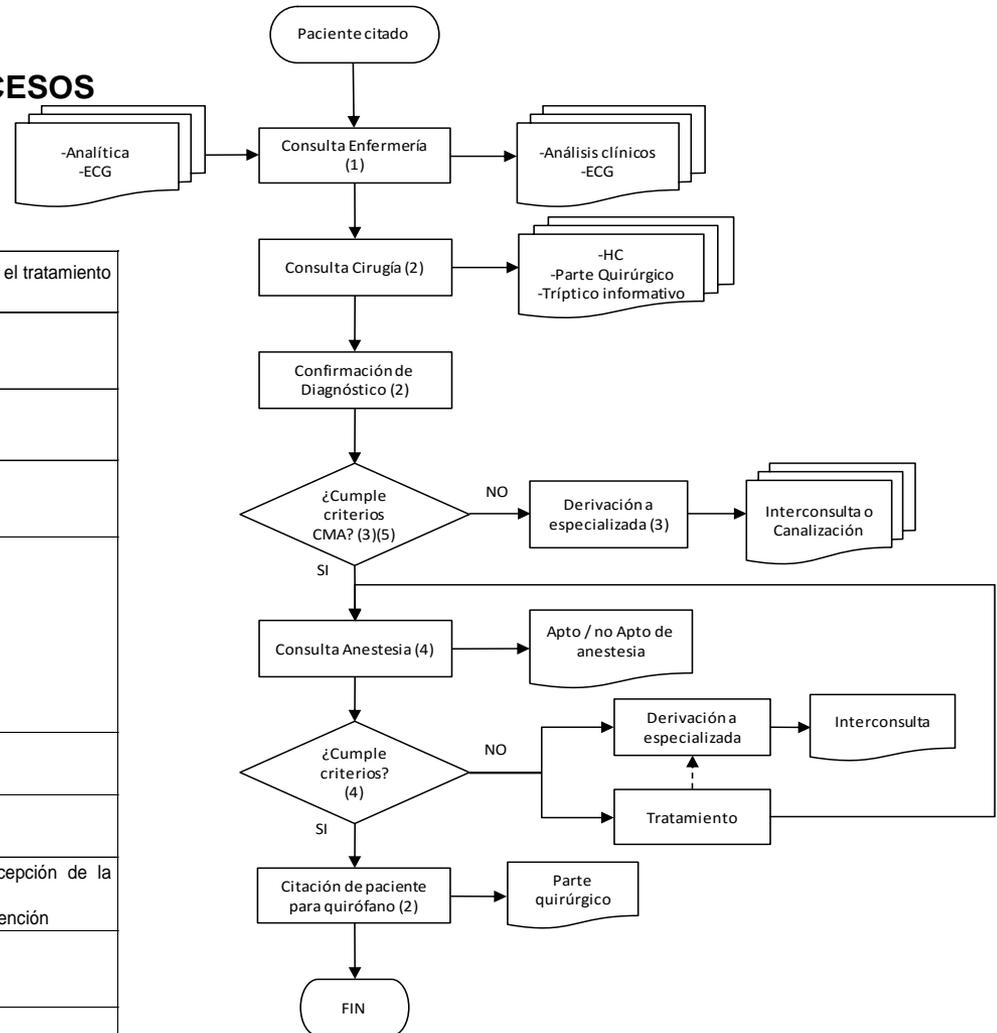
Resultados



CONTENIDO.-2º REUNION:TALLER FICHAS DE PROCESOS

1. INTRODUCCIÓN
2. METODOLOGÍA DE FICHAS DE PROCESOS
3. TALLER DE TRABAJO

MISIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticar al paciente sobre su patología y decidir el tratamiento adecuado.
LIMITES DE ENTRADA	<ul style="list-style-type: none"> • Atención Primaria • Otros centros Hospitalarios • Otros servicios Hospitalarios
FLUJOS DE ENTRADA	<ul style="list-style-type: none"> • Cita para consulta de CMA • Analítica • ECG
LIMITES DE SALIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Atención primaria • Atención Especializada y otros centros • Quirófanos
FLUJOS DE SALIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis Clínicos • ECG • HC • Parte quirúrgico • Tríptico de acogida • Apto/no apto de anestesia • Interconsulta/canalizaciones • Tratamiento
RESPONSABLE DEL PROCESO	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinador de CMA
CLIENTES	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes • Familiares y/o acompañantes
INDICADORES	<ul style="list-style-type: none"> • % de pacientes atendidos en plazo desde la recepción de la interconsulta de AP hasta que pasa por consulta • % de satisfacción de pacientes con la información/atención
INSTALACIONES Y AMBIENTE DE TRABAJO	<ul style="list-style-type: none"> • Consultas CMA
DOCUMENTACIÓN ASOCIADA	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de coordinación interniveles. CMA-AP



Resumen ejecutivo año 2010. Novasoft.

Contenido.- 3ª Reunión: Taller Matriz de Indicadores

1. INTRODUCCIÓN
2. METODOLOGÍA DE INDICADORES
3. METODOLOGÍA DE PROCEDIMIENTOS
4. TALLER DE TRABAJO

		MATRIZ DE INDICADORES								
PROCESOS	NOMBRE	DEFINICIÓN	MÉTODO DE MEDICIÓN	FUENTES DE INFORMACIÓN	TECNICA UTILIZADA	VALORES			RESPONSABLE MEDICIÓN	FRECUENCIA / ANÁLISIS
						REF.	TOL.	OBJ.		
URGENCIAS	% de asignaciones de cama que superan las 24 horas	Nº de ingresos de urgencias cuya asignación de cama se realiza en más de 24 horas / total de ingresos realizados	Obtención de datos de JARA	JARA	Tabla y gráficos en hoja Excel		DEBE SER UN % (bajo, si el objetivo es que pocas asignaciones de cama superen las 24 h)	18 h	Coordinador de Urgencias	Semestral
