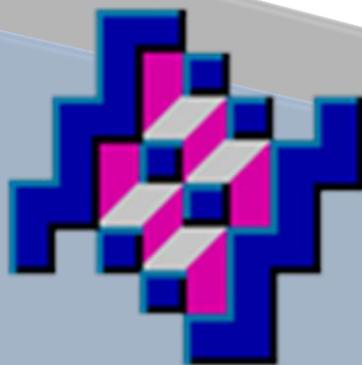




DISEÑO DE UN MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS PARA UNA COOPERATIVA DE SALUD EN MÉXICO

Proyecto Terminal Profesional Para Obtener el Grado de Maestría en Salud Pública Área de
Concentración Administración en Salud
Generación 2008 -2010

Alumno: Iván Uriel Velázquez Juárez
Matricula: 2008220111



Comité de Proyecto Terminal Profesional:
Director: Mtro. José de Jesús Vértiz Ramírez
Asesora: Adriana Becerril Alquicira
México, Distrito Federal, 2012

AGRADECIMIENTOS

Principalmente a ustedes Vero y Santi que han sido mi inspiración en todo momento. Vero incondicionalmente agradecido por soportar mis ratos de angustia, alegría y enojo, simplemente muchas gracias te amo Y a ti Santi, llegaste a complementar la vida de tu mami y la mía. Muchas gracias por esa inspiración que me das y la dicha de ser tu papá.

A mis padres y hermanos simplemente muchas gracias por compartir esta etapa de mi vida.

Al Doctor Fausto Sánchez, agradezco la constancia en sus recomendaciones para terminar este proyecto. ¡Qué alivio! En verdad tiene mucha razón.

También este trabajo se lo dedico a un gran equipo que ha apostado por vivir de manera digna y organizada. Dispuestos a luchar bajo los principios y valores del cooperativismo. Esto es para ustedes amigos Panamedicos. Sin duda alguna este trabajo no hubiera sido realidad sin su ayuda. Todo mi respeto y admiración.

Finalmente se lo dedico a aquellas personas con una necesidad en salud y que buscan un servicio digno y con calidad, para todos ustedes, que han logrado madurar este gran proyecto.

¡Simplemente Gracias!

Iván Uriel Velázquez Juárez.

INDICE

	PAGINAS
AGRADECIMIENTOS	1
INDICE.....	2
I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. ANTECEDENTES.....	4
III. MARCO CONCEPTUAL	9
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
V. OBJETIVOS	14
VI. METODO.....	14
VII. ANALISIS DE FACTIBILIDAD.....	21
VIII. RESULTADOS.....	22
IX. CONCLUSIONES.....	31
X. RECOMENDACIONES PARA MEJORA DE INTERVENCIÓN	32
XI. ANEXOS.....	34
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	123

I. INTRODUCCION

En este trabajo se presentan los avances en el desarrollo de un modelo de gestión por procesos para una cooperativa de servicios médicos. Si bien hay experiencias en este sentido aplicadas a grandes instituciones de salud (como el IMSS), lo cierto es que no se identificaron referencias que aludieran a su aplicación en organizaciones sociales del tipo de las cooperativas y mutuales en salud.

Uno de los avances que la cooperativa de salud Panamedica ha planteado es una visión en la que los usuarios formen parte de la organización, y tomen decisiones relacionadas con el funcionamiento de la misma pero sobre todo con su propia salud. Esto es conocido en otros países con mayor desarrollo en el sector social como “mutuales de salud”¹

El funcionamiento de una mutual de salud, como cualquier organización dedicada a la atención a la salud, exige el establecimiento y apego a reglas y procedimientos que garanticen la seguridad de los pacientes y un adecuado nivel de calidad.

Se presenta una breve revisión del significado, desarrollo e importancia del cooperativismo y del mutualismo en el plano internacional. Se pone especial atención en algunas experiencias latinoamericanas en el ámbito de la atención a la salud. Se hace una breve mención de la situación que motivó la creación de la Cooperativa de Salud Panamedica y se comenta la importancia del de la gestión enfocada en los procesos para las organizaciones relacionadas con la prestación de servicios de salud en general y para organizaciones sociales del tipo de Panamedica en particular.

Posteriormente se describen los aspectos más importantes de los principales enfoques que históricamente han existido para administrar las organizaciones, hasta llegar al enfoque de sistemas, para el que la gestión por procesos resulta ser un instrumento imprescindible.

Con base en la revisión de los antecedentes y en el establecimiento del marco conceptual, se exponen algunas ideas que justifican la necesidad de estandarizar los procesos sustantivos y de apoyo en la Cooperativa Panamedica, a través del diseño de un modelo de gestión por procesos, siendo éste el objetivo general del trabajo. Se comentan los principales datos que configuran el entorno inmediato y la estructura de la organización, para pasar a describir de manera más detallada las principales acciones que se han llevado a cabo para avanzar en el diseño del modelo y en su futura implementación. Sobre este respecto, se apuntan algunas ideas que dejan en claro la factibilidad de la iniciativa.

Se incluye un apartado de resultados en el que se comentan los avances logrados en el diseño del modelo de gestión por procesos para la Cooperativa de Salud Panamedica. Por último, se presentan las conclusiones del trabajo y una serie de

recomendaciones orientadas al aseguramiento de una adecuada implementación del modelo en la organización.

II. ANTECEDENTES

Cooperativismo y mutualismo

La Alianza Cooperativa Internacional (ACI) es una organización no gubernamental que reúne, representa y sirve a organizaciones cooperativas en todo el mundo. Define a una cooperativa como “una asociación autónoma de personas que se han unido voluntariamente para hacer frente a sus necesidades y aspiraciones económicas, sociales, culturales comunes por medio de una empresa de propiedad conjunta y democráticamente controlada”²

La historia del cooperativismo ha sido un movimiento que surge como respuesta para satisfacer necesidades colectivas y de aquellos sectores desprotegidos, producto de constantes crisis y gobiernos, instituciones y autoridades desinteresados en un beneficio colectivo.

Inglaterra es considerada la cuna del cooperativismo ante el surgimiento de Rochdale en el año de 1844. Una cooperativa de obreros desprotegidos que buscaba dar respuesta a necesidades colectivas cuya finalidad era mejorar su calidad de vida.

La historia del mutualismo se reporta desde la época antigua donde los antepasados se organizaban para resolver necesidades colectivas. En el caso de los palestinos se registra el tratado de Bava Cama, sobre asociaciones de mercaderes que mutuamente se juntaban para proteger sus caravanas y prestarse auxilio³

El Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social (INAES) es un organismo dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de Argentina, que ejerce las funciones que le competen al estado en materia de promoción, desarrollo y control de la acción cooperativa y mutual.

El INAES define a las mutuales como “*entidades sin fines de lucro, prestadoras de servicios, **sostenidas por el aporte de sus asociados**, actuando con seriedad y eficiencia de empresas, donde un grupo de personas asociadas libremente, bajo una forma legal específica, se reúne para solucionar problemas comunes, teniendo por guía la solidaridad y por finalidad contribuir al logro del bienestar material y espiritual de sus miembros*”¹

NETICOOP que por sus siglas (Necesidades en Tecnologías en Información y Comunicación para Cooperativas) es un programa que nace en 1997 sin fines de lucro desarrollado y mantenido por la Confederación Uruguaya de Entidades Cooperativas (CUDECOOP). Cuenta con un portal web donde el Instituto Provincial de Acción Cooperativa de Argentina (IPAC) plantea las diferencias que

tienen las cooperativas de las mutuales a partir de cinco características fundamentales: a) por su orden de funcionamiento hacia los usuarios, b) por su orden de sus asociados, c) por sus excedentes en sus ejercicios financieros d) por su orden en sus órganos de gobierno y e) por su control y vigilancia de sus actividades. En el cuadro 1 se describen los aspectos principales de estas diferencias. Se puede consultar más información sobre las características de ambos tipos de organización en el Programa de NETICOOP*

Cuadro 1. Diferencias principales entre las mutuales y las cooperativas.

Característica	Mutuales	Cooperativas
Orden de Funcionamiento	Prestan exclusivamente sus servicios a sus asociados	Prestan sus servicios a sus asociados con la capacidad de ofrecerlo a terceros
Orden de Asociados	Existen 3 categorías: Activos, adherentes, participantes mayores de edad	Sólo existe una categoría con derecho pleno a elegir, mayores de edad
Orden por Aporte de los asociados	La ley prevé aporte periódico (mensual) de todos los asociados, al momento de retirarse no tienen derecho a su aportación mensual, sólo al derecho de certificado de aportación	Los certificados de aportación son de un mismo valor nominal, previamente calculado al valor social de la cooperativa, a su vez puede tener un interés anual y al momento de retirarse se le regresa el valor de su certificado
Excedentes de los ejercicios	Los excedentes que arroje el ejercicio social pasan a integrar el capital de la entidad, las reservas o fondos especiales	Un porcentaje de los excedentes se distribuyen a los asociados en función de las operaciones que realice (caso de cajas populares) También se reducen para reservas, fondos especiales, intereses a las cuotas, educación etc.
Órganos de administración	Denomina comisión directiva y estará conformado por 5 miembros duración del mandato en pos 4 años	Consejo de administración; mínimo son 3 integrantes, y duración del mandato es por 3 años
Control Interno	Junta fiscalizadora mínimo 3 miembros duración 4 años	Consejo de Vigilancia 3 años de mandato.

En México existe una ley que regula a todas las sociedades cooperativas. En su artículo 34 señala que las cooperativas se conformaran por tres órganos de

* Es importante señalar que IPAC es una institución creada por el Ministerios de Producción Y Empleo de la Provincia de Santiago de Etero. Los ministerios en Argentina son los organismos ejecutivos del Estado de más alta jerarquía, por debajo del Presidente de la nación en el caso del gobierno nacional (federal). Para el caso de las provincias (o entidades federativas para el caso de México) están por debajo de los gobernadores.

gobierno, una asamblea como máximo órgano (conformada por todos los socios), y dos consejos que dan rumbo, dirección y vigilan a la institución; el consejo de vigilancia y el consejo de administración”⁴. Es importante señalar esta Ley porque establece de manera estricta la forma de estructuración.

Hay tres tipos de sociedades cooperativas: de ahorro y préstamo (cajas populares), de consumo y de producción.

Un ejemplo claro de cooperativa de producción en México, es la Cooperativa Cruz Azul fundada en 1881 cuando un inglés Henry Gibbon construye la planta de Cruz Azul en Hidalgo. Posteriormente ante los embates por la crisis en la década de 1930 decide cerrarla. Es así que la compañía Tolteca compra la planta de Cruz Azul y posterior a esto decide cerrarla por considerarla inoperable. Finalmente la Cruz azul es puesta en manos de los trabajadores conformándola como una sociedad cooperativa.

Otro ejemplo es la de los Trabajadores Unidos de Pascual que en 1984 se constituye como sociedad cooperativa por trabajadores que lucharon por defender sus derechos ante los incumplimientos constantes del patrón.

Si bien hay múltiples ejemplos de profesionales de la salud que se han asociado para integrar organizaciones de servicios de salud con fines lucrativos, estos no corresponden a los modelos del cooperativismo.

Durante la elaboración de este documento no se identificaron ni mutuales ni cooperativas de servicios de salud en México. Sin embargo, se encontraron algunas cooperativas que desarrollaron áreas para la atención médica de sus socios, aunque el personal encargado de otorgar la atención no esté asociado.

En este documento se toma como referencias sólo dos países (Brasil y Argentina) puesto que el equipo de Panamedica visitó y conoció algunas experiencias de este tipo. También es importante aclarar que existen modelos de cooperativas y mutuales en otras regiones de Centro, Sudamérica y resto del mundo.

Según la ACI, para Diciembre de 2010, de las 6652 cooperativas registradas en Brasil, 852 pertenecen al ramo de salud. Los asociados suman un total de 246,265 de los cuales son profesionales de la salud y afines. En estas cooperativas se han generado 56,776 empleados en diferentes áreas¹

Por su parte el INAES en el reempadronamiento nacional y censo económico sectorial de cooperativas y mutuales en el 2008 en Argentina registró en su censo a 8800 cooperativas de las cuales 59 son del sector salud y odontológico. En cuanto a las mutuales, de un total de 3188 el 30% pertenece al sector salud. Es decir, 956 organizaciones son de salud⁵.

Creación de Panamedica S.C. de C.V. de R. L.

La creación en 2007 de la Cooperativa de Salud Panamedica respondió a la necesidad de la comunidad de una colonia ubicada al sur de la Ciudad de México. En un inicio formaba parte de la estructura de una cooperativa diversificada, es decir, dedicada al ahorro, préstamo y consumo denominada “Movimiento y Desarrollo Cooperativo (MOVIDECO S.C. DE R.L DE C.V).

Ante el crecimiento abrupto de la demanda, se decide constituir a Panamedica como una organización de tipo cooperativo de servicios de salud bajo las siglas S.C. de R.L. de C.V.

La intención del proyecto Panamedica es ofrecer en un modelo alternativo, económico y de alta calidad basada en dos principios fundamentalmente:

- La autoayuda. Se refiere a modificar, cooperar y entender el concepto de salud de una manera diferente tomando decisiones en lo colectivo y de manera autónoma.
- El pago justo por el trabajo. Reconocer el trabajo de los profesionales sin hacer cobros o cuotas que afecten los bolsillos de las personas.

La cooperativa de salud Panamedica ha empeñado sus esfuerzos en diseñar e implementar un modelo mutualista en salud². Este se basa en un programa de distribución de medicamentos básicos para el área de influencia de la organización a través de esquemas económicos (prepagos) que garanticen el sostenimiento de la organización y exista una distribución equitativa en todos sus afiliados al programa.

Este modelo mutualista en salud ha sido tomado de experiencias, que parte de nuestro equipo de trabajo ha visitado; tal es el caso de Argentina y Brasil.

Es así que en septiembre de 2009 Panamedica participó en un taller de economía social donde planteó el desarrollo de una mutual de salud en México.

En marzo de 2010 Panamedica obtuvo el financiamiento de una organización de origen belga llamada Solidaridad Mundial (WSM: - werelddolitariet /solitariet mondiale) Esta organización deriva de un movimiento obrero cristiano y que tiene por objetivo defender los derechos de hombres, mujeres y niños del tercer mundo.

Tras este acontecimiento el cuerpo directivo decide junto con especialistas en la materia desarrollar un documento guía llamado “**Promoviendo la salud solidaria en Coyoacán**”. Que describe el diseño del modelo mutualista y busca diseñar un modelo de gestión para la organización.

Gestión por procesos en organizaciones de salud

La organización con mayor trayectoria en la acreditación de establecimientos de salud, en particular de hospitales, es la Joint Commission. Durante muchos años los estándares que empleaban para evaluar estuvieron centrados en la estructura de las unidades. Sin embargo, en 1987, a raíz del lanzamiento de la “Agenda para el cambio”, han dado cada vez mayor importancia a la evaluación de los procesos de atención y apoyo a la atención, así como de los resultados mediante el uso de indicadores.⁶

Este énfasis en los procesos se vio parcialmente reflejado en el documento “Acreditación de hospitales para América Latina y El Caribe” publicado en 1992 por la Organización Panamericana de la Salud⁷

En México cada vez es mayor la participación de organizaciones de salud en evaluaciones para lograr la certificación de la calidad y para la obtención de premios locales y nacionales de calidad, algunos de ellos específicos para este tipo de organizaciones como el Plan Integral de Calidad, el Premio IMSS de Calidad⁸ o el Premio Nacional de Calidad que otorga la Secretaría de Salud⁹. Todas estas evaluaciones están basadas en modelos de dirección con un fuerte enfoque en la gestión de los procesos como ISO 9000¹⁰ o el modelo de la Fundación Europea para la Administración de la Calidad (EFQM por sus siglas en inglés)¹¹

De manera especial destacan los modelos de los sistemas que actualmente aplican el Consejo de Salubridad General y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para evaluar a los establecimientos de atención médica, respectivamente, para su certificación¹² y su acreditación.

En el modelo que aplica el CSG para la auditoría se hace referencia a tres etapas: Para el 2012 se establecen bases para el desarrollo del programa nacional de certificación de establecimientos de atención médica. Ampliándose a otro tipo de establecimientos entre los que se encuentra los de atención médica ambulatoria.

Su metodología se basa en tres etapas:

Etapas de autoevaluación de capítulo de estructura: Evaluación por parte de los responsables del establecimiento con el fin de medir la capacidad de infraestructura, recursos humanos, instalaciones físicas, de equipamiento, así como organización y métodos de la unidad

Etapas de evaluación de procesos y resultados: Esta etapa la realiza un equipo multidisciplinario de evaluadores institucionales capacitados para medir el grado de los estándares de los procesos y resultados de la atención médica de la unidad.

Etapa de Dictaminación: En esta etapa los integrantes de la comisión en reunión ex profeso analizan los resultados de las evaluaciones y emiten su dictamen.

Por otra parte, el objetivo general del Sistema Nacional de Acreditación de Establecimientos de Salud es “Establecer el procedimiento de evaluación inicial de las condiciones bajo las cuales se ejerce la práctica médica con la cual los establecimientos para la atención médica otorgan los servicios esenciales cubiertos por el Sistema. Estos deberán cumplir con los requerimientos indispensables de Capacidad, Seguridad y Calidad, en los procesos para la adecuada atención de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en salud, definidos en los Catálogos vigentes.”¹³

Entre las experiencias cercanas, por la semejanza en cuanto al tipo de organización con Panamedica, sobresale el caso de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A. C.) cuyo esfuerzo de mejora continua se planteó con base “en la mejora de los procesos en las diferentes áreas y departamentos que integran la institución”.¹⁴

III. MARCO CONCEPTUAL

A lo largo de la historia de la administración se han desarrollado diferentes enfoques que a continuación se mencionarán de manera breve.

Enfoque clásico de la organización

La historia de la administración se registra con Frederick W. Taylor quien planteó el modelo de administración científica, buscando resolver los problemas de la administración con el fin de alcanzar la eficiencia a nivel industrial. Este se basaba en cuatro principios fundamentales: planeamiento, preparación, control y ejecución.¹⁵

Taylor demostró que los resultados obtenidos a partir de estos principios beneficiaban tanto al empleador como al trabajador. Pues se obtenía una mayor optimización de los recursos y para los trabajadores una mejor retribución por su trabajo.¹⁶

Por otro lado Fayol considerado padre de la teoría administrativa. Plantea catorce principios considerándolas como verdades universales capaz de enseñarse en escuelas y universidades estos son: división de trabajo, autoridad y responsabilidad, disciplina, unidad de mando, unidad de dirección, subordinación de los intereses individuales a los intereses generales, remuneración del personal, centralización, jerarquía, orden, equidad, estabilidad y duración del personal, iniciativa, y espíritu de equipo.¹⁵

Max Weber plantea una teoría burocrática para el siglo XX enfocado este no sólo a la organización sino a la estructura económica, política de la sociedad.

Basándose en la división de trabajo, una jerarquía bien definida. Es decir basado en la autoridad legal.¹⁵

Hizo coincidir tres tipos de autoridad y a su vez una estructura administrativa:

- Autoridad tradicional. Donde la subordinación está basada en la costumbre y legitimidad de un jefe que siempre ha existido.
- Autoridad Carismática. Donde predominan las características personales excepcionales.
- Autoridad Racional Legal. Racional porque está orientado a alcanzar los objetivos y legal porque el dirigente obtiene la autoridad en función de la posición que ocupa.¹⁵

Enfoque de la teoría del comportamiento.

Mary Parker Follet es considerada una de las primeras escritoras en plantear que las organizaciones podían ser vistas desde la perspectiva del comportamiento individual y grupal en las relaciones humanas. Es decir armonizar y coordinar los esfuerzos grupales de una organización.¹⁵

Enfoque neoclásico de la administración.

Se enfatiza en la sistematización del trabajo directivo como contraposición a los análisis de las conductas de los trabajadores. Las aportaciones de los autores neoclásicos se centraba en tres áreas: los tipos de organización, la departamentalización y la administración por objetivos.¹⁵

Modernas teorías de la administración.

Aquí surge la teoría general de los sistemas basado en tres premisas: Los sistemas se encuentra dentro de otros sistemas, existen sistemas abiertos, sistemas cerrados y su funcionalidad depende de su estructura.¹⁵

La forma de administración de las organizaciones está dada por modelos tradicionales como el de Taylor (del Siglo XIX) centradas en satisfacer necesidades de tipo interno enmarcándose en un modelo organizacional jerárquico haciendo a un lado la satisfacción del cliente.¹⁷

Del mismo modo Hammer y Champy (citado por Moliner¹⁸) mencionan que el problema con el que se enfrentan las empresas en el siglo XXI son sus modelos organizacionales del siglo XIX; es decir, con una estructura organizacional vertical donde sus objetivos y/o metas se encuentran aislados.

Tal es el caso de las organizaciones con áreas conformadas por direcciones, subdirecciones, departamentos donde la participación de todos los involucrados en sus diferentes niveles es mínima o llega a ser prácticamente nula.

Gestión por procesos

Existen varios referentes en la historia de la administración organizacional que han planteado diferentes formas de orientar sus servicios con el fin de obtener resultados satisfactorios.

A partir de la década de 1980 se ha reconocido la necesidad de desarrollar sistemas organizacionales que identifiquen y satisfagan las necesidades y expectativas de los clientes que consumen los bienes y servicios que producen una organización para asegurar su buen desempeño¹⁹. Además, se ha reconocido que es estratégico satisfacer a diversos grupos que tienen intereses en la organización²⁰.

De acuerdo a lo anterior Michael Hammer (Citado por Otero²¹) plantea que un proceso es un conjunto de actividades que de forma conjunta contribuyen a un fin.

Un concepto similar es el que propone ISO-9000:2000 como “un conjunto de actividades que utiliza recursos para transformar entradas en salidas”²²

Así mismo Toledo menciona que un proceso “es un conjunto de actividades de trabajo interrelacionados que se caracterizan por requerir ciertos insumos (inputs = entradas) y tareas particulares que implican valor añadido, con miras a obtener ciertos resultados”¹⁷

Finalmente un concepto sobre un proceso y que agrupa la mayoría de las características mencionadas anteriormente es la referida por MEXFAM que dice que un proceso es una secuencia de actividades que se lleva a cabo para obtener un resultado determinado a través de la transformación de entradas en salidas y del uso de los recursos disponibles¹⁴

Según Toledo un modelo de gestión por procesos “es una forma diferente de la clásica organización funcional, y en el que prima la visión de los clientes sobre las actividades de la organización. Los procesos así definidos son gestionados de modo estructurado y sobre su mejora se basa la de lo propia organización”¹⁷

La gestión por procesos consiste en la identificación, el análisis y la mejora participativa, es decir, con el concurso de todos los integrantes y responsables de cada proceso de manera sencilla logrando que las empresas se adapten a frecuentes cambios en su entorno y del mercado. Cabe resaltar que los procesos son la base operativa fundamental de la empresa y que gradualmente se van convirtiendo en la base estructural de la organización²³.

Otero refiere que “El modelo basado en los procesos es una herramienta interactiva para planificar, implementar, comunicar y comprometer a la gente al mejoramiento de los procesos en donde se ve involucrado”²¹

Trischler dice que el enfoque basado en los procesos hace que todos aquellos que estén involucrados tengan un objetivo común, desarrollen su labor, formando parte de un equipo de trabajo que tiene por objeto alcanzar la meta trazada.²²

La gestión por procesos se relaciona de manera directa con los modelos de gestión que buscan la mejora de la calidad. Tal es el caso ISO-9000 un sistema de normas que permiten establecer requisitos a un sistema de gestión de calidad y que a su vez están orientadas hacia los resultados²⁴

Otro modelo que busca la mejora de los procesos es el la Fundación Europea para la Administración de la Calidad (EFQM por sus siglas en ingles), el cual plantea que para lograr óptimos resultados y satisfacción de los grupos de interés, debe haber un liderazgo que dirija e impulse la política y la estrategia, las personas, los clientes, las alianzas, recursos y procesos²⁴

Una característica relevante en la gestión por procesos es la designación de responsables que dan respuesta a los acontecimientos que suceden dentro de ellos, generando la participación constante y provocando estructuras organizacionales horizontales es decir, la participación de los diferentes niveles que compone una organización y además una mejor toma de decisiones para el bien común de la institución. Para ello se fomenta el uso de instrumentos y herramientas a diferentes niveles que permiten tener un mejor control y manejo para su mejora en los aspectos clave del trabajo¹⁸ y sobre todo que autoridades, directivos y cuerpo técnico tengan un panorama amplio de sus procesos en operación²¹

Cabe señalar que una diferencia entre un modelo de gestión por procesos y uno tradicional se basa en que la organización suele ser tan eficaz como lo son sus procesos y está en la medida de flujo de información de un área a otra¹⁸

Se dice que este modelo como los demás tienen ciertas limitaciones al momento de implementarse por las dinámicas establecidas y por los constantes cambios administrativos que suceden periódicamente.

Tal es el caso de la administración pública que para poder dar paso a un cambio a un modelo surgido de la teoría organizacional se enfrenta constantemente a cambios de representantes administrativos viéndose afectada la continuidad de las gestiones anteriores¹⁸

En resumen, en este trabajo se entenderá por “modelo de gestión por procesos” a la descripción de las medidas que lleva a cabo el personal de una organización para asegurar que sus procesos produzcan bienes y servicios alineados a la razón de ser de la misma organización y que además satisfagan las necesidades específicas de la comunidad que los recibe.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION

En Panamedica se realiza un plan anual que es aprobado por la Asamblea General. Para el plan correspondiente a 2010 se plantearon algunos problemas que dejaban en claro la necesidad de diseñar y analizar los procesos que se llevan a cabo en la organización.

No estaba formalizada la distribución del trabajo ni la asignación de responsables. Era frecuente la comisión de errores en diferentes actividades, algunos de los cuales afectaban la imagen de la organización en la comunidad e incluso ponían en riesgo la seguridad de los pacientes. Se observó también la generación de desperdicios que sin duda representaban costos para la organización. El flujo y contenido de la información que se daba a los usuarios no estaban estandarizados.

Entre los problemas más importantes se identificó el que no se hubiera medido la capacidad de la organización para contribuir a la mejora del estado de salud de la comunidad. En relación con lo anterior, destaca el que no se hubiera aplicado de manera sistemática algún instrumento para conocer la opinión de los usuarios sobre la organización.

En un sentido más general, se identificó la necesidad de asegurar la participación de los socios en la elaboración de los planes de trabajo y en la toma de decisiones que afectarían el desarrollo de la organización. Al mismo tiempo, con la idea de llegar a constituir una mutual, se vislumbraba la necesidad de incorporar a los miembros de la comunidad en los procesos decisorios.

Si bien las sociedades cooperativas cuentan con una estructura organizacional definida por el marco legal vigente que favorece la participación de los socios en la toma de decisiones, lo cierto es que la práctica obedece más a un modelo vertical de dirección no compatible con la ideología de este tipo de organizaciones. Tal es el caso de Panamedica cuya estructura responde a lo establecido en la ley, pero que carece de un modelo de gestión verdaderamente participativo.

De los problemas mencionados anteriormente, más la consideración de la forma en que se lleva a cabo la dirección en organizaciones como Panamedica, se desprende la necesidad de estandarizar los procesos sustantivos y de apoyo. Ello para lograr el adecuado funcionamiento de todos los servicios, con el propósito explícito de garantizar un alto nivel de calidad y seguridad en la atención que se brinda a la comunidad, y siempre con la idea de fomentar la toma colectiva y responsable de decisiones.

Para este fin se propone como punto de partida el diseño y la implementación de un modelo de gestión por procesos. El análisis que este trabajo requiere sólo puede ser útil si se lleva a cabo o se valida por las personas involucradas en la realización de las tareas. El detalle de los resultados que se espera obtener en cada uno de los procesos identificados, así como las mediciones que es necesario

realizar para identificar qué tanto se cumplen, permite avanzar en el mejoramiento de la calidad y la seguridad de la atención. Por último, el uso de los datos para fundamentar las decisiones contribuye a la consolidación de una estructura horizontal en la organización.

En síntesis, el problema que se aborda en este trabajo es la necesidad de estandarizar los procesos sustantivos y de apoyo en la Sociedad Cooperativa Panamedica, S.C. de R.L. de C.V., a través del diseño de un modelo de gestión por procesos y la propuesta de un plan para implementarlo.

V. OBJETIVOS

Objetivo general

1. Diseñar un modelo de gestión por procesos para la Cooperativa de Salud Panamedica

Objetivos específicos

1. Identificar y clasificar los principales procesos de la Cooperativa.
2. Analizar y documentar los procesos identificados.
3. Integrar el modelo de gestión por procesos que será aplicado en la cooperativa de salud
4. Elaborar un plan para la implementación del modelo.

VI. MÉTODO

Tipo de estudio

Según Barrio, et al,²⁵ un estudio de caso “es un método de investigación que implica un proceso de indagación caracterizado por el examen sistemático y en profundidad de casos de entidades sociales o entidades educativas únicas.” La finalidad de un estudio de caso es “conocer cómo funcionan todas las partes de un caso para crear una hipótesis, atreviéndose a alcanzar niveles explicativos de supuestas relaciones causales encontradas en ellas en un contexto natural concreto y dentro de un proceso dado.” De los tres tipos de estudio de caso que identifica Stake (intrínseco, instrumental y colectivo), el instrumental, “pretende obtener una mayor claridad sobre un tema o aspecto teórico.” En estos estudios “el caso es el instrumento” para conseguir otros fines indagatorios.

Este trabajo se elaboró con el método del estudio de caso de tipo instrumental. Su objetivo se centra en la descripción de una serie de acciones para implementar un enfoque de gestión por procesos en una cooperativa de salud. Más que perseguir fines exclusivamente de investigación, el supuesto básico es que la gestión por procesos permitirá un mejor desempeño de la organización.

Además, el trabajo se llevó a cabo con el enfoque de investigación – acción – participativa, que reconoce la posibilidad de que el equipo de investigación desempeñe un papel activo en la organización objeto del estudio, así como en los procesos de cambio que en ella se impulsan²⁶ Son dos ámbitos en los que se pretende aplicar este enfoque; el primero, limitado a los integrantes de la Cooperativa; el segundo, más amplio y no comprendido en este trabajo, cuando se socialice el modelo con los habitantes de la comunidad.

Entorno y ubicación de Panamedica

Panamedica se localiza en la Unidad Habitacional Villa Panamericana, dentro de la Delegación Coyoacán, al sur del Distrito Federal.

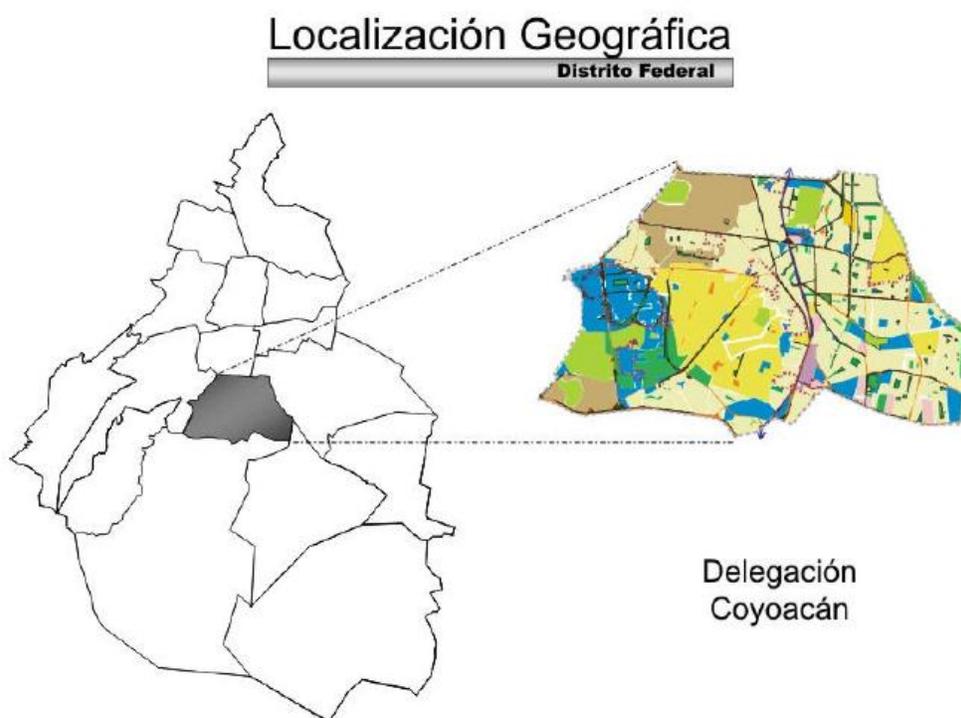


Figura 1 Localización Geográfica de Coyoacán
Fuente: Brevario de Coyoacan 2000.

La delegación Coyoacán tiene una extensión de 53 Km², representa el 3.5 por ciento del área total del Distrito Federal y ocupa el 10° lugar de las delegaciones en cuanto a su superficie territorial.

Los límites geográficos de esta demarcación son fijados por los decretos de 1899 y 1970, los cuales mencionan que limita al Norte con las delegaciones Álvaro Obregón, Benito Juárez e Iztapalapa; al Este con las delegaciones Iztapalapa y Xochimilco; al Sur con la delegación Tlalpan y al Oeste con la delegación Álvaro Obregón.

El crecimiento poblacional observado en la Demarcación ha sido uno de los más dinámicos y concentradores, originando un alto índice de densidad, el cual pasa de 5,734 en 1970 a 12,083 en el 2000, representando una densidad de más del doble con respecto a la del Distrito Federal. Coyoacán está formada por 4,238 manzanas, distribuidas en 123 colonias, siendo las más importantes: Ajusco, Avante, Campestre Churubusco, Carmen Serdán, Educación, Coyoacán, Del Carmen, Barrio de la Concepción, Ejido de San Francisco Culhuacán, Pedregal de Santo Domingo y Santa Úrsula Coapa.²⁷

De acuerdo al Censo 2010 del INEGI, la delegación Coyoacán cuenta con 620,416 habitantes de los cuales 411, 833 cuentan con un tipo de derechohabencia²⁸. Esto es poco más del 60% de la población tiene algún tipo de este derecho. Del total de la población 292,491 son hombres y 327,925 son mujeres es decir, 46% de esta población son hombres y 54 % mujeres.²⁸

De acuerdo al INEGI 2010 Coyoacán cuenta con 173,741 hogares con un promedio de 3.4 habitantes por hogar. 56,456 hogares tiene jefatura femenina.²⁸

Según datos del INEGI en el año 2009 se reportaron 9463 nacimientos y 2830 defunciones. 2830 fueron matrimonios.

El uso de suelo es básicamente habitacional de áreas verdes y espacios, mientras que los centros de trabajo a nivel industrial, comercios y oficinas prácticamente son inexistentes.

En educación cuenta con servicios públicos de nivel superior por la UNAM, UAM Xochimilco y ESIME Culhuacán del IPN. Cuenta con espacios públicos con 9 bibliotecas, 3 casas de cultura, 11 museos y 17 teatros.

En materia de recreación y deporte, cuenta con el Parque Ecológico de los Coyotes, el Ecológico de Huayamilpas y los Viveros de Coyoacán; con las instalaciones olímpicas, el Deportivo Jesús Flores, el Banrural, el de la Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos y el Deportivo Francisco J. Mujica, entre otros; además, del Club Campestre de la Ciudad de México y el Estadio Azteca.²⁷

“Con respecto al subsistema de salud, Coyoacán cuenta con cuatro clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social; cuatro clínicas del Instituto de Seguridad Social y de Servicios para los Trabajadores del Estado; el Instituto Nacional de Pediatría y once (establecimientos) de la Secretaria de Salud.”²⁷

Entre las unidades más cercanas a la colonia en que se asienta Panamedica están el Centro de Salud Santa Úrsula Coapa, La Fundación Shriners (hospital para atención a niños con quemaduras), el Instituto Nacional de Pediatría Hospital SEGNA (hospital privado que atiende a mujeres)²⁷

Estructura de la organización

Desde su fundación la cooperativa está integrada de la siguiente forma:

- 10 socios (entre ellos cuatro médicos, dos dentistas, dos psicólogos, un optometrista y una licenciada en educación especial)
- 22 colaboradores de diferentes especialidades del área de salud y afines como: (nutrición, órtesis y prótesis, químicos farmacéuticos, especialistas de la rama de la salud bucal, especialistas de la rama de medicina, terapistas físicos, técnicos administrativos y del área contable) Estas personas se encuentran en proceso a ser socios.