	% de alta hospitalaria	nº de pacientes dados de alta / nº total de pacientes ingresados					%			
	% de pacientes ingresados dados de alta en menos de 24 h	nº de pacientes ingresados que son dados de alta en menos de 24 h / nº total de pacientes ingresados dados de alta					%			
ATENCIÓN A DOMICILIO	% de avisos derivados a atención hospitalaria según criterios de derivación	nº de avisos derivados a atención hospitalaria / nº total de avisos recibidos					%			
	% de avisos resueltos en atención primaria	nº de avisos resueltos en atención primaria / nº total de avisos recibidos					%			

Resumen ejecutivo año 2010. Novasoft.

	TIPO DE PROYECTO	EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
Gerencias	Lanzamiento Proyecto	8 de 8	
	Reflexión Estratégica - Misión, Visión y Valores - Grupos de Interés - Cuadro de Mando	6 de 8	A falta Coria y Cáceres
	Gestión por procesos - Mapa de procesos - Fichas de procesos	5 de 8	Navalmoral quiere trabajar on-line Falta Mérida y Coria
	Plan de Comunicación	8 de 8	Diseñado y pilotado en Llerena En el resto de gerencias se ha difundido y explicado la metodología
CSES	Cartas de Servicios	14	Se han terminado todas las cartas de hospitales comenzadas y, de los que no han podido comenzar, se les ha remitido el borrador de su carta para que sea adaptado por el hospital. También se ha elaborado para el CMA y CERHA
	Autoevaluaciones	14	Se impartió una formación a todos los coordinadores y responsable de enfermería de los Centros de Salud de Navalmoral
	Reflexión Estratégica Gestión por Procesos	10	Servicios de Badajoz autoevaluados con anterioridad.
	Apoyo a la Acreditación	5	CMA CERHA Hospital de Coria Hospital Tierra de Barros Banco Regional de Sangre
Auditorías	Auditorías	3 de 3	Unidad de Implantología de Badajoz CRPS de Zafra Centro Diagnóstico de Plasencia

Todas las Gerencias y CSES que participaron en el Proyecto desarrollaron su mapa y catálogo de procesos

Resumen ejecutivo año 2010. Novasoft.