La cooperativa está estructurada por una Asamblea General como máximo órgano de gobierno. Está integrada por los socios de la organización y su función es tomar decisiones de manera democrática. La Asamblea General se celebra una vez al año.

Cuenta con un Consejo de Administración encargado de convocar a asamblea y de realizar las funciones y actividades que dicte la Asamblea General. A su vez tiene como objetivo vincularse con otras organizaciones afines al objeto social de la cooperativa. Éste se encuentra conformado por un presidente, un tesorero y un vocal.

Otro órgano de gobierno es el Consejo de Vigilancia. Este tiene actividades específicamente de supervisión y arbitraje en caso de existir problemas internos de la organización. Conformado por un presidente, un vicepresidente y un vocal.

Cuenta con un área clínica con los servicios de medicina, estomatología, psicología, nutrición, optometría, talleres y terapias de aprendizaje. La conforman socios y colaboradores de las diferentes ramas de la salud.

Se formaron las comisiones de Comunidad Saludable, Educación, Productos para la Salud y Comisión de Prevención y Asistencia Clínica. La Comisión de Educación, constituida de manera obligatoria por la Ley General de Sociedades Cooperativas, se encarga de fomentar los valores y principios cooperativistas. Además se sugirió incorporar entre sus actividades la educación en salud para socios, colaboradores y usuarios.

La Comisión de Productos para la Salud busca complementar los servicios de atención clínica ofreciendo a los usuarios productos de calidad como medicamentos, laboratorios clínicos, anteojos, lentes de contacto y artículos para la higiene personal. Con ello se pretende facilitar el acceso a este tipo de productos y contribuir a resolver algunas necesidades de la población.

Un área que se conformó para dar soporte al Consejo de Administración es la de Recursos Humanos. Esta se encarga de reclutar, seleccionar y presentar la organización a los aspirantes e interesados en colaborar en la cooperativa.

A su vez cuenta con un área de Recursos Materiales y otra de Recursos Financieros. La primera tiene por objeto garantizar los insumos y materiales que la cooperativa necesita, mientras que la segunda ofrece en términos fiscales y contables los recursos disponibles para cada ejercicio correspondiente.

El área de Recursos Administrativos se propuso para de diseñar planes de trabajo de la organización. Finalmente, el área de mercadotecnia fomenta estrategias para difusión de la cooperativa y de temas de salud entre los usuarios y en general en la comunidad. (Véase figura 2)

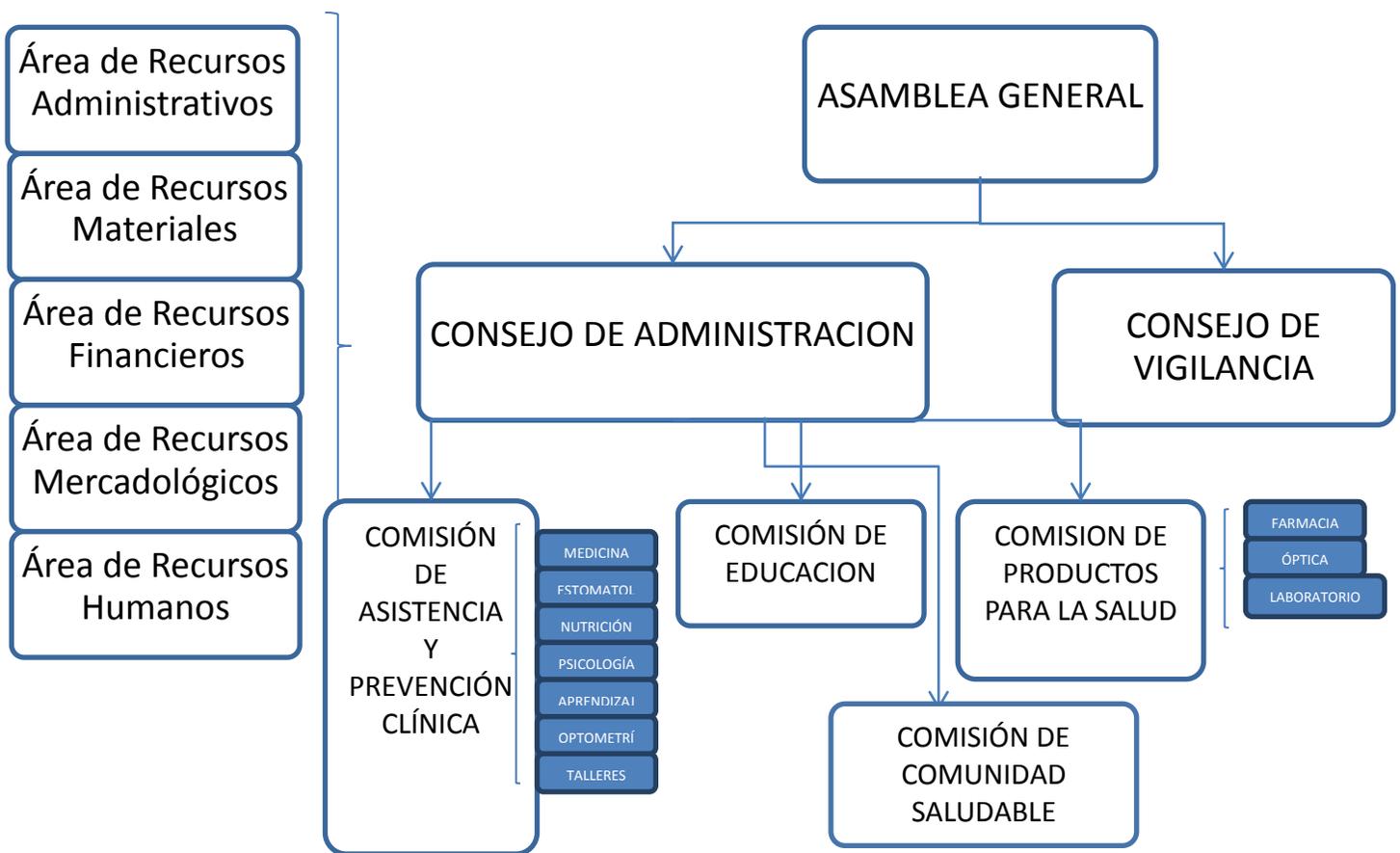


Figura 2. Estructura Organizacional de Panamedica

Límites

En las actividades para el diseño del modelo de gestión por procesos de Panamedica han participado los 10 socios y 22 colaboradores de la cooperativa. El trabajo inicio en julio de 2010 y se prevé su conclusión para diciembre de 2013.

Actividades realizadas

Las actividades desarrolladas para el diseño del modelo de gestión por procesos para Panamedica reportadas en este trabajo se dividen en cuatro fases: 1) aprobación por la Asamblea, 2) identificación, 3) clasificación y análisis, y 4) desarrollo del sistema de monitorización y evaluación. A continuación se describen las principales actividades para cada una de estas fases.

Fase 1: Aprobación por la Asamblea

En abril del 2010 se consensuó en la asamblea sistematizar los procesos en los servicios de salud de la cooperativa. Por ello se propuso el diseño de un modelo de gestión basado en la identificación, análisis y mejora de sus procesos.

Fase 2: Identificación de procesos

En esta etapa el objetivo fue identificar las actividades en las que interviene cada integrante.

La primera actividad que se realizó fue el desarrollo de una sesión introductoria que tuvo el objetivo de informar a los socios y colaboradores sobre los conceptos e instrumentos básicos para la identificación de los procesos. Los temas que se abordaron en dicha sesión fueron (ver ficha descriptiva de taller en anexo 1):

- a) Modelo de gestión por procesos en la cooperativa de Salud
- b) Marco conceptual de los procesos.
- c) La importancia de los procesos dentro de una organización como base estructural.
- d) Las características que componen un proceso
- e) Herramientas para la identificación y análisis de procesos

Una vez concluido el taller se integraron equipos por áreas de servicio. Cuando los equipos estuvieron integrados, se procedió a la identificación de los procesos de la siguiente manera:

- a. La tarea consistió en describir las actividades en las que los integrantes participaban a través de lluvia de ideas (*brainstorm.*)
- b. Seguido de esto se elaboró un cuadro por cada área con la identificación de los principales procesos que intervienen en sus labores diarias. Estos cuadros

contienen el nombre del proceso, identificando sus entradas y salidas. (Véase en anexo 2 los cuadros de identificación de procesos.)

Fase 3: Identificación, clasificación y análisis de principales procesos de la cooperativa.

En esta fase se llevaron a cabo sesiones semanales con horarios y tiempos definidos con duración aproximada de dos horas. Estas sesiones fueron conducidas de manera conjunta por una experta en mercadotecnia y el autor de este trabajo. En ellas participaban los coordinadores de las áreas de servicio y un profesional prestador de servicio por cada área.

Se elaboró una agenda para la programación de las reuniones. Los acuerdos y los nombres de los integrantes que acudían a las reuniones se registraron en minutas resguardadas en una carpeta que se conserva en el archivo de la organización.

Una vez identificados los procesos se procedió a diseñar los diagramas de flujo. Esta herramienta de apoyo sirvió para tener una visión de cuáles son las actividades que constituyen cada proceso.

Para el análisis y la formalización de los procesos se utilizó el método conocido como “PEPSC” (Proveedores, Entradas, Procesos, Salidas y Clientes²⁹). En éste se describe de manera general las especificaciones de calidad y se define a los responsables involucrados. (Véase en anexo 3)

Al final de esta fase se elaboró el modelo gráfico de los principales procesos de la Cooperativa Panamedica (Véase figura 3).

Fase 4: Desarrollo del sistema de monitorización y evaluación

Si bien el autor de este trabajo continúa siendo socio de la Cooperativa, en marzo de 2011, por razones laborales, se vio en la necesidad de alejarse de las actividades cotidianas de la clínica. Esta situación determinó que el sistema de monitorización y evaluación se enfocara inicialmente en las áreas de medicina y dental y fuera elaborado únicamente por él, con el apoyo de su comité de PTP. El sistema de monitorización y evaluación para las áreas de psicología, óptica y optometría se realizará posteriormente y formará parte del plan para la implementación del modelo de gestión por procesos.

En ésta fase se realizó un ejercicio de asignación de prioridades para los procesos de medicina y dental en función de las salidas que se identificó para cada uno de ellos. Para los procesos priorizados se diseñó y describió una serie inicial de indicadores. Esta actividad se basó en un formato en el que se debe registrar la siguiente información: una clave y número del indicador previamente designado, seguido de la descripción de la situación que motivó la selección del proceso y del indicador en cuestión. Se escribe también el nombre del indicador, su objetivo y la fórmula con que será calculado. También se definen los términos de la fórmula y

se propone un estándar identificando el origen tanto del indicador como del estándar.

Se pone especial atención en la descripción de la muestra. Para la determinación de los tamaños de muestra, en los casos en que procedía, se tomaron como base los datos de la productividad de la clínica durante 2011 y se utilizó la tabla "Mil-Std 105."^{30,31} (Véase en el anexo ocho)

En el formato también se describen las fuentes de datos, la forma que se presentarán los resultados, y el procedimiento para realizar la medición correspondiente. Para algunos indicadores se proponen las cédulas de registro y los instrumentos necesarios para su aplicación.

VII. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

De tipo social

Actualmente la sociedad cooperativa atiende entre 50 a 60 consultas diarias en general. Muchos de los usuarios reconocen el servicio como parte de la comunidad. Sin embargo, aún existe gente que desconoce el proyecto.

Ante esto, parte de las actividades de educación de acuerdo a la Ley General de Sociedades Cooperativas es la realización de cursos de introducción en cooperativismo con la finalidad de sensibilizar y comprender el modelo por el cual se rigen las cooperativas.

El modelo mutual que se desea implementar en la organización, confirmará el principio de la participación de la comunidad y de los actuales profesionales que participan en él.

De índole técnica

Se ha planteado la necesidad de aplicar y mejorar el modelo de gestión a través de un responsable en calidad con la finalidad de medir, analizar, informar, y controlar todos los elementos descritos en la propuesta de intervención. Con ello se disminuirán las cargas de trabajo relacionadas con la implantación del modelo para los socios y colaboradores de la organización.

De tipo administrativo

En la pasada asamblea se aprobó el proyecto para su desarrollo. Además el Consejo de Administración y Consejo de Vigilancia estarán a cargo del seguimiento de la propuesta de intervención.

De tipo Financiero

Se ha observado que las prácticas inadecuadas en los servicios generan un costo representando un problema para la organización. Sin embargo, la presente propuesta requiere del pago de honorarios a un profesional que se encargue de ejecutar las tareas centrales del plan de implementación.

En vista de que se estima que el monto del costo que representa la comisión de errores puede ser al menos de entre \$10,000 y \$12,000, se prevé que, una vez implementado el modelo, se generarían ahorros con los cuales se podrían cubrir los honorarios del profesional contratado como responsable de calidad.

De tipo político y legal

El interés de los actuales socios por desarrollar el plan del modelo de gestión es prioritario para dar inicio a la etapa de afiliación del proyecto mutualista. Desde el punto de vista legal, no existen impedimentos para que las organizaciones de salud echen a andar procesos de mejora orientados a elevar la calidad y garantizar la seguridad de los pacientes. Por el contrario cada vez son más los incentivos para que esto ocurra.

VIII. Resultados

En este apartado se describen los principales avances en relación con el diseño del modelo de gestión por procesos para la Cooperativa de Salud Panamedica, así como la propuesta del plan para su implementación. Se hace referencia a “avances” debido a que se prevé contar con una versión más completa del modelo en un plazo de cuatro meses a partir del inicio de las actividades.

Diseño del modelo de gestión por procesos

Se identificaron de inicio 24 procesos clave; cinco para el área de medicina, cuatro para psicología, cuatro para óptica y optometría, cinco para dental y seis de soporte. Para cada uno de ellos se describieron las principales entradas y salidas y se elaboró un diagrama de flujo, con lo que se cuenta con un total de 24 herramientas visuales que serán una de las bases para la implementación del modelo.

Se asignó una clave a cada uno de los procesos identificados. La clave se compone de las primeras letras del servicio al que corresponde el proceso, más un número arábigo consecutivo que representa el orden en el que dicho proceso fue identificado. Por ejemplo, el proceso MED1 es el código del proceso de atención médica “Consulta de primera vez”. Los procesos identificados con las letras DENT y SOP corresponden, respectivamente, a procesos de las áreas “Dental” y “Soporte” La lista de los procesos identificados se muestra en el cuadro 2.

Área de Servicio	Nombre del proceso Identificado
Psicología	Entrevista de Primera vez
Psicología	Consulta Subsecuente
Psicología	Realización y Preparación de Taller
Psicología	Desarrollo de Taller
Medicina	Consulta primera vez
Medicina	Consulta Subsecuente
Medicina	Consulta para expedición de certificados escolares
Medicina	Consulta a domicilio
Medicina	Consulta de urgencias
Soporte	Bienvenida e información inicial de los servicios a usuarios
Soporte	Verificación de condiciones de área de trabajo
Soporte	Gestión de Insumos: Adquisición /Registro
Soporte	Mantenimiento de Instalaciones
Soporte	Lavado y esterilizado de materiales y equipo
Soporte	Despedida y Cobranza de los Servicios
Dental	Consulta de Revisión
Dental	Consulta de primera vez
Dental	Consulta Subsecuente
Dental	Consulta de Emergencia
Dental	Envío de trabajo a laboratorio Dental
Óptica y Optometría	Atención a Usuarios (venta al mostrador)
Óptica y Optometría	Cobranza de productos optométricos
Óptica y Optometría	Envíos de trabajos a laboratorio
Óptica y Optometría	Control de existencias e insumos ópticos

Cuadro2. Identificación de Procesos Clave de la Cooperativa de Salud

A partir de la lista anterior se elaboró el modelo gráfico de los principales procesos de atención y de soporte administrativo (ver figura 3)

Procesos de la Cooperativa de Salud Panamedica

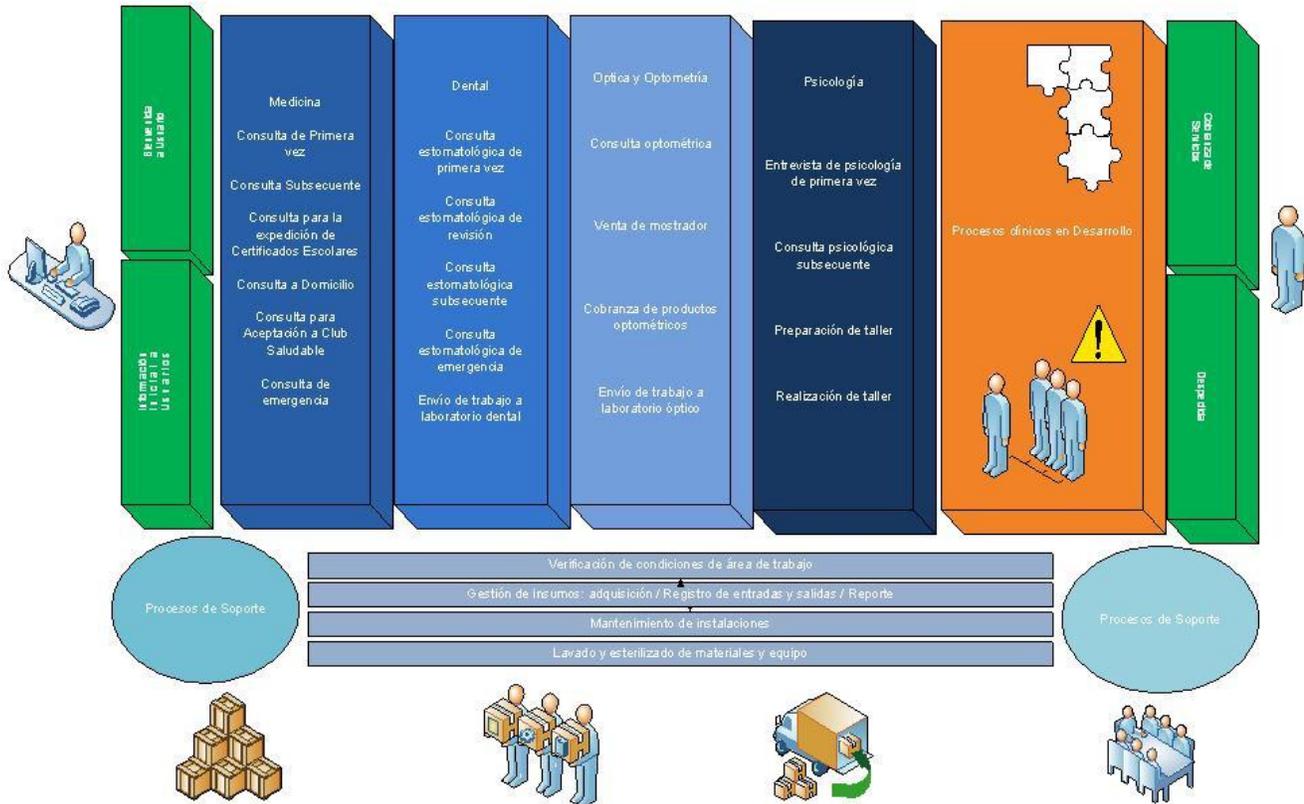


Figura 3. Modelo Gráfico de la Cooperativa de Salud Panamedica

Para facilitar el análisis formal de los procesos se identificó, para cada uno de ellos, el responsable y tanto sus entradas como sus salidas. Este ejercicio permitió integrar las tablas PEPSC (ver página 21 en este documento) en las que se integra información sobre los proveedores, las entradas que aportan, las actividades del proceso y sus correspondientes salidas. Tanto para las entradas como para las salidas se describen además sus respectivas especificaciones. De este modo cada proceso cuenta con su propia tabla. Un ejemplo se muestra en la figura 4.

Área: Medicina Clave del Proceso: MED4
 Nombre del Proceso: Consulta a domicilio
 Responsable del Proceso: Recepcionista

PROVEEDORES	ENTRADAS (ESPECIFICACIONES)	PROCESOS (ACTIVIDADES)	SALIDAS (ESPECIFICACIONES)	CLIENTES
Profesional de salud	Llamada sin contestar Datos del paciente que solicita la atención Calmar a usuario sobre su necesidad Disponibilidad de Médico Localización de domicilio y calculo de tiempo de llegada Devolución de llamada del domicilio Conseguir transporte Verificar Maletin Básico Confirmar llegada a domicilio a Panamedica Conocer si el problema de salud se puede resolver. Realizar los procedimientos necesarios de consulta -Entrega de receta en caso de no referir -Realización de Despedida -Cobro de la consulta domiciliaria		Llamada contestada Obtención de los datos del paciente que solicita la atención Haber generado tranquilidad al usuario para resolverle su necesidad Haber localizado al médico y acompañante. Realizado la llamada al domicilio de la consulta Transporte conseguido Encontrado el material básico dentro del maletín Realización llamada de llegada a domicilio de consulta a Panamedica Identificado si el problema se puede resolver y/o canalizar a otra institución Haber entregado la receta con todos los datos según la norma y dar explicación verbal Haber realizado despedida, junto con recordatorios de la receta Realizado el cobro por el concepto de la consulta a domicilio	Usuario

Figura 4. Ejemplo de Tabla PEPSC. Área de Medicina

Del análisis de las salidas de los procesos se identificaron 74 indicadores, de los cuales 23 corresponden al área de soporte, 23 a dental, 21 a medicina y siete son genéricos. Estos últimos, aplicables a diversos procesos tanto del área de medicina como de dental. De los indicadores propuestos se hizo una primera selección de 40 de ellos con base en una consideración inicial en torno de su importancia. Las listas de los 74 indicadores, organizados por área, puede ser consultada en el anexo cuatro. En estas listas los indicadores seleccionados se identifican mediante el sombreado de las celdas.

Con el fin de contar con un número manejable de indicadores para la implementación del modelo, se elaboró una matriz de selección en la que se tomaron en cuenta los criterios de pronóstico, idoneidad del personal, impacto y posibilidad de mejora. La definición de cada uno se presenta en el cuadro tres. En el anexo cinco se presenta la matriz resultante.

Definición de Criterios Para Selección de Indicadores	
Concepto	Descripción Técnica
<i>Pronóstico</i>	Se refiere al resultado que se supone se observará a la aplicación de la fórmula del indicador
<i>Idoneidad del personal</i>	Se refiere a la aptitud del personal para desarrollar las actividades
<i>Impacto</i>	Se refiere al riesgo de afectar la salud del usuario y la imagen que éste tiene
<i>Posibilidad de Mejora</i>	Se refiere a la presencia de condiciones que permitan suponer que las acciones de mejora podrán emprenderse con cierta facilidad

Cuadro 3. Criterios para Selección de Indicadores

Como resultado de esta tarea se seleccionaron 15 indicadores, los cuales fueron desarrollados para iniciar con ellos la implementación del modelo. De estos 15 indicadores siete son de medicina, dos de dental, tres de soporte y tres genéricos. En el cuadro cuatro se muestra la lista correspondiente, y en el anexo seis se presenta el desarrollo de los 15 indicadores.

NUMERO	Clave y Numero	Nombre del Indicador	Total
1	SOP5 5.1	Porcentaje de casos en que se encuentra material sucio sin justificación	19
2	SOP5 5.2	Porcentaje de ocasiones en las que se encuentra material oxidado por esterilización con calor seco	19
3	GEN6 6.3	Porcentaje de efectividad de los tratamientos por médico	19
4	SOP3 3.1	Porcentaje de pedidos recibidos en tiempo y forma	18
5	MED4 4.4	Porcentaje de consultas domiciliarias sin reporte de material e insumos utilizados	18
6	GEN6 6.2	Porcentaje de usuarios que solicitan atención después de su consulta de primera vez	18
7	DENT5 5.1	Porcentaje de Toma correcta de impresión anatómica	18
8	GEN6 6.7	Porcentaje de usuarios que repiten la explicación proporcionada por el médico	18
9	MED 4 4.1	Porcentaje de consultas domiciliarias otorgadas 30 minutos o más después de su solicitud	17
10	MED 4 4.2	Porcentaje de solicitudes de consulta domiciliaria no atendida	17
11	MED5 5.2	Porcentaje de casos de emergencia que se pueden atender en el servicio de medicina	17
12	MED5 5.4	Porcentaje de usuarios referidos a los que se le dio seguimiento	17
13	MED1 1.5	Porcentaje de menores atendidos con enfermedad diarreica aguda en los que se aplicó el plan de tratamiento correcto	17
14	MED1 1.6	Porcentaje de usuarios atendidos con Diabetes Mellitus a los que se aplicó el plan de tratamiento correcto	17
15	DENT3 3.3	Porcentaje de notas de evolución no realizadas	17

Cuadro 4. Indicadores Seleccionados para Desarrollar.

Es importante mencionar que en la fase de implementación se continuará con este trabajo en las áreas de psicología, farmacia, laboratorio, óptica y optometría.

Plan de implementación del modelo de gestión por procesos

Finalmente el desarrollo del Plan para implementación del modelo de gestión basado en procesos considera las seis fases que se describen a continuación:

Fase 1. Introducción y Sensibilización

Está conformada por cinco actividades distribuidas en los primeros dos meses de trabajo. a) Se convocará a asamblea para su presentación y nombramiento de un equipo, integrado por actores clave dentro de la organización, que le dé el seguimiento al plan. b) Se reclutará y se seleccionará a una persona que cumpla con el perfil de responsable de calidad, quien se encargará de realizar todas las actividades de evaluación y supervisión. c) Seguido de esto se diseñará y se desarrollará un taller de sensibilización sobre la importancia de los indicadores propuestos. Destacando la seguridad del paciente y la percepción que tiene el usuario con respecto a la organización.

Fase 2. Prueba piloto de indicadores iniciales

Para el tercer y cuarto mes de trabajo se realizará la aplicación de la prueba piloto, posterior a esto se analizará los resultados obtenidos de la prueba piloto, y como última actividad se harán los ajustes y mejoras a los instrumentos de medición.

Fase 3. Diseño de Indicadores en áreas pendientes.

Al igual que la fase dos, ésta comenzará durante el tercer mes del cronograma. Se efectuarán los mismos pasos que se siguieron para el desarrollo de los indicadores de las áreas de medicina y dental, pero en esta ocasión se trabajará en las áreas pendientes.

Fase 4. Medición Inicial

Su inicio será en el quinto mes de trabajo. Una vez aprobados los instrumentos, se aplicarán y comenzarán a procesar los resultados obtenidos. Posteriormente se presentarán tanto a los equipos de trabajo, como a la gerencia y a los Consejos de Administración y Vigilancia. Como principal resultado de esta actividad se seleccionarán los procesos a mejorar.

Fase 5. Mejora

En esta fase se integrarán los equipos para la mejora de los procesos identificados, donde incluye la identificación y análisis de las causas, formulación de proyectos de mejora, ejecución de proyectos de mejora y evaluación de resultados.

A partir del análisis de los resultados obtenidos en la fase anterior se propondrá la mejora de los procesos con herramientas como las siguientes:

- **Lluvia de ideas.** Donde identificarán las actividades críticas de aquellos procesos que en la fase anterior hayan mostrado problemas en su desempeño
- **Desarrollo de criterios para la asignación de prioridades.** En esta actividad se buscará detallar cuáles serán los criterios a tomar en cuenta para calificar las actividades críticas.
- **Matriz de Selección.** Ésta es una herramienta que ayudará a tomar la decisión de mejorar la actividad crítica que más desventajas obtuvo.
- **Diagrama de afinidad.** Es una forma de organización información reunida como hechos u opiniones sobre áreas que se encuentran en desorden.
- **Carta de especificación de Proceso.** Una vez identificado los procesos se hará una descripción a detalle de las salidas.
- **Cinco porqués.** Se refiere a una técnica sistemática de preguntas, utilizada durante la fase de análisis de problemas para buscar posibles causas principales de un problema.
- **Diagrama de Causa y efecto.** Es la representación de varios elementos (causas) de un sistema que pueden contribuir a un problema. Es una herramienta efectiva para estudiar procesos y situaciones, y para desarrollar un plan de recolección de datos
- **Propuesta de Mejora.** Se refiere a la necesidad de mejorar el nivel de calidad con que ciertos productos y servicios son entregados a los usuarios.

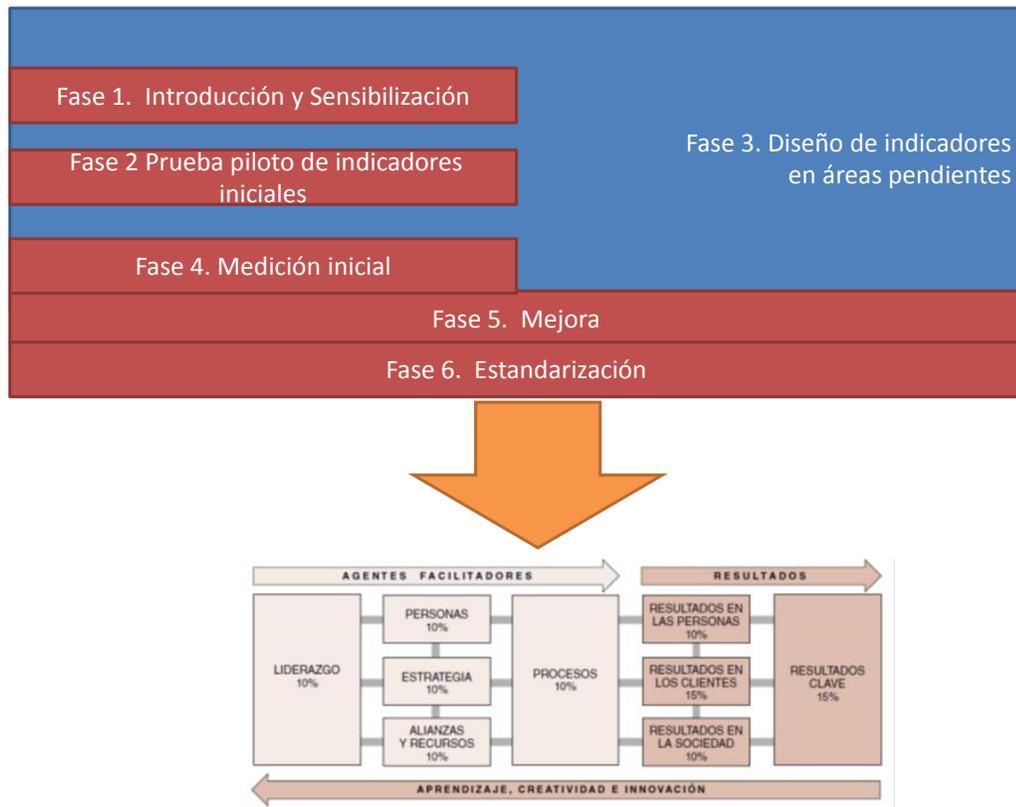
Además de las herramientas de calidad descritas anteriormente existen otras que pueden utilizarse para esta fase.

Fase 6. Estandarización

En esta fase se elaborarán los materiales e instrumentos para la supervisión y el control de las actividades, además de que se programará y ejecutará la capacitación necesaria.

Se prevé el diseño de una fase para desarrollo e implementación de un modelo de dirección por calidad que se fundamente en la experiencia obtenida al mejorar los procesos en las áreas de servicio

Figura 3. Esquema del Plan de Implementación del Modelo de gestión por procesos en la Cooperativa de Salud



El modelo de mejora EFQM (European Foundation For Quality Management) está caracterizado por 9 criterios dividido en dos grandes grupos: 1) *Agentes Facilitadores* conformado por los siguientes criterios: a) liderazgo, b) estrategia, c) personas de la organización, d) alianza/recursos y e) procesos. Estos son la base para alcanzar los resultados. 2) El segundo grupo del modelo es el de *Resultados* conformado por cuatro criterios: a) Resultados en las personas, b) Resultados en los clientes, c) Resultados en la sociedad, d) Resultados clave. Estos deberán de retroalimentar el proceso de innovación y aprendizaje de manera permanente. Porcentualmente cada grupo tiene el mismo peso con respecto a la mejora de la calidad en un 50%.

A diferencia de otros modelos como ISO-9000, Malcolm Baldrige, el Modelo Nacional para la Competitividad, se tomó en cuenta un modelo como el EFQM. Los criterios que se utilizaron para definir este modelo a seguir fueron los siguientes: La sencillez con el que el modelo se puede aplicar a una organización como Panamedica. Y un modelo para evaluar (en este caso el REDER) que facilita la ponderación de cada criterio.

IX. CONCLUSIONES

En términos generales, se reconoce el valor de la gestión por procesos en todo tipo de organizaciones. No obstante, hay quienes identifican algunas dificultades para el caso de organizaciones de salud. Por ejemplo, Toledo¹⁷ sostiene que una desventaja importante es la gran gama de procedimientos y actos médicos que por su formación, puedan manejarse de distinta manera haciendo difícil su estandarización. Sin embargo, para una unidad de atención en primer nivel, como el caso de Panamedica, el número de procesos y enfoques de atención puede ser más manejable que los que se llevan a cabo en una unidad hospitalaria. Por otro lado, la estructura y la cultura de organizaciones cooperativistas y mutuales pueden facilitar el análisis colectivo de las tareas y la participación en la toma de decisiones para su mejora.

La construcción de un modelo de gestión por procesos para la Cooperativa de Salud Panamedica, ha potencializado la participación de los socios y colaboradores en equipos de trabajo para la identificación y clasificación de los principales procesos. Con ello se logró compartir una visión ordenada de la organización y se sentaron las bases para la delimitación de responsabilidades para su consecución.

La elaboración de los diagramas de flujo y matrices PEPSC para los procesos identificados ha favorecido la sensibilización de socios y colaboradores hacia la sistematización del trabajo. Además facilitó la identificación de las debilidades y fortalezas de la organización que se manifiestan en su ejercicio diario. También permitió confirmar que el esfuerzo para superar las primeras y aprovechar mejor las segundas debe ser resultado de una labor de conjunto, sobre todo en establecimientos con una estructura como la de las sociedades cooperativas.

El desarrollo de los indicadores para las salidas de los procesos evidenció la necesidad de evaluar con objetividad la capacidad de respuesta de la organización a las necesidades y demandas de la comunidad. Con ello se dispondrá de información de gran valor para la toma de decisiones estratégicas y operativas que redundarán en un mejor desempeño.

El modelo de gestión por procesos de la Cooperativa consta de tres elementos principales: a) la representación gráfica de los principales procesos y sus interacciones; b) la descripción detallada de los procesos mediante los diagramas de flujo y las tablas PEPSC, y c) las fichas técnicas de los indicadores de las principales salidas de los procesos. A pesar de no estar terminado, el avance que se presenta en este documento ya ofrece una perspectiva integral de trabajo de la organización para el beneficio de la comunidad. El modelo se verá enriquecido conforme se vayan integrando el análisis de los procesos y los indicadores de los servicios que no fueron incluidos en esta fase. Por último, se prevé su revisión y modificación continuas a partir de las propuestas y decisiones de mejora que se vayan implementando.

Con todo lo mencionado se puede decir que el modelo comienza a cubrir la necesidad de formalizar y estructurar de manera ordenada las actividades de la Cooperativa. En este sentido se busca que su implementación favorezca el avance hacia la garantía de la seguridad en la atención a los usuarios, independientemente de quien pueda ser el responsable.

Esta experiencia puede servir para otras organizaciones de tipo social o afines que buscan diseñar un modelo para gestionar sus actividades. La viabilidad con que podría implementarse un modelo como el propuesto en este trabajo en entidades cooperativas está en función del diseño horizontal de su estructura, en comparación con el carácter vertical o departamental de otro tipo de organizaciones.

X. RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA INTERVENCIÓN

Los productos elaborados por los miembros de la organización al participar en las actividades de identificación, clasificación y análisis de los procesos, son evidencia del trabajo realizado en el contexto de este proyecto. No obstante, se detectó la necesidad de una documentación más detallada del esfuerzo realizado. Por eso es importante contar con bitácoras, minutas de reuniones y registros de asistencias y avances en función de cronogramas previamente acordados por los equipos de trabajo.

El proceso de desarrollo del modelo de gestión de Panamedica tuvo ciertos altibajos esto es, por no respetar los acuerdos y convenios que en las reuniones se acordaban. Se propone formalizar los documentos descritos anteriormente con responsables con el fin de ir favoreciendo y enriqueciendo el desarrollo del proyecto.