GERENCIA	CSES	PROCESOS DESARROLLADOS
Mérida	Hospital Tierra de Barros	Admisión en Consultas, Admisión en Hospitalización, Admisión en Quirófano, Admisión en Urgencias, CMA, Consultas Externas, Esterilización, Gestión de Farmacia, Hospitalización, Laboratorio.
Badajoz	Gerencia	Atención a Domicilio, Urgencia Hospitalaria, Consultas Externas – Ambulatorias, Incidencias y Agresiones a Profesionales del SES.
	CMA	Consultas, Tratamiento, Seguimiento y Esterilización.
	CERHA	Criopreservación Seminal Preventiva, Fecundación In Vitro, Inseminación Artificial.
	Varios Servicios HIC	Servicio de FARMACIA : Gestión de la Información de Medicamentos, Participación en Comisiones Hospitalarias y Dispensación a Pacientes Externos.
Llerena-Zafra	Gerencia	Quirófano
Plasencia	Gerencia	Atención de Urgencia en Centro de Salud, Atención de Urgencia Hospitalaria, Consultas Externas.

Nota: En la Gerencia de **Mérida** no se han trabajado procesos por falta de tiempo de su personal.

En cuanto a los **Servicios del Hospital Infanta Cristina**, han comenzado la gestión por procesos los Servicios de Farmacia (el más implicado), Radiología y Radiofarmacia.

Resumen ejecutivo año 2010. Novasoft.

Proyectos realizados

GERENCIA	CSES	PROCESOS DESARROLLADOS
Cáceres	Gerencia. Unidad de Contratación	Emisión de Informes Técnicos, Recopilación de Datos.
	CS Manuel Encinas	Gestión sin cita.
	CS Logrosan	Atención Ciudadana.
Navalmoral de la Mata	Gerencia	Consultas.
Don Benito	Gerencia	Anestesia y Reanimación, Compras de la UCA, Compras del resto de gestores.

Nota: En el Área de Salud de **Coria** no se han trabajado procesos por falta de tiempo tanto de la Gerencia como del Hospital Ciudad de Coria.

Resumen ejecutivo año 2010. Novasoft.

La mayoría de los CSES autoevaluados en el año 2010 propusieron como área de mejora la Gestión por Procesos

GESTIÓN POR PROCESOS

Sería apropiado que el Centro trabajase en la filosofía de la Gestión por Procesos, diseñando, gestionando y mejorando sus procesos para satisfacer plenamente a sus clientes y otros grupos de interés y generar cada vez mayor valor para ellos.

CONCLUSIONES Y TEMORES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO 2010

1.- La necesidad de caminar hacia una validación, implementación y difusión de los procesos realizados en toda la Comunidad Autónoma, cumpliendo de este modo el principio de equidad.

2.- Desarrollar e implantar como primera medida los procesos claves de los CSES, para que posteriormente los procesos asistenciales integrados se incorporen sin problemas de gestión en esos procesos claves de los centros (consultas externas, hospitalización, urgencias, quirófanos, etc.).

3.- Disponer de un espacio Web donde inicialmente trabajen los grupos y posteriormente se publiquen los procesos validados.

4.- Intentar aprovechar los sistemas de información existentes o en desarrollo, con el objetivo de obtener de forma automática los datos relativos a indicadores de procesos.

5.- Disponer de los medios para que los resultados de los indicadores de procesos sean accesibles a los profesionales.

6.- Necesidad de incorporar como líderes a los equipos directivos de las Gerencias de Área para la identificación de los procesos claves y el Mapa de procesos, como responsables que son de los CSES de sus respectivas áreas.

Resumen ejecutivo año 2010. Novasoft.

Potenciar y realizar el **seguimiento** de las metodologías implantadas en aquellas Gerencias y CSES que realmente estén interesados en

Continuar con los proyectos iniciados: Gestión por Procesos, Cuadros de mando, cartas de servicios, etc.

Potenciar la Gestión por Procesos en Centros y Servicios,

PROXIMOS PASOS



Seguir con la difusión e implantación del Modelo (formaciones y auto-evaluaciones) fundamentalmente en CSES que demuestren un interés real en la mejora continua y en el modelo de calidad de CSES de la Junta de Extremadura

COMISIÓN CENTRAL DE PROCESOS. 2010.