Durante la sesión introductoria para la identificación de los procesos se hizo la sensibilización a los miembros de la organización sobre la importancia de asumir el trabajo desde el enfoque de los procesos. Sin embargo, la comprensión cabal de este enfoque no resulta fácil dada la formación de los profesionales en la que prevalece una perspectiva departamentalizada y fragmentada del trabajo. Es recomendable contemplar el continuo reforzamiento del enfoque en todo el proceso de implementación y aún después, dada la posibilidad de incorporación de nuevos elementos a la organización.

La participación en las sesiones de análisis competía con el tiempo que los profesionales debían dedicar a proporcionar atención a los usuarios de la clínica, lo cual repercutía en sus ingresos. Por esta razón, llegó a ocurrir en varias ocasiones que las sesiones se retrasaran o incluso fueran canceladas. Ante esto se propone buscar mecanismos de financiamiento que retribuyan a los profesionales el tiempo que dedican al desarrollo del modelo. Uno de estos mecanismos puede ser el aprovechamiento del fondo para educación que por ley debe constituirse en toda sociedad cooperativa.

Quizá más grave fue la ocasional cancelación de los servicios, con el consecuente deterioro de la imagen de la organización entre los usuarios afectados. Esta situación se mitigó programando sesiones en fines de semana. No obstante, esto implica necesariamente un tiempo considerablemente mayor para las tareas de análisis e implementación, lo cual deberá ser tomado en cuenta al momento de programar las actividades.

Si bien Panamedica cuenta con un área de educación en cooperativismo y salud, es importante incluir la profesionalización y educación continua en funciones administrativas que pueda facilitar un desarrollo sin contratiempos por la falta de pericia.

XI ANEXOS

Anexo 1.

Taller “Identificación y Mejora de la calidad de los servicios en la Cooperativa de Salud Panamedica basado en un modelo de gestión por procesos”

Diseñaron:	Iván Uriel Velázquez Juárez
Fechas:	15 de Julio 2010 a 15 Agosto 2010
Sede:	Cooperativa de salud Panamedica
Duración:	5 días.
Dirigido a:	Socios de la Cooperativa Panamedica

Presentación

El modelo de gestión por procesos es un modelo que ha venido a plantear una visión diferente con respecto a las necesidades de la organización y la satisfacción a su cliente. Según Thrischler considera que un enfoque basado en los procesos hace que todos aquellos que estén involucrados en un proceso tengan un objetivo... Ante esto es importante resaltar que la participación de los actores dentro de una organización sea de manera equitativa y justa.

El enfoque basado en procesos ha mostrado a las empresas cómo integrar tareas separadas desde el punto de vista funcional para convertirlas en procesos de trabajo unificados y horizontales

Otro concepto con similares característica es el que se propone en el modelo ISO 9000: 2000 y presupone que, para que las organizaciones operen de manera eficaz, tienen que identificar y gestionar numerosos procesos interrelacionados y que interactúan. A menudo la salida de un proceso forma directamente la entrada del siguiente proceso. La norma define, que *“la identificación y gestión sistemática de los procesos empleados en la organización y en particular las interacciones entre tales procesos se conoce como “enfoque basado en procesos”.*[†] Con ello el curso pretende hacer una cultura que favorezca los principios de una organización pero también la mejora de las actividades diarias a través de la participación de los actores involucrados en la cooperativa.

De tal modo que la visión y misión del taller son:

Visión. Ser un programa de mejora de calidad en la toma de decisiones de la cooperativa Panamedica.

Misión. Diseñar, planear e implementar estrategias de identificación, análisis, mejora de los procesos de la cooperativa Panamedica.

Las estrategias fundamentales son:

[†] Polo D; et al. Aplicación del enfoque basado en procesos en la Gerencia de Protección de SEPSA. Tesis presentada como proyecto de fin de curso del diplomado en Gestión estratégica de la calidad total. Escuela de organización industrial- Amércia de España. Escuela superior de la industria básica- Cuba. Febrero 2001.

- A. Análisis de procesos por área de servicio de producción
- B. Identificación de actividades críticas de los procesos
- C. Desarrollo de participación de actores involucrados por medio de herramientas de mejora
- D. Diseño de propuesta de mejora en los procesos de la cooperativa

Las actividades como este curso taller tienen el propósito de desarrollar competencias para la identificación de un procesos y mejora oportuna en las actividades de los servicios de la cooperativa.

Población Objetivo:

Este programa está dirigido a socios y colaboradores involucrados en los procesos de los diferentes servicios que ofrece la Cooperativa

Competencias

Después del curso el socio o colaborador podrá:

- ✓ Reconocer la importancia que tiene el modelo de gestión por procesos
 - ✓ Identificar los procesos que ocurren en su actividad laboral
 - ✓ Implementar una propuesta de mejora en los procesos de la cooperativa
 - ✓ Contenido.
- Bloque 1. Historia de los modelos de gestión organizacional
 - Tipos de modelos de gestión
 - Bloque 2. Gestión por Procesos
 - Importancia de los procesos en la organización
 - Concepto de Procesos
 - Herramientas para identificar analizar y mejorar los procesos
 - Bloque 3. Desarrollo de plan para su implementación

Criterios de evaluación

Se evaluará a través del diseño de sus procesos y diagramas de flujo desarrollados. Además de entregarlos previamente identificados.

Características fundamentales de logística

Se requiere un espacio amplio con 8 mesas y 12 sillas, materiales como post it's, rotafolios, plumones, cuadernos, etc. (Estos últimos lo proporcionará el equipo desarrollador del taller.

Anexo 2

Cuadro de Identificación de Procesos

Identificación de Procesos del Servicio de Psicología y Talleres de la Cooperativa de Salud Panamedica			
Clave y Nombre del Procesos	Nombre del Proceso	Entrada	Salida
Psic1	Realización de entrevista de primera vez a usuario	Usuario sin recibir entrevista de primera vez	Entrevista de primera vez recibida a usuario
Psic2	Realización de consulta a usuario subsecuente	Consulta a usuario subsecuente sin realizar	Consulta a usuario subsecuente realizada
Psic3	Realización y Preparación del taller	Taller sin realización y preparación	Taller realizado y preparado
Psic4	Desarrollo de Taller	Taller sin desarrollar	Taller desarrollado

Tabla 2.1 Servicio de Psicología Cooperativa de Salud Panamedica

Identificación de Procesos del Servicio de Medicina de la Cooperativa de Salud Panamedica			
Clave y numero del Proceso	Nombre del Proceso	Entrada	Salida
MED1	Consulta de primera vez	Consulta de primera vez sin realizar	Consulta de primera vez realizada
MED2	Consulta Subsecuente	Consulta Subsecuente sin realizar	Consulta Subsecuente realizada
MED3	Consulta para la expedición de Certificados escolares	Consulta para la expedición de certificados sin realizar	Consulta para la expedición de certificados realizado
MED4	Consulta a domicilio.	Consulta a domicilio sin realizar	Consulta a domicilio realizado
MED5	Consulta de urgencias	Consulta de Urgencias sin realizar	Consulta de Urgencias realizada

Tabla 2.2 Servicio de Medicina Cooperativa de Salud Panamedica

Identificación de Procesos de Soporte administrativo de la Cooperativa de Salud Panamedica			
Clave y numero del Proceso	Nombre del Proceso	Entrada	Salida
SOP1	Bienvenida e información inicial de los servicios a usuarios	Usuario sin bienvenida e información de servicios	Bienvenida e información de servicios ofrecida a usuarios
SOP2	Verificación de condiciones de área de trabajo	Área de trabajo sin cumplimiento de condiciones laborales	Área de trabajo con cumplimiento de condiciones laborales
SOP3	Gestión de insumos: adquisición / Registro	Gestión de insumos adquisiciones y registro sin realizar	Gestión de insumos, adquisiciones y registro realizado
SOP4	Mantenimiento de instalaciones	Instalaciones sin mantenimiento	Mantenimiento realizado a instalaciones
SOP5	Lavado y esterilizado de materiales y equipo	Materiales y equipos sin lavado y esterilizado	Materiales y equipos lavados y esterilizados
SOP6	Despedida y Cobranza de servicios	Despedida y cobranza de servicios sin realizar	Despedida y cobranza de Servicios realizados

Tabla 2.3 Servicio de Soporte administrativo de la Cooperativa de Salud Panamedica

Identificación de Procesos del Servicio Dental de la Cooperativa de Salud Panamedica			
Nombre y Clave del Procesos	Nombre del Proceso	Entrada	Salida
DENT1	Realización consulta de revisión	Consulta de revisión sin realizar	Consulta de revisión realizada
DENT2	Realización de Consulta de primera vez	Consulta de primera vez sin realizar	Consulta de primera vez realizada
DENT3	Realización de consulta subsecuente	Consulta subsecuente sin realizar	Consulta subsecuente realizada
DENT4	Realización de consulta de emergencia	Consulta de emergencia son realizar	Consulta de emergencia realizada
DENT5	Realización de envío de trabajo a laboratorio dental	Envío de trabajo a laboratorio dental sin realizar	Envío de trabajo a laboratorio dental realizado

Tabla 2.4 Servicio Dental Cooperativa de Salud Panamedica

Identificación de Procesos del Servicio de Óptica y Optometría de la Cooperativa de Salud Panamedica

Clave y Número del Proceso	Nombre del Proceso	Entrada	Salida
OP1	Atención a usuarios (Venta al mostrador)	Usuarios sin atender	Usuario atendido
OP2	Cobranza de productos optométricos	Usuarios de los servicios sin realizar cobranza	Cobranza realizada a usuario de los servicios
OP3	Envíos de trabajos a laboratorio óptico	Trabajos sin enviar a laboratorio	Trabajo enviados a laboratorio
OP4	Control de existencias e insumos ópticos	Insumos ópticos sin control de existencias	Control de existencias realizada de insumos ópticos

Tabla 2.5. Servicio de óptica y Optometría Cooperativa de Salud Panamedica

Anexo 3

Método PEPSC.

Servicio de Medicina

Área: Medicina Clave del Proceso: MED1 Nombre del Proceso: Consulta de primera vez
Responsable del Proceso: Medico Cirujano

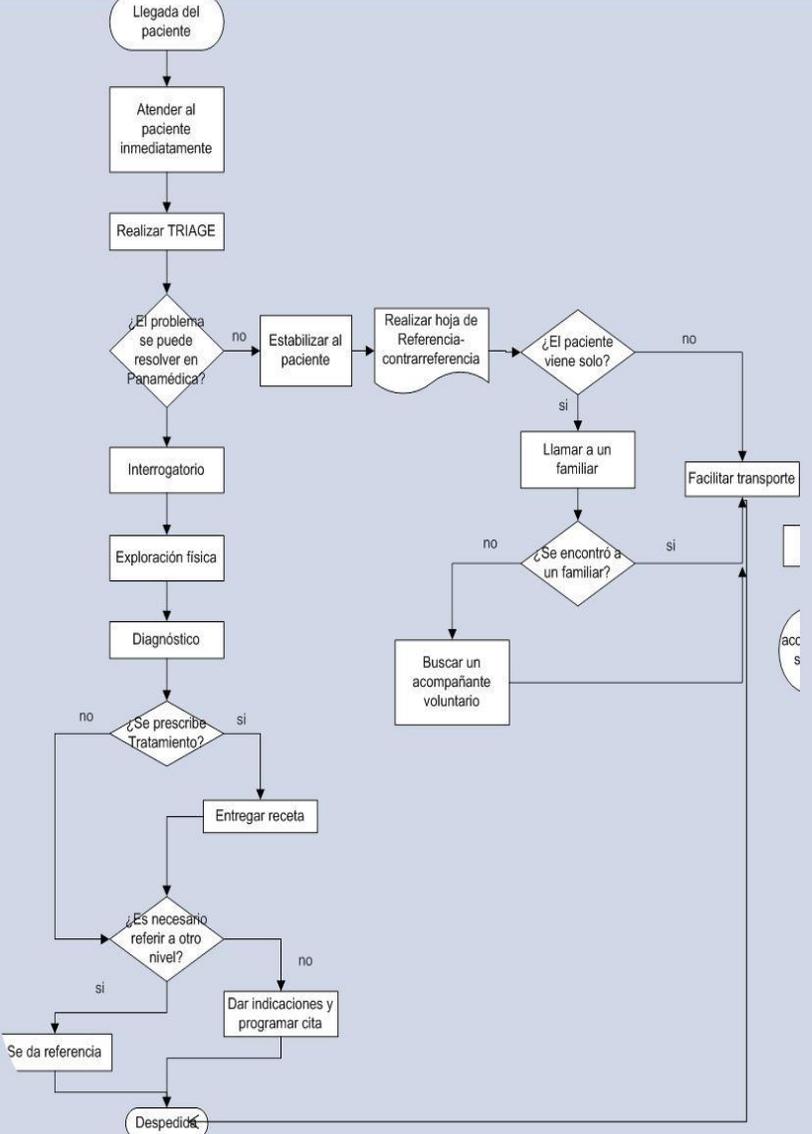
PROVEEDORES	ENTRADAS (ESPECIFICACIONES)	PROCESOS (ACTIVIDADES)	SALIDAS (ESPECIFICACIONES)	CLIENTES
Profesional de salud	<p>Identificar paciente si es de primera vez</p> <p>Historia Clínica orientadas por problemas sin realizar</p> <p>Formato de Certificado por Computadora</p> <p>Datos de profesional Medico sin colocar</p> <p>Detección de problemas de salud , hoja de identificación de problemas sin llenar</p> <p>Explicación al usuario de los hallazgos encontrados</p> <p>Invitar chequeo mensual o semestral según sea el caso</p> <p>Identificar si se puede manejar el problema en Panamedica</p> <p>Acompañar con recepcionista para realización de cobro</p>	<pre> graph TD Start([Recepción del paciente]) --> Dec1{¿Es paciente de primera vez?} Dec1 -- no --> Act1[Sacar expediente] Dec1 -- si --> Act2[Realizar Historia Clínica orientada por problemas] Act1 --> Act3[Obtener antecedentes de importancia] Act2 --> Act4[Realizar exploración física completa] Act3 --> Act5[Llenar formato de certificado en computadora] Act4 --> Act5 Act5 --> Act6[Colocar nombre, firma y cédula profesional del médico] Act6 --> Act7[Realizar un análisis de los hallazgos encontrados] Act7 --> Dec2{¿Se detectaron problemas?} Dec2 -- no --> Act8[Invitar al chequeo semestral o anual según sea el caso] Dec2 -- si --> Act9[Llenar hoja de identificación de problemas y priorizar] Act9 --> Act10[Explicar al usuario los hallazgos encontrados] Act10 --> Dec3{¿Se pueden manejar en Panamedica?} Dec3 -- no --> Act11[Realizar referencia a otra Institución] Dec3 -- si --> Act12[Construir en conjunto una ruta de abordaje] Act8 --> Act13[Mandar con recepcionista] Act12 --> Act13 Act11 --> Act13 Act13 --> End([Dar cita y cobro]) </pre>	<p>Paciente de primera vez identificado</p> <p>Realización de Historia Clínica orientada por problemas</p> <p>Haber realizado formato de certificado por computadora</p> <p>Colocación de datos de profesional médico</p> <p>Haber realizado detección de problemas y llenado la hoja de identificación del mismo</p> <p>Haber explicado al usuario de los hallazgos encontrados</p> <p>Realización de invitación a chequeo mensual o semestral.</p> <p>El problema se puede manejar en panamedica</p> <p>Acompañado a recepción para realización de cobro</p>	Usuario

PROVEEDORES	ENTRADAS (ESPECIFICACIONES)	PROCESOS (ACTIVIDADES)	SALIDAS (ESPECIFICACIONES)	CLIENTES
Recepción	Expediente sin solicitar Problemas no detectados Usuario sin invitar a chequeo mensual Hoja de identificación de problemas sin realizar Usuario sin explicar hallazgos encontrados Hoja de referencia contrareferencia sin realizar	<pre> graph TD Inicio([Inicio]) --> Solicitar[Solicitar expediente de usuario] Solicitar --> Obtener[Obtener antecedentes de importancia] Obtener --> Analisis[Realizar análisis de hallazgos encontrados] Analisis --> Detectados{¿Se detectaron problemas?} Detectados -- Si --> Llenar[Llenar hoja de identificación de problemas y priorizar] Llenar --> Explicar[Explicar hallazgos encontrados a usuario] Explicar --> Manejable{¿Se puede manejar en Panamedica?} Manejable -- Si --> Ruta[Construir en conjunto una ruta de abordaje] Manejable -- No --> Referencia[Realizar hoja de referencia contrareferencia a otra institución] Detectados -- No --> Invitar[Invitar al chequeo mensual] Invitar --> Despedirse[Despedirse y Mandar con recepcionista] Ruta --> Despedirse Referencia --> Despedirse Despedirse --> Cita([Dar cita, cobro y Despedida]) </pre>	Problemas detectados en tiempo y forma Invitación realizada a usuario a chequeo mensual Hoja de identificación de problemas realizado Explicación a usuario con hallazgos encontrados Formato realizado de referencia contrareferencia	Usuario

PROVEEDORES	ENTRADAS (ESPECIFICACIONES)	PROCESOS (ACTIVIDADES)	SALIDAS (ESPECIFICACIONES)	CLIENTES
<p>Profesional de salud</p> <p>Usuario</p>	<p>Datos sin recolectar del escolar y de padre o tutor</p> <p>Interrogatorio y exploración física sin desarrollar</p> <p>Registro de datos del médico, así como cedula profesional y firma</p> <p>Problemas no identificados sobre el crecimiento adecuado del escolar</p> <p>Llenado de formato sin realizar de identificación de problemas y priorización</p> <p>identificación si se puede manejar en cooperativa o referir a otra institución sin realizar.</p> <p>Invitar a participar a programa de control de niño sano</p>	<pre> graph TD Start([Informar a los usuarios sobre las condiciones para realizar el certificado]) --> Reception[Recepción de paciente] Reception --> Check[Verificar la existencia del equipo y material necesario] Check --> Material{¿Está el material requerido completo?} Material -- no --> Get[Conseguirlo y preparar el espacio] Material -- si --> Data[Toma de datos del escolar y del padre] Get --> Data Data --> Interrog[Interrogatorio] Interrog --> Exam[Exploración física] Exam --> Write[Escribir nombre completo del médico, cédula y firma] Write --> Know{¿Conoce su grupo y Rh?} Know -- no --> Blood[Toma de grupo y Rh] Know -- si --> ID[Identificar problemas que limiten un adecuado crecimiento y desarrollo] Blood --> BloodType{¿El grupo sanguíneo fue B RH (-)?} BloodType -- si --> Lab[Realizar examen en laboratorio para corroborar grupo] BloodType -- no --> ID Lab --> ID ID --> Detect{¿Se detectaron problemas?} Detect -- si --> Fill[Llenar formato de identificación de problemas y priorizar] Detect -- no --> Dismiss[Despedida e invitación al control del niño sano] Fill --> Explain[Explicar al padre o tutor los hallazgos encontrados] Explain --> Manage{¿Se pueden manejar en Panamérica?} Manage -- si --> Offer[Ofrecer una ruta de abordaje] Manage -- no --> Ref[Realizar referencia a otra Institución] Offer --> Send[Mandar con recepcionista para agendar] Ref --> Send Dismiss --> Send Send --> Seal([Colocar sello y cobro]) Ref --> Seal </pre>	<p>Datos recolectados del escolar padre o tutor</p> <p>Desarrollo de interrogatorio y exploración física</p> <p>Datos registrados del médico, cedula profesional y firma recabada</p> <p>Formato llenado de identificación de problemas y priorización e identificación realizado</p> <p>Reconocimiento para saber si se puede manejar en la cooperativa u otra institución</p> <p>Usuario enterado del programa de control del niño sano</p> <p>Realización de agenda para citar y colocación del sello de la organización en el certificado escolar. Y Haber efectuado su pago.</p>	<p>Profesional de salud</p> <p>Usuario</p>

Área: Medicina Clave del Proceso: MED4
 Nombre del Proceso: Consulta a domicilio
 Responsable del Proceso: Recepcionista

PROVEEDORES	ENTRADAS (ESPECIFICACIONES)	PROCESOS (ACTIVIDADES)	SALIDAS (ESPECIFICACIONES)	CLIENTES
Profesional de salud	<ul style="list-style-type: none"> Llamada sin contestar Datos del paciente que solicita la atención Calmar a usuario sobre su necesidad Disponibilidad de Médico Localización de domicilio y calculo de tiempo de llegada Devolución de llamada del domicilio Conseguir transporte Verificar Maletin Básico Confirmar llegada a domicilio a Panamedica Conocer si el problema de salud se puede resolver. Realizar los procedimientos necesarios de consulta -Entrega de receta en caso de no referir -Realización de Despedida -Cobro de la consulta domiciliaria 		<ul style="list-style-type: none"> Llamada contestada Obtención de los datos del paciente que solicita la atención Haber generado tranquilidad al usuario para resolverle su necesidad Haber localizado al médico y acompañante. Realizado la llamada al domicilio de la consulta Transporte conseguido Encontrado el material básico dentro del maletin Realización llamada de llegada a domicilio de consulta a Panamedica Identificado si el problema se puede resolver y/o canalizar a otra institución Haber entregado la receta con todos los datos según la norma y dar explicación verbal Haber realizado despedida, junto con recordatorios de la receta Realizado el cobro por el concepto de la consulta a domicilio 	Usuario

PROVEEDORES	ENTRADAS (ESPECIFICACIONES)	PROCESOS (ACTIVIDADES)	SALIDAS (ESPECIFICACIONES)	CLIENTES
Profesional Médico	Triage no realizado Identificar si la urgencia se puede resolver en Panamedica o se realizar el procedimiento de referencia a segundo nivel Buscar acompañante Interrogatorio no realizado Exploración física no realizada Diagnóstico sin realizar Identificar si se prescribe tratamiento Se identifica si es necesario referir a un segundo nivel. Entrega de referencia		Triage Realizado Urgencia identificada y que se pueda realizar en la cooperativa. Ó realización de procedimiento de referencia. Encontrado un acompañante Interrogatorio realizado Realización de exploración física Diagnóstico realizado Prescripción de tratamiento Haber identificado referir a un segundo nivel Referencia entregada	Usuario

Servicio Dental

Área: Dental Clave del Proceso:DENT1

Nombre del Proceso: Realización de consulta de Revisión

Responsable del Proceso: Profesional Odontólogo

PROVEEDORES	ENTRADAS (ESPECIFICACIONES)	PROCESOS (ACTIVIDADES)	SALIDAS (ESPECIFICACIONES)	CLIENTES
<p>Profesional de la salud</p> <p>Recepción</p>	<p>Hoja de plan de tratamiento sin llenar</p> <p>Paciente sin información sobre su estado de salud bucal</p> <p>Presupuesto y carta compromiso sin firmar</p> <p>Cobranza y cita sin realizar</p>	<pre> graph TD INICIO([INICIO]) --> A[Realizar chequeo general de boca incluyendo tejidos blandos] A --> B[Llenar la hoja de plan de tratamiento] B --> C[Explicarte al paciente el diagnóstico, plan de tratamiento, y hallazgos clínicos en un espejo al usuario] C --> D{¿Acepta el tratamiento?} D -- Si --> E[Realiza el presupuesto y firma carta compromiso] D -- No --> F[Termina la consulta pasa a cobranza y cita a recepción] E --> G{¿Se inicio en ese momento tratamiento?} G -- Si --> H[Se procede a realizar el tratamiento realizado] G -- No --> F H --> F F --> F </pre>	<p>Formato de plan de tratamiento llenado correctamente</p> <p>Paciente informado sobre su estado de salud bucal</p> <p>Paciente informado sobre el presupuesto y carta compromiso firmada por usuario y profesional</p> <p>Cobranza realizada y registrada en formato electrónico</p> <p>Cita programada, registrada en formato electrónico y confirmada a usuario</p>	<p>Usuario</p>

Área: Dental Clave del Proceso: DENT2 Nombre del Proceso: Consulta de Primera Vez
Responsable del Proceso: Profesional Odontólogo

PROVEEDORES	ENTRADAS (ESPECIFICACIONES)	PROCESOS (ACTIVIDADES)	SALIDAS (ESPECIFICACIONES)	CLIENTES
Profesional de la salud Recepción	Formato de historia clínica sin realizar Formato de chart sin realizar Formato de Tratamiento sin realizar Usuario no informado sobre estado de salud bucal Carta compromiso sin realizar Procedimiento acordado sin realizar	<pre> graph TD Inicio([Inicio]) --> Realizacion[Realización de Historia Clínica] Realizacion --> Exploracion[Exploración de boca y tejidos blandos] Exploracion --> LlenadoChart[Llenado de Chart] LlenadoChart --> LlenadoHoja[Llenado hoja de tratamiento] LlenadoHoja --> Explicacion[Explicación al usuario sobre estado de salud] Explicacion --> LlenadoCarta[Llenado de carta compromiso] LlenadoCarta --> Decision{¿Desea iniciar plan de tratamiento?} Decision -- Si --> RealizacionProc[Realización de procedimiento acordado] RealizacionProc --> Termina([Termina consulta y se dirige a recepción para cobranza y nueva cita]) Decision -- No --> Decision </pre>	Formato de Historia Clínica realizada Formato de Chart llenado correctamente Llenado correcto de hoja de tratamiento Usuario informado sobre estado de salud bucal Formato de carta compromiso realizada y firmada por profesional y usuario Procedimiento acordado realizado	Usuario

Área: Dental Clave del Proceso:DENT3
 Nombre del Proceso: **Consulta subsecuente**
 Responsable del Proceso: **Profesional Odontólogo**

PROVEEDORES	ENTRADAS (ESPECIFICACIONES)	PROCESOS (ACTIVIDADES)	SALIDAS (ESPECIFICACIONES)	CLIENTES
Recepción Profesional de salud	<p>Expediente sin buscar</p> <p>Procedimiento de acuerdo al plan de tratamiento sin realizar</p> <p>Radiografía sin realizar</p> <p>Formato de nota de evolución sin realizar</p> <p>Expediente de usuario sin entregar a recepción</p>	<pre> graph TD Inicio([Inicio]) --> Busqueda[Busqueda de expediente] Busqueda --> Encontrado{¿Se encontró expediente?} Encontrado -- Sí --> Procedimiento[Se realiza procedimiento correspondiente al plan tratamiento y si es necesario tomar RX] Encontrado -- No --> Busqueda Procedimiento --> Formato[Se realiza formato de nota de evolución] Formato --> Cobranza[Se pasa a cobranza y cita] Cobranza --> Entrega([Se entrega el expediente de usuario para que se archive]) </pre>	<p>Expedientes encontrados</p> <p>Procedimiento realizado de acuerdo al plan de tratamiento</p> <p>Radiografía correctamente tomada</p> <p>Nota de evolución realizado</p> <p>Expediente entregado a recepción</p>	<p>Usuario</p>

Área: Dental Clave del Proceso:DENT4

Nombre del Proceso: **Realización de consulta de emergencia 1**

Responsable del Proceso: Profesional Odontólogo

PROVEEDORES	ENTRADAS (ESPECIFICACIONES)	PROCESOS (ACTIVIDADES)	SALIDAS (ESPECIFICACIONES)	CLIENTES
Profesional de la salud Recepción	Interrogatorio sin realizar Revisión bucal sin realizar Radiografía sin realizar Usuario sin explicar sobre hallazgos radiográficos encontrados Usuario sin información sobre el procedimiento y costo Hoja de emergencia sin llenar Formato con indicaciones médicas sin entregar Desarrollo de nota de evolución	<pre> graph TD Inicio([Inicio]) --> Interrogatorio[Realizar interrogatorio] Interrogatorio --> Revisión[Revisión bucal gral] Revisión --> Radiografía{¿Es necesario radiografía?} Radiografía -- Sí --> Explicar[Explicar a usuario hallazgos radiográficos] Radiografía -- No --> Acepta{Acepta tratamiento y costo} Explicar --> Explicación[Explicación de procedimiento y costo] Explicación --> Acepta Acepta --> Firma[Firma carta compromiso] Firma --> Hoja[Se llena hoja de emergencia (antecedentes)] Hoja --> Procedimiento[Se realiza el procedimiento acordado] Procedimiento --> Formato[Se le entrega un formato con las indicaciones] Formato --> Nota[Realizar nota de evolución y anexarlo a expediente clínico] Nota --> Cobranza([Se pasa a cobranza, cita y entrega de expedientes Fin]) </pre>	Interrogatorio realizado Revisión bucal general realizado Radiografía bien realizada Usuario informado sobre hallazgos radiográficos	Usuario

Área: Dental

Clave del Proceso:DENT5

Nombre del Proceso: Realización de envío de orden de laboratorio dental

Responsable del Proceso: Profesional Odontólogo

PROVEEDORES	ENTRADAS (ESPECIFICACIONES)	PROCESOS (ACTIVIDADES)	SALIDAS (ESPECIFICACIONES)	CLIENTES
Profesional Odontólogo	Describe como la impresión anatómica de los órganos dentarios a restaurar y llenado de orden de laboratorio	<pre> graph TD A([Elaboración de la Orden de laboratorio]) --> B[Una vez realizada la impresión se procede a realizar la orden] B --> C[Se elabora la orden de laboratorio con los datos correspondientes] C --> D[Se realizan dos copias de la orden de laboratorio, una para el expediente y otra para el laboratorio] D --> E[Se empaqueta la orden de laboratorio, las impresiones y el registro de mordida.] E --> F[Se le pide a la recepción llame al laboratorio para recoger los trabajos y se establece tiempo con el laboratorio] F --> G([Fin de proceso]) </pre>	Haber realizado la impresión anatómica del usuario sin ningún defecto	Laboratorio
Profesional Odontólogo	Llenado de orden de laboratorio con datos del usuario y especificaciones del material a utilizar		Llenado de formato de laboratorio con los datos correspondientes	Laboratorio
Profesional Odontólogo	Se realiza una original y una copia, de los cuales una se utilizará para el expediente clínico y otra para el laboratorio		Realización de orden de laboratorio y entregado a laboratorio y anexado a expediente clínico	Laboratorio
Profesional Odontólogo	El paquete debe de contener las impresiones anatómicas, registro de mordedura y orden de laboratorio		Paquete completo y con el contenido listo para enviarse al laboratorio	Laboratorio
Recepción	La recepción se encargará de llamar a laboratorio dental para recoger el trabajo		Recepcionista haber llamado a laboratorio con los tiempos de entrega y costos del trabajo.	Laboratorio

Área de Soporte

Área: Soporte Administrativo

Clave del Proceso: SOP1

Nombre del Proceso: Bienvenida e información inicial de los servicios de salud

Responsable del Proceso: Profesional en Servicio

PROVEEDORES	ENTRADAS (ESPECIFICACIONES)	PROCESOS (ACTIVIDADES)	SALIDAS (ESPECIFICACIONES)	CLIENTES
Recepcionista	<p>Usuarios con desconocimiento del proyecto cooperativa .</p> <p>Usuarios con desconocimiento de los servicios que ofrece el servicio clínico</p>	<pre> graph TD Start([Personas llama o asiste para pedir informes]) --> Step1[Se le da la bienvenida de acuerdo al guión] Step1 --> Step2[Se hace la presentación de Panamedica de acuerdo al guión] Step2 --> Dec1{¿Requiere información de algún servicio en especial?} Dec1 -- No --> Step3([Se le da la despedida y se recuerda los horarios y teléfonos de atención]) Dec1 -- Si --> Step4[Se da informes del servicio requerido] Step4 --> Dec2{¿Requiere una consulta?} Dec2 -- No --> Step3 Dec2 -- Si --> Step5([Se verifica disponibilidad o se agenda]) </pre>	<p>Público informado sobre los servicios que otorga la organización</p> <p>Personas canalizadas para atención el mismo día</p> <p>Personas citadas para fechas posteriores</p>	Usuario

PROVEEDORES	ENTRADAS (ESPECIFICACIONES)	PROCESOS (ACTIVIDADES)	SALIDAS (ESPECIFICACIONES)	CLIENTES
<p>Responsable de área</p> <p>Recepcionista</p>	<p>Profesional sin condiciones del espacio de trabajo para realizar labores.</p> <p>Formatos de control de insumos son realizar</p> <p>Lista de expedientes sin solicitar</p>	<pre> graph TD Start([Llegada del Profesional al consultorio]) --> Act1[Verificar las condiciones para dar la atención] Act1 --> Dec1{¿El espacio está limpio y ordenado?} Dec1 -- no --> Act2[Ordenarlo y limpiarlo] Act2 --> Dec1 Dec1 -- si --> Dec2{¿Están en existencia todos los formatos?} Dec2 -- no --> Act3[Notificar a recepcionista] Act3 --> Act4[Sacar copias] Act4 --> Act5[Ordenar los formatos en el escritorio] Dec2 -- si --> Dec3{¿Falta Material?} Dec3 -- si --> Act6[Llenar formato de control de insumos] Act6 --> Act7[Avisar a Responsable de área] Act7 --> Act8((Compras)) Dec3 -- no --> Act9[Verificar agenda de trabajo] Act9 --> Dec4{¿Hay pacientes citados?} Dec4 -- No --> End([Fin de Proceso]) Dec4 -- si --> Act10[Confirmar cita] Act10 --> Act11[Solicitar expedientes de pacientes] Act11 --> Act12([Planear consulta]) </pre>	<p>Formatos de insumos faltantes y reporte de necesidades de mantenimiento correctamente llenado</p> <p>Lista de Expedientes solicitados</p>	<p>Profesional de salud</p>

Area: Óptica y Optometría CLAVE DEL PROCESO : SOP3

Nombre del Proceso: Gestión de insumos: adquisición / Registro (1 de 2)

Responsable del Proceso: Responsable de área

PROVEEDORES	ENTRADAS (ESPECIFICACIONES)	PROCESOS (ACTIVIDADES)	SALIDAS (ESPECIFICACIONES)	CLIENTES
Responsable de área	<p>Verificación de existencia de insumos y productos sin realizar</p> <p>Elaboración de inventario sin realizar</p> <p>Compras sin realizar</p>	<pre> graph TD INICIO([INICIO]) --> Verificacion[Verificación de existencias de productos] Verificacion --> Decision{¿Hay productos faltantes?} Decision -- NO --> Fin([No hay compra FIN DEL PROCESO]) Decision -- SI --> Elaboracion[Elaboración de la lista de faltantes] Elaboracion --> Inventario[/INVENTARIO/] Inventario --> Compras[Realización de compras] Compras --> Recepcion[Recepción del producto] Recepcion --> VerificacionCond[Verificación de las condiciones del producto] VerificacionCond --> Fin1((1)) </pre>	<p>Formato de inventario realizado en tiempo y forma</p> <p>Materiales e insumos realizadas en tiempo y forma y entregados a responsables de área</p> <p>Las compras cumplan con los requisitos y características de los insumos y productos de salud</p>	<p>Profesional de salud</p> <p>Profesional de salud</p>

Area: Óptica y Optometría Clave de proceso: SOP3

Nombre del Proceso: Gestión de insumos: adquisición / Registro (2 de 2)

Responsable del Proceso: Responsable de área

PROVEEDORES	ENTRADAS (ESPECIFICACIONES)	PROCESOS (ACTIVIDADES)	SALIDAS (ESPECIFICACIONES)	CLIENTES
Responsable de área	Pago del producto sin realizar Comprobante de compra sin solicitar	<p style="text-align: center;">2da parte del proceso</p> <pre> graph TD Start((1)) --> D1{¿El producto esta en optimas condiciones?} D1 -- SI --> A1[Realización de la compra] A1 --> A2[Gestión del pago del producto] A2 --> A3[Requerir la solicitud del comprobante de compra] A3 --> A4[Comienzo del proceso de entrada a inventario] A4 --> End1((FIN DEL PROCESO)) D1 -- NO --> A5[Búsqueda de otro producto] A5 --> D2{¿Se encontró el producto?} D2 -- SI --> A6[Se define un tiempo de espera para la compra] A6 --> End1 D2 -- NO --> D1 </pre>	Definir el tiempo de espera del producto o adquirirlo en otra instancia	Profesional de salud