En *mayo de 2010* se constituyó la “**Comisión Central de Procesos**”, integrada por representantes de la Consejería de Sanidad y Dependencia, del Servicio Extremeño de Salud y del Servicio de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como los coordinadores de calidad de las Áreas de Salud, en base al desarrollo de uno de los objetivos incluidos tanto en el Plan de Salud de Extremadura 2009-2012, como en el Plan Estratégico 2009-2012 del Servicio Extremeño de Salud: “La gestión por procesos”.



PLAN ESTRATÉGICO DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD 2009-2012. Objetivo nº 31: Continuar con el desarrollo de la gestión por procesos:

- Elaborar el Mapa de Procesos del Área de Salud.
- Elaborar un Repositorio Común de los procesos validados, accesibles desde intranet.
- Elaborar y validar los ***procesos comunes para toda la Comunidad Autónoma.***
- Implementación de los procesos validados.
- Integración de la Gestión por Procesos en Jara.

GESTIÓN POR PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS



Objetivos

Abordar la gestión por procesos asistenciales integrados

Actividades realizadas hasta la fecha:

Definición de un “Catálogo de Procesos Asistenciales del SSPE”, que contiene una relación de los procesos asistenciales priorizados como más relevantes, para ser elaborados y desarrollados en las distintas áreas de salud.

Elaboración de la “**Guía para la elaboración de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Extremadura**” que establece la metodología a seguir en el diseño y descripción de los procesos asistenciales, creando para ello un modelo que pueda servir de base para el desarrollo de cada proceso asistencial integrado en Extremadura.

COMISIÓN CENTRAL DE PROCESOS. 2010.

Difusión de la *“Guía para la elaboración de Procesos Asistenciales Integrados del SSPE”*.

Selección de los procesos a desarrollar en una primera etapa, de entre los priorizados en el *“Catálogo de Procesos Asistenciales”*.

Selección de los Responsables Autonómicos de los distintos procesos, así como la constitución de los equipos de trabajo encargados de elaborarlos.

Plan de Formación sobre metodología de gestión por procesos dirigido a los miembros de los citados equipos de trabajo.

Una vez elaborado un proceso, debe ser adaptado a las características concretas de cada área de salud para su posterior implantación en la misma.

Recopilación de las necesidades informáticas de todos los procesos, para su mejora y evaluación continua, con el posterior traslado de estas necesidades a los Sistemas de Información (Proyecto JARA) para la explotación de los datos que en la actualidad se registran.

Seguimiento y evaluación de los procesos en desarrollo.

COMISIÓN CENTRAL DE PROCESOS. 2010.

La Comisión Central de Procesos, así como los coordinadores de calidad de las áreas de salud, consideran recomendable que, ***al mismo tiempo que de comienzo la elaboración de los procesos asistenciales integrados, también se desarrollen los procesos clave en los CSES de las áreas de salud.***

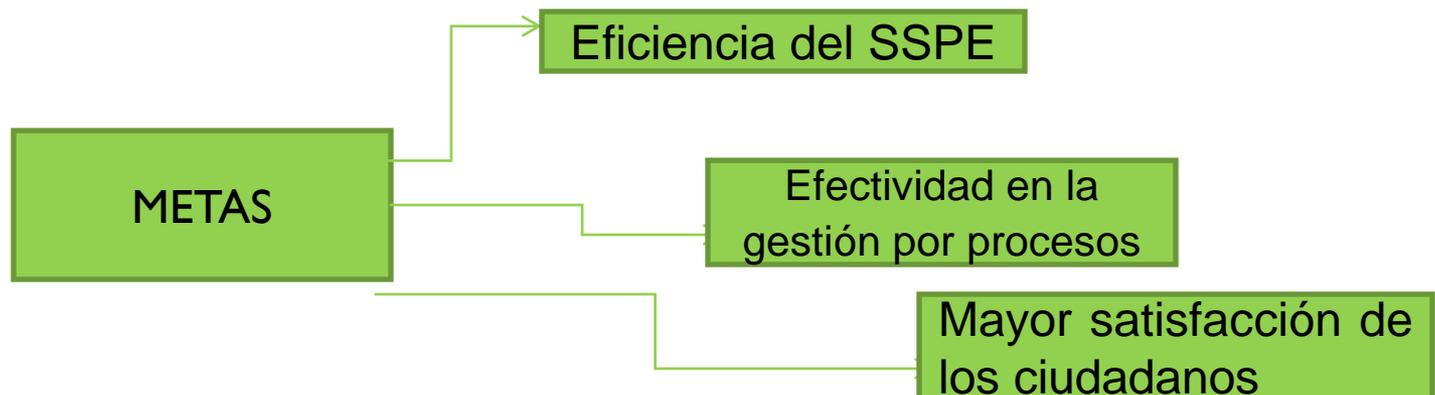
COMISIÓN CENTRAL DE PROCESOS. 2010.