Responsable del Proceso: Responsable del Área

PROVEEDORES	ENTRADAS (ESPECIFICACIONES)	PROCESOS (ACTIVIDADES)	SALIDAS (ESPECIFICACIONES)	CLIENTES
<p>Responsable de área</p>	<p>Verificación de instalaciones dañadas sin realizar</p> <p>Reporte de instalaciones con las especificaciones sin realizar</p> <p>Verificación de equipo clínico sin realizar</p> <p>Reporte de equipo con las especificaciones sin realizar</p>	<pre> graph TD Start([Inicio Mantenimiento de instalaciones]) --> Step1[Verificar cada mes que las instalaciones no estén dañadas] Step1 --> Dec1{¿Están en óptimas condiciones?} Dec1 -- No --> Step2[Realizar el reporte y hacer aviso a Gerencia] Dec1 -- Si --> Step3[Verificar que los equipos clínicos estén en óptimas condiciones] Step3 --> Dec2{Se encuentran en óptimas condiciones?} Dec2 -- No --> Step4[Realizar el reporte y hace aviso a Gerencia] Dec2 -- Si --> End([FIN]) Step2 --> End Step4 --> End </pre>	<p>Verificación realizada de daño de instalaciones</p> <p>Reporte de instalaciones realizada con las especificaciones de las instalaciones</p> <p>Verificación de equipo clínico</p> <p>Reporte de equipo realizada con las especificaciones de las instalaciones</p>	<p>Gerencia</p>

Responsable del Proceso: Profesional en turno

PROVEEDORES	ENTRADAS (ESPECIFICACIONES)	PROCESOS (ACTIVIDADES)	SALIDAS (ESPECIFICACIONES)	Procedimiento CLIENTES
<p>Profesional de salud en turno</p>	<p>Verificación de material sucio al término de la jornada laboral sin realizar</p> <p>Supervisar el status del material y continuar a realizar el procedimiento de lavado y secado</p> <p>Procedimiento de esterilización sin realizar</p> <p>Calcular tiempo para esterilizar .</p> <p>Material en equipo esterilizador lista y en optimas condiciones sin esterilizar</p> <p>Materiales esterilizados sin ordenar en lugar correspondiente</p>	<pre> graph TD Start([Lavado y esterilizado de material]) --> Check1[Verificar al termino de la jornada de la jornada si hay material sucio.] Check1 --> Decision1{¿Está sucio el material?} Decision1 -- Si --> Wash[Lavar y Secar el material utilizado con elementos básicos] Decision1 -- No --> Sterilize[Esterilizar el material] Wash --> Sterilize Sterilize --> Decision2{¿Hay tiempo para esterilizar?} Decision2 -- No --> Accommodate[Acomodar el material en esterilizador, listo y dar aviso de condiciones de material] Decision2 -- Si --> Order[ordenar los materiales en el lugar correspondiente.] Accommodate --> Order Order --> End([FIN]) </pre>	<p>Verificación de reporte de material sucio al término de la jornada laboral realizado</p> <p>Supervisión realizada del lavado y secado de material</p> <p>El procedimiento de esterilización cumple con los requerimientos de acuerdo a la norma oficial de esterilización</p> <p>Materiales esterilizados ordenados en su lugar correspondiente</p>	<p>Profesional del siguiente turno</p>

PROVEEDORES	ENTRADAS (ESPECIFICACIONES)	PROCESOS (ACTIVIDADES)	SALIDAS (ESPECIFICACIONES)	CLIENTES
Recepcionista	<p>Registro de datos sin capturar en el sistema</p> <p>Cobro por concepto de servicios sin realizar</p> <p>Despedida del usuario sin realizar</p>	<pre> graph TD Start([Usuario atendido en consulta]) --> Step1[Se despide el profesional y pide que pase con recepcionista] Step1 --> Step2[Pide los datos del usuario y los registra en base de datos] Step2 --> Decision{¿Requiere una nueva consulta?} Decision -- Sí --> Step3[Se cobra por el servicio otorgado] Decision -- No --> Step4[Se registra en agenda de citas] Step4 --> Step3 Step3 --> Step5[Se cruza el efectivo y se regresa su cambio] Step5 --> Step6[Se entrega su comprobante y se registra en la base de datos] Step6 --> End([Se despide recordándole su próxima cita de acuerdo al guión]) </pre>	<p>Registro de datos personales capturados en el sistema</p> <p>Realización de cobro con las especificaciones</p> <p>Realización de despedida al usuario con especificaciones del guión</p>	Usuario

Servicio de Psicología

Área: Psicología Clave de proceso: PSIC1 Nombre del Proceso: Realización de Entrevista de Primera vez a Usuario
Responsable del Proceso: Licenciado en Psicología

PROVEEDORES	ENTRADAS (ESPECIFICACIONES)	PROCESOS (ACTIVIDADES)	SALIDAS (ESPECIFICACIONES)	CLIENTES	
Licenciado en Psicología	Establecer confianza y contacto visual como verbal entre usuario y profesional	<pre> graph TD A([Inicio ENTREVISTA DE PRIMERA VEZ]) --> B[Romper el hielo con el paciente] B --> C[El profesional se presenta y revisa los datos del paciente en la hoja previamente llenada] C --> D[Inicia la entrevista recabando los datos adecuados para el llenado de la historia clínica] D --> E[/Formato de HISTORIA CLINICA y TEST PSICOLÓGICOS/] E --> F[Se definen acuerdos y responsabilidades entre paciente y terapeuta. Se firma el acuerdo y se entrega una copia al paciente] F --> G[/Formato de "CARTA COMPROMISO"/] G --> H[Definir día y hora de la siguiente sesión] H --> I[/Agenda personal/] I --> J[Cierre de la sesión] J --> K([El terapeuta acompaña al paciente a la salida con la recepcionista para realizar el pago y asignar el espacio para la siguiente sesión. FIN DEL PROCESO]) </pre>	Contacto visual y verbal establecido entre el usuario y el profesional	Usuario	
Licenciado en Psicología	Presentación del profesional y revisar hoja de datos previamente llenada		Hoja de datos revisada y presentación realizada por parte del profesional de psicología	Usuario	
Licenciado en Psicología	Entrevista sin iniciar y sin llenado de formato de Historia clínica y TEST Psicológico		Entrevista iniciada y formato llenado de Historia Clínica y Test Psicológico	Usuario	
Licenciado en Psicología	Formato de Carta compromiso sin llenar. Acuerdos sin definir y sin firmar por parte del usuario y profesional de psicología		Se definen acuerdos y responsabilidades entre paciente y terapeuta. Se firma el acuerdo y se entrega una copia al paciente Formato de "CARTA COMPROMISO"	Carta compromiso llenada y firmada al igual que acuerdos definidos por parte del usuario y profesional de Psicología	Usuario
Licenciado en Psicología	Agenda sin llenar el día y Hora de la siguiente cita		Definir día y hora de la siguiente sesión Agenda personal	Día y fecha agendada para la siguiente cita	Usuario
Licenciado en Psicología	Profesional despedirá y Acompañará a usuario con recepción para realizar el pago y asignar el espacio para la siguiente sesión		Cierre de la sesión El terapeuta acompaña al paciente a la salida con la recepcionista para realizar el pago y asignar el espacio para la siguiente sesión. FIN DEL PROCESO	Despedida y acompañamiento realizada hacia recepción para pago y asignación de espacio para nueva cita.	Usuario y Recepción

Área: Psicología Clave del Proceso: PSIC2 Nombre del Proceso: Realización de consulta a Usuario Subsecuente
 Responsable del Proceso: Licenciado en Psicología

PROVEEDORES	ENTRADAS (ESPECIFICACIONES)	PROCESOS (ACTIVIDADES)	SALIDAS (ESPECIFICACIONES)	CLIENTES
Licenciado en Psicología	Establecer confianza y contacto visual como verbal entre usuario y profesional	<pre> graph TD Start([Inicio PACIENTE SUBSECUENTE]) --> Step1[Romper el hielo con el paciente] Step1 --> Step2[Iniciar el trabajo terapéutico de acuerdo a la técnica utilizada por el psicólogo.] Step2 --> Step3[Definir el problema a trabajar en la sesión] Step3 --> Step4[El terapeuta aplicará los conocimientos y/o técnicas necesarias para abordar el problema] Step4 --> Decision{¿Se han cumplido los compromisos adquiridos en la primera sesión?} Decision -- No --> Step5[Se redefinen los compromisos y se realiza el recontrato.] Decision -- SI --> Step6[Definir día y hora de la siguiente sesión.] Step6 --> Step7[Agenda personal] Step7 --> Step8[Cierre de la sesión] Step8 --> Step9[El terapeuta acompaña al paciente a la salida con la recepcionista para realizar el pago y asignar el espacio para la siguiente sesión.] Step9 --> Step10[El terapeuta actualiza la Historia Clínica del paciente] Step10 --> End([FIN DEL PROCESO]) </pre>	Contacto visual y verbal establecido entre el usuario y el profesional	Usuario
Licenciado en Psicología	Trabajo Terapéutico no Iniciado por el psicólogo		Trabajo terapéutico iniciado Por el psicólogo	Usuario
Licenciado en Psicología	Problema a trabajar no definido		Problema a trabajar definido	Usuario
Licenciado en Psicología	Técnicas y conocimiento sin aplicar para el abordaje del problema		Técnicas y Conocimiento aplicado para el abordaje del problema	Usuario
Licenciado en Psicología	Balace sin realizar para conocer sobre los compromisos adquiridos .		Balace realizado para conocer los compromisos adquiridos	Usuario
Licenciado en Psicología	Agenda sin llenar del día y hora para la siguiente sesión		Día y Fecha para la siguiente sesión agendada	Usuario
Licenciado en Psicología	Profesional despedirá y Acompañará a usuario con recepción para realizar el pago y asignar el espacio para la siguiente sesión		Despedida y acompañamiento por parte del profesional a recepción para realización del pago y agenda de cita	Usuario Y Recepcionista
Licenciado en Psicología	Historia Clínica sin Actualizar		Historia Clínica actualizada con los datos obtenidos en la última sesión	Reepción

Área: Psicología Clave del proceso: PSIC3 Nombre del Proceso: Realización y Preparación del Taller
Responsable del Proceso: Responsable de área de Psicología

PROVEEDORES	ENTRADAS (ESPECIFICACIONES)	PROCESOS (ACTIVIDADES)	SALIDAS (ESPECIFICACIONES)	CLIENTES	
Equipo de Trabajo	Fecha de reunión sin acordar por el equipo de trabajo	<pre> graph TD Start([Inicio PREPARACIÓN DEL TALLER]) --> Step1[El equipo de trabajo acuerda una fecha de reunión de trabajo.] Step1 --> Step2[En la reunión se definirá la temática a trabajar, calendarización y elección de las técnicas necesarias de intervención en el taller y material.] Step2 --> Step3[Se elabora un cartel con el nombre y objetivos del taller] Step3 --> Step4[El cartel se pega y se difunde vía electrónica.] Step4 --> Step5[Se informa a recepción sobre los datos del taller.] Step5 --> End([Se realiza la compra del material necesario para el taller. FIN DEL PROCESO]) </pre>	Reunión agendada por el equipo de trabajo	Responsable de área de Psicología	
Equipo de Trabajo	Temática, calendarización, técnicas a emplear y material sin definir		Temática, calendarización, técnicas a emplear y material definidos	Responsable de área de Psicología	
Equipo de Trabajo	Cartel Descriptivo del taller no elaborado		Se elabora un cartel con el nombre y objetivos del taller	Elaboración del cartel descriptivo del taller	Responsable de área de Psicología
Equipo de Trabajo	Cartel sin difusión en diferentes medios		El cartel se pega y se difunde vía electrónica.	Difusión del Cartel en diferentes medios	Responsable de área de Psicología
Equipo de Trabajo	Recepción sin información sobre los datos del taller		Se informa a recepción sobre los datos del taller.	Información recibida sobre los talleres al área de recepción	Responsable de área de Psicología
Equipo de Trabajo	Material sin comprar para el taller		Se realiza la compra del material necesario para el taller. FIN DEL PROCESO	Compra de material para el taller	Responsable de área de Psicología

Área: Psicología Clave de Proceso: PSIC4

Nombre del Proceso: Desarrollo de Taller

Responsable del Proceso: Responsable del Taller

PROVEEDORES	ENTRADAS (ESPECIFICACIONES)	PROCESOS (ACTIVIDADES)	SALIDAS (ESPECIFICACIONES)	CLIENTES
Asistente	Asistente sin anotar sus datos en hoja de Registro y sin recibir mensaje de bienvenida	<pre> graph TD Start([Inicio DESARROLLO DEL TALLER]) --> Step1[Saludar e invitar al asistente a anotar sus datos en la hoja de registro.] Step1 --> Step2[/Formato "HOJA DE REGISTRO"/] Step2 --> Step3[Se elabora el gafete en etiquetas auto adheribles.] Step3 --> Step4[Indicarle que realice su pago en recepción .] Step4 --> Step5[Indicar a los asistentes pasar al salón donde se desarrollará el taller e invitar a sentarse.] Step5 --> Step6[Se desarrollará el taller de acuerdo a la guía elaborada en reuniones previas con el equipo.] Step6 --> End([Después del cierre del taller se invita a los participantes a realizar la evaluación del mismo. FIN DEL PROCESO]) </pre>	Formato de hoja de registro llenado	Responsable del Taller
Asistente	Gafete sin elaboración		Gafete elaborado	Responsable del Taller
Usuario	Pago no realizado en recepción		Realización de Pago en Recepción	Recepción
Responsable del Taller	Asistentes sin pasar al salón donde se desarrollará el taller		Entrada de asistentes al salón del taller	Usuario
Equipo de Trabajo	Taller sin desarrollar de acuerdo a la guía previamente elaborada		Desarrollo del taller de acuerdo a la guía previamente elaborada por el equipo de trabajo	Usuario
Asistentes	Taller sin realizar evaluación por parte de los asistentes		Evaluación del taller realizada por parte de los asistentes .	Responsable del Taller

Servicio de Óptica y Optometría

Área: Óptica y Optometría Clave del Proceso OP1

Nombre del Proceso: Atención a Clientes (Venta al Mostrador) 1 de 2

Responsable del Proceso: Licenciado en Optometría

PROVEEDORES	ENTRADAS (ESPECIFICACIONES)	PROCESOS (ACTIVIDADES)	SALIDAS (ESPECIFICACIONES)	CLIENTES
Licenciado en Optometría	Se refiere a detectar el tipo de necesidad visual		Se hay detectado la necesidad visual del usuario	Usuario del servicio
Licenciado en Optometría	Identificar si el servicio es requerido por el usuario		Se refiere a haber identificado el servicio	Usuario del servicio
Licenciado en Optometría	Se le ofrece la gama de productos en existencia		Se realizó la muestra de la gama de productos	Usuario del servicios
Licenciado en Optometría	Se refiere a buscar algún producto se acerque a sus necesidades		Se hay buscado un producto que cumpla con sus necesidades	Usuario del servicios
Licenciado en Optometría	Se selecciona el producto		Haya seleccionado un producto de su agrado	Usuario del servicios
Licenciado en Optometría	Se refiere a identificar si se cuenta con el producto		Se cuente con el producto deseado	Usuario del servicios
Licenciado en Optometría	Se verifica que el producto sea el que se eligió		Se haya hecho la verificación del producto elegido	Usuario del servicios
Licenciado en Optometría	Se refiere a identificar si se cuenta con e producto deseado. De lo contrario se muestran otros modelos de su agrado		Se refiere a identificar si se cuenta físicamente con el producto.	Usuario del servicios

Área: Óptica y Optometría Clave del Proceso: OP1
 Nombre del Proceso: Atención a Clientes (Venta al Mostrador) 2 de 2
 Responsable del Proceso: Licenciado en Optometría

PROVEEDORES	ENTRADAS (ESPECIFICACIONES)	PROCESOS (ACTIVIDADES)	SALIDAS (ESPECIFICACIONES)	CLIENTES	
Licenciado en Optometría	Viene de la primera parte del Proceso	<pre> graph TD Start((1)) --> A[Elección del producto] A --> B{¿Hay que hacerle cambios al producto?} B -- NO --> C[Se anotan los cambios] B -- SI --> D[Elaboración de la nota de remisión] D --> E([FIN DEL PROCESO]) </pre>	Verificar que se haya hecho la elección adecuada	Usuario del Servicio	
Licenciado en Optometría	Se elige el producto deseado		Se anotan los cambios	Se haya hecho la vigilancia y se haya anotado los cambios del producto	Usuario del Servicio
Licenciado en Optometría	Vigilar que no se tenga que realizar algún cambio por defecto de fabrica o por mal uso de los distribuidores.		Elaboración de la nota de remisión	Se le entrega la copia de la remisión correspondiente	Usuario del Servicio
Licenciado en Optometría	Se desarrolla la nota de remisión por concepto de la compra del producto	FIN DEL PROCESO			

Área: Óptica y Optometría Clave del Proceso: OP2 Nombre del Proceso: Cobranza de productos optométricos
 Responsable del Proceso: Licenciado en Optometría

PROVEEDORES	ENTRADAS (ESPECIFICACIONES)	PROCESOS (ACTIVIDADES)	SALIDAS (ESPECIFICACIONES)	CLIENTE
Asistente de área de Optica	Se realiza el comprobante de remisión	<pre> graph TD INICIO([INICIO]) --> A[Realización del comprobante de pago] A --> B[Nota de remisión] B --> C[Se indica las características del producto] C --> D{¿Cubre el pago total?} D -- NO --> E[Se especifica lo que deja a cuenta] D -- SI --> F([Indicar la fecha de entrega del producto Fin]) E --> G{¿El pago se realiza en 3 o mas pagos?} G -- NO --> H[Determinar el tiempo de pago y registrarlo] G -- SI --> I[Registro de adeudos de trabajos] H --> I I --> J[Lista de ventas] J --> F </pre>	Se haya entregado el comprobante de Remisión debidamente llenado	Usuario del Servicio
Asistente de Area de Optica	Se describe de manera verbal las características del producto que adquirió		Que no se quede con dudas con respecto al producto adquirido	Usuario del Servicio
Asistente de área de Optica	Se describe como la modalidad del pago, Si es al contado o a crédito, registrando en lista de adeudos, determinándose el tiempo.		Logrado entender la modalidad de pago, el monto que deja a cuenta, los plazos y el tiempo para liquidar.	Usuario del Servicio
Asistente de Optica	Se indica la fecha de entrega del producto y las condiciones para entrega.		Se haya realizado la indicación de la entrega del producto y las condiciones para entrega.	Usuario del Servicio

Área: Óptica y Optometría Clave del Proceso: OP3

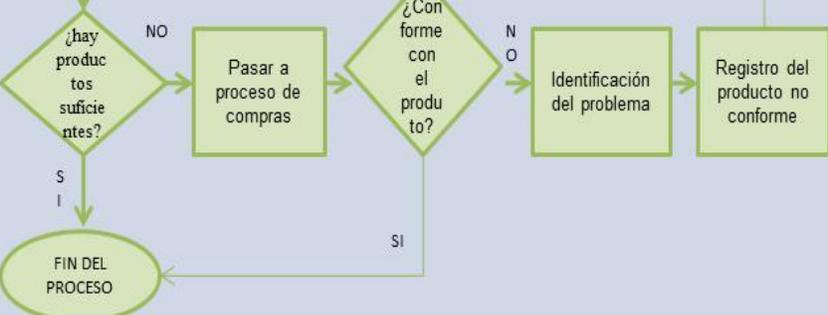
Nombre del Proceso: Envío de Trabajo a laboratorio Optico 1 de 2

Responsable del Proceso: Licenciado en Optometría

PROVEEDORES	ENTRADAS (ESPECIFICACIONES)	PROCESOS (ACTIVIDADES)	SALIDAS (ESPECIFICACIONES)	CLIENTES
Asistente de Área de Optica	Se desarrolla la orden de laboratorio óptico		Identificar que la orden se haya realizado en tiempo y forma	Usuario del Servicio
Asistente de Area de Optica	Descripción de las especificaciones del producto; así como las del usuario		La orden tendrá las especificaciones del producto y del usuario.	Usuario del Servicio
Asistente de Area de Optica	Identificar los datos del pedido		Se haya identificado los datos del pedido	Usuario del Servicio
Asistente de Area de Optica	Describe el empaquetado del producto a transportarse al laboratorio		Este empaquetado y listo para la transportación de producto opticos.	Proveedor
Asistente de Area de Optica	Hacer el pedido por las diferentes vías de comunicación		Se re haya realizado por las diferentes vías de comunicación el pedido con los diferentes proveedores	Proveedor
Asistente de Area de Optica	Se realiza la solicitud del producto		Se hay realizado la solicitud del pedido	Proveedor
Asistente de Area de Optica	Verifica que el precio se encuentre en los rangos de los costos de operación		Se realizó la verificación de los costos del producto	Proveedor
Asistente de Area de Optica	Se determina la fecha de entrega del producto junto con sus condiciones de entrega		Se entrega por escrito la fecha de entrega y se reporta en una lista de entrega	Usuario del Servicio

Área: Óptica y Optometría Clave del proceso: OP3
 Nombre del Proceso: Envío de trabajos de laboratorio Optico 2 de 2
 Responsable del Proceso: Licenciado en Optometría

PROVEEDORES	ENTRADAS (ESPECIFICACIONES)	PROCESOS (ACTIVIDADES)	SALIDAS (ESPECIFICACIONES)	CLIENTES
Asistente de Optica	Entrega del producto	<pre> graph TD Start1((1)) --> R1[Recepción del producto] Start2((2)) --> R2[Entrega del producto al laboratorio] R1 --> V1[Verificación de la entrega del producto] R2 --> D1{¿El laboratorio ofrece todos los tratamientos?} D1 -- NO --> B1[Búsqueda de otro laboratorio] D1 -- SI --> P1[Producto procesándose] B1 --> P1 V1 --> D2{¿Esta en optimas condiciones?} D2 -- NO --> R3[Rectificación con el laboratorio la imperfección y realizar cambio] D2 -- SI --> P2[Realización del pago] R3 --> P1 P1 --> P2 P2 --> End((FIN DEL PROCESO)) </pre>	Se haya entregado el producto al laboratorio y este lo entregue al área de optica	Usuario y Proveedor
Asistente de Optica	El producto este en optimas condiciones.		Que el producto tenga las condiciones optimas	Usuario
Asistente de Optica	Se verifica no tenga defectos		Se haya realizado la verificación de los defectos	Proveedory Usuario
Asistente de Pago, Usuario	Se realiza el pago a laboratorio		Se realiza el pago tanto al proveedor como del usuario	Proveedor

PROVEEDORES	ENTRADAS (ESPECIFICACIONES)	PROCESOS (ACTIVIDADES)	SALIDAS (ESPECIFICACIONES)	CLIENTES
Asistente de Area optica	Registrar productos vendidos		Realización del registro de los productos vendidos	Responsable de área de Optica
Asistente de Area optica	Control de existencia e inventario		Desarrollado el control de las existencias por medio del inventario	Responsable de área de Optica
Asistente de Area optica	Supervisión de existencia de productos e insumos suficientes		Supervisión realizada de productos e insumos suficientes	Responsable de área de Optica

Anexo 4

Concentrado de Indicadores por Servicio. Soporte Administrativo

Area de servicio	Nombre del Proceso	Clave y Numero del Proceso	Nombre del Indicador	Numero del Indicador	Formula del Indicador	Objetivo del Indicador	Unidad de Medición	Instrumentos utilizados para medir	Periodo de Evaluación	Standard	
Soporte administrativo	Bienvenida e información inicial de los servicios a usuarios	SOP1	Porcentaje de personas informadas correctamente sobre los servicios de salud de la cooperativa	1.1	Número de personas con información correcta y completa acerca de los servicios que otorga la organización / numero de personas encuestadas x 100	Asegurar que los servicios de la clínica se difundan entre la mayor parte de los usuarios que acuden	Porcentaje	Encuesta Rápida	mensual	95%	
			Porcentaje de personas que acudieron a su cita programada	1.2	Numero de personas que acudieron a cita programada en el mes por tipo de atención / Total de personas citadas en el mes x 100	Identificar el porcentaje de las personas que fueron agendadas y asistieron a su cita.	Porcentaje	Agenda de citas	mensual	80%	
	Verificación de condiciones de área de trabajo	SOP2	Porcentaje de formatos correctamente llenados	2.1	Numero de formatos correctamente llenados / el total de formatos llenados x 100	Identificar los formatos correctamente llenados	Porcentaje	Encuesta rápida			
			Porcentaje de deficiencias en el área de trabajo	2.2	Número de deficiencias por tipo de deficiencia identificadas en el formato de verificación de condiciones del área de trabajo / total de deficiencias identificadas en el formato de verificación de condiciones del área de trabajo X 100	Conocer los formatos de condiciones de área de trabajo con deficiencias por tipo de deficiencias	Porcentaje	Formato de condiciones de trabajo	mensual	80%	
			Proporción de formatos correctamente llenados y devueltos por el profesional	2.3	No de formatos llenado correctamente y devuelto por los profesionales / No. De formatos entregados por el responsable a los profesionales x 100	Identificar de los formatos correctamente llenados, el porcentaje de los que son devueltos por los profesionales	Porcentaje				
			Porcentaje de listas con errores	2.4	No. De listas con errores / Total listas entregadas x 100	Identificar los formatos con errores de llenado	Porcentaje				
			Porcentaje de expedientes solicitados con errores identificados por área	2.5	No. De expedientes solicitados con errores identificados por área / Total de expedientes solicitados	Conocer el porcentaje de expedientes solicitados con errores por área de servicio	Porcentaje	lista de expedientes solicitados	mensual	80%	
	Gestión de insumos: adquisición / Registro de entradas y salidas / Reporte	SOP3	Porcentaje de pedidos recibidos en tiempo y forma	3.1	No. De pedidos recibidos en tiempo y forma / total de pedidos en el periodo x 100	Establecer la base de un sistema para la evaluación de proveedores.	Porcentaje	Formato de pedidos de insumos y materiales Factura o remisión del producto	Trimestral	95%	
			porcentaje de inconformidades de los pedidos entregados	3.2	No. De inconformidades reportadas por los responsables de área / Total de materiales e insumos entregados x 100	Identificar el porcentaje de inconformidades de los pedidos entregados reportadas por los responsables de área	Porcentaje	Lista de entrega de insumos	Mensual	100%	
	Verificación de instalaciones y equipo	SOP4	Porcentaje de reportes de verificación correctamente realizados	4.1	No de reportes de verificación correctamente realizados y entregados por área de servicio / Total de reportes esperados x 100	Conocer el porcentaje de reportes llenados correctamente por área de servicio	Porcentaje	Rreporte de instalaciones y equipo	mensual	80%	
			Porcentaje de solicitudes de mantenimiento correctivo prevenibles	4.2	No de solicitudes de mantenimiento correctivo prevenibles / el total de solicitudes de mantenimiento correctivo x 100	Identificar las solicitudes de mantenimiento que pudieron prevenirse por medio de una verificación adecuadas	Porcentaje	Formato de verificación	semestral con selección aleatoria	100%	
			Porcentaje de formatos de mantenimiento correctamente llenados	4.3	No de solicitudes de mantenimiento correctamente llenados / Total de solicitudes entregadas x 100	identificar el correcto llenado de las solicitudes de mantenimiento	Porcentaje				
	Lavado y esterilizado de materiales y equipo	SOPS	Porcentaje de turnos que inician con instrumental sucio en los contenedores	5.1	Número de turnos que inician con instrumental sucio en los contenedores de cada área en un periodo determinado/ Total de turnos por área en un periodo determinado x 100	Evaluar la capacidad de la clínica para garantizar la disponibilidad de material limpio y estéril al inicio de cada turno.	Porcentaje	Formato de contenedores de áreas de medicina y dental	mensual	Hasta 30% área dental Hasta 10% área medicina	
			Porcentaje de ocasiones en las que se encuentra material oxidado por esterilización calor seco	5.2	No de ocasiones en las que se encuentra material oxidado por esterilización por calor seco / Número de esterilizaciones realizadas x 100	Estimar el nivel desperdicio del material y el riesgo de utilizar material en mal estado al atender al usuario.	Porcentaje	Formato inspecciones de material recién esterilizado en los contenedores	mensual	20% para dental 10% para medicina	
			Porcentaje de ocasiones en que se identifica material que no debió esterilizarse en calor seco	5.3	No de ocasiones en las que se identifica material que no debió esterilizarse con calor seco / Total de esterilizaciones x 100	Identificar el porcentaje de material no esterilizable en calor seco	Porcentaje				
			Porcentaje de ocasiones en las que se encuentra material en condiciones inadecuadas	5.4	No de ocasiones en la que se encuentra material en condiciones inadecuadas / total de material x 100	Identificar el porcentaje que se encuentra el material en condiciones inadecuadas	Porcentaje				
			Porcentaje de paquetes esterilizados sin fecha	5.5	no de paquetes esterilizados sin fecha / total de paquetes revisados x 100	identificar el porcentaj de mtaerial esterilizado sin fecha de caducidad	Porcentaje				
			Porcentaje de lista de supervisión realizadas de lavado y secado de material no entregado	5.6	No. De listas de supervisión realizadas de lavado y secado de material no entregadas por área / Total de listas de supervisión solicitadas por área al mes x 100	Conocer el porcentaje de reportes no entregados por área de incumplimiento de esterilizado	Porcentaje	Reporte	mensual		
			Porcentaje de formato de cumplimiento de esterilizado	5.7	No de reportes de incumplimiento de esterilizado / total de reportes realizados al mes x 100	Identificar el porcentaje de reporte por incumplimiento de esterilizado por área de servicio al mes	Porcentaje	Reporte	mensual		
			Porcentaje de formato de acomodo de equipo y material	5.8	No de reportes de incumplimiento de acomodo y ordenado de material y equipo por área / Total de reportes esperados de material y equipo x 100	conocer el porcentaje de deficit de entrega de reporte por incumplimiento de acomodo y ordenado de material por área de servicio en el mes.	Porcentaje	Reporte	mensual		
Despedida y cobranza de servicios	SOP6	Porcentaje de registros completos	6.1	Número de registros completos de consulta de primera vez/ Total registros de primera vez x 100	Conocer el porcentaje de registros completos de primera vez	Porcentaje	Hoja de reporte diario (Recepción)	mensual			
		Porcentaje de usuarios que recibieron información y recordatorios al momento de la despedida por parte del personal de recepción	6.2	No de usuarios que reportan haber recibido información de despedida por parte de la recepcionista / total de usuarios encuestados x 100	Conocer el porcentaje de usuarios que no se les realizó despedida de acuerdo al guión	Porcentaje	Hoja de reporte diario (Recepción)	mensual			
		Porcentaje de cobros con errores	6.3	Numero de notas con al menos con un error / el total de notas realizadas al mes x 100	Conocer el porcentaje de errores en notas de remisión	Porcentaje	Formato de notas de remisión	mensual			

Medicina y Genéricos

Area de servicio	Nombre del Proceso	Clave y Numero del Proceso	Nombre del Indicador	Numero del Indicador	Formula del Indicador	Objetivo del Indicador	Unidad de Medición	Instrumentos utilizados para medir	Periodo de Evaluación	Standard
Consulta de primera vez	MED1		Porcentaje de consulta de primera vez	1.1	Total de consultas de primera vez / total de consultas de medicina x 100	Identificar el numero de usuarios que acuden a consulta por primera vez	Porcentaje	Reporte diario de consultas	Mensual	
			Porcentaje de Formatos de historia clinica realizada con error	1.2	Numero de historias clinicas revisadas que presentan algun error / el total de historias clinicas revisadas x 100	Identificar el porcentaje de error en el llenado de formato de historia clinica	Porcentaje	Formato de Historia Clinica	Mensual	
			Porcentaje de formatos de detección de problemas de salud realizada con error	1.3	Número de consultas en las que se llenó hoja de identificación de problemas / Número de consultas realizadas x 100	Conocer el porcentaje de formatos de detección de problemas de salud con error	Porcentaje	Formato de Identificación de problemas de salud	Mensual	
			Porcentaje de usuarios de primera vez que regresaron a consulta	1.4	Numero de usuarios de primera vez que regresaron a consulta / total de citas programadas x 100	Conocer el porcentaje de usuarios de primera vez regresaron a consulta	Porcentaje	Reporte diario de consultas	Mensual	
			Porcentaje de menores atendidos con enfermedad diarreica aguda en los que se aplicó el plan de tratamiento correcto	1.5	Número de menores de cinco años con EDA que fueron atendidos con plan de tratamiento correcto / Número de menores de cinco años con EDAs atendidos X 100	Evaluar el cumplimiento de las recomendaciones oficiales para el tratamiento de menores con EDA en la atención proporcionada por los médicos de la Cooperativa	Porcentaje	Expediente Clínico Hoja de Registro	Mensual	100%
			Porcentaje de usuarios atendidos con Diabetes Mellitus a los que se les aplicó en plan de tratamiento correcto	1.6	Número de usuarios con Diabetes Mellitus que fueron atendidos con el plan de tratamiento correcto / Número de usuarios con Diabetes Mellitus X 100	Evaluar el nivel de cumplimiento en la atención proporcionada por los médicos de la Cooperativa de las recomendaciones oficiales para el tratamiento y prevención de complicaciones de Diabetes Mellitus.	Porcentaje	Expediente Clínico Hoja de Registro	Mensual	80%
Consulta Subsecuente	MED2	Los indicadores de este proceso, se incluyen en los indicadores Genéricos								
Consulta para la expedición de Certificados escolares	MED3		Porcentaje de usuarios notificados sobre las condiciones y requisitos para poder realizar el certificado	3.1	No de usuarios notificados / el total de consultas de expedición de certificados escolares	Conocer el porcentaje de usuarios notificados sobre las condiciones y requisitos para la realización del certificado escolar	Porcentaje	Encuesta rápida	Por temporada	
			Porcentaje de padres o tutores que afirman haber recibido información de que el menor tiene un problema de salud	3.2	Número de padres o tutores que afirman haber recibido información sobre el estado de salud del menor / el total de entrevistados x 100	Identificar el porcentaje de padres o tutores que afirman haber recibido la información de que el menor tiene un problema de salud	porcentaje	Encuesta rápida	por temporada	
			Porcentaje de padres o tutores que describen el problema de salud identificados en el menor	3.3	Número de padres o tutores que describen el problema de salud identificados en el menor / el total de entrevistados x 100	Identificar el porcentaje de padres o tutores que describen el problema de salud identificados en el menor	porcentaje	Encuesta rápida	Semestral al azar	80%
			Porcentaje de certificados sin errores	3.4	Número de certificados sin error / el total de certificados revisados x 100	Identificar el porcentaje de certificados expedidos sin errores	Porcentaje	Encuesta rápida	Semestre al azar	80%
			Porcentaje de usuarios notificados sobre la consulta de revisión de atención del niño sano	3.5	Número de usuarios notificados sobre la consulta de revisión de atención del niño sano / el total de entrevistados x 100	Identificar a los usuarios sin notificar sobre la consulta de revisión de atención del niño sano	Porcentaje	Encuesta rápida	Por temporada	
Consulta a domicilio.	MED4		Porcentaje de consultas domiciliarias otorgadas después de 30 minutos después de su solicitud	4.1	Número de consultas domiciliarias después de 30 de su solicitud / Total de consultas domiciliarias otorgadas en el periodo x 100	Evaluar la capacidad de respuesta que tiene el servicio	porcentaje	Hoja re registro diario	Mensual	20%
			Porcentaje de solicitudes de consulta domiciliaria no atendida	4.2	Número de solicitudes de consulta domiciliaria no atendida / Total de solicitudes de consulta domiciliaria recibidas x 100	Evaluar la capacidad de respuesta que tiene el servicio.	porcentaje	Reporte de registro diario	Mensual	5%
			Porcentaje de usuarios a los que se les da seguimiento durante el mes posterior a una consulta domiciliaria	4.3	Número de usuarios con seguimiento durante los 30 días posteriores a una consulta domiciliaria / total de usuarios atendidos en consulta domiciliaria x 100	Identificar el porcentaje de usuarios a los que se les da seguimiento durante los 30 días posteriores a una consulta domiciliaria	porcentaje	Registro diario, Expediente clinico	Mensual	100%
			Porcentaje de consultas domiciliarias con reporte de material e insumos utilizados.	4.4	Numero de consultas domiciliarias con reporte de material utilizado / total de consultas a domicilio otorgadas x 100	Garantizar el abastecimiento del botiquin durante las consultas domiciliarias.	porcentaje	Registro de consulta diaria Formatos de registro de material utilizado en consultas domiciliarias