En la implantación de la estrategia de la gestión por procesos, se hace evidente el requisito de la **motivación de los profesionales**.

Para ello se exige una mayor comunicación interna, dirigida a transmitir la cultura de la calidad que el SSPE pretende y, en particular, **la gestión por procesos** como instrumento de mejora del mismo.

Mediante esta comunicación y gestión participativa, se debe involucrar a todos los profesionales a través del **trabajo coordinado y en equipo**.

Desde las **Gerencias de Área** se precisa incentivar la participación e implicación de los profesionales en la gestión por procesos, para hacer posible avanzar hacia las siguientes **metas**:



COMISIÓN CENTRAL DE PROCESOS. 2010.

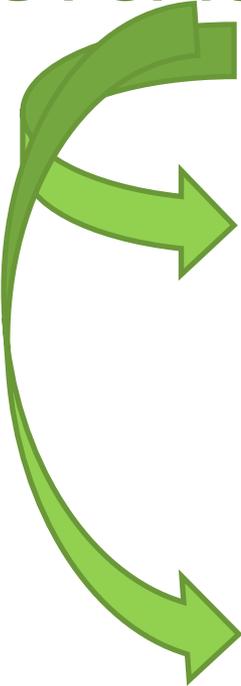
El trabajo iniciado en gestión por procesos debe continuar, pero de forma coordinada; para ello ***la Comisión Central de Procesos debería realizar el seguimiento de la elaboración, implantación y evaluación de los distintos procesos en desarrollo del SSPE.***

COMISIÓN CENTRAL DE PROCESOS. 2010.

Se precisa realizar una medición periódica del grado de calidad obtenida en los procesos asistenciales, para lo que **el Sistema de Información JARA deberá proporcionar una recogida de información y de indicadores básicos de seguimiento y evaluación** definidos en cada uno de los procesos asistenciales integrados.

COMISIÓN CENTRAL DE PROCESOS. 2010.

ACTUACIONES PENDIENTES:



Establecer los criterios de selección de los N procesos a desarrollar: prevalencia, antecedentes, planes integrales 2007-2012.

Hacer un planteamiento matricial, de forma que seleccionen en cada área n grupos de trabajo (incluso con procesos coincidentes).

COMISIÓN CENTRAL DE PROCESOS. 2010.

Recomendaciones respecto a las Áreas:

- Cuando existan, emplear como punto de partida los procesos existentes.
- De cara a hacerlo operativo establecer un máximo de ¿5? procesos por Área.
- Hacer un planteamiento intensivo con cada grupo para que la formación y elaboración se realicen en 2 meses máximo.
- Disponer un espacio web donde inicialmente trabajen los grupos y posteriormente se publiquen los procesos validados.

COMISIÓN CENTRAL DE PROCESOS. 2010.

Recomendaciones respecto a la implantación:

Intentar aprovechar los sistemas de información existentes o en desarrollo de cara a obtener de forma automática los datos relativos a indicadores de proceso (JARA, Actividad Asistencial, ...)

Disponer los medios para que los resultados de los indicadores de proceso sean accesibles a los profesionales (en los niveles oportunos).

GRACIAS



Comité de Expertos de Procesos Asistenciales del Área de Salud de Badajoz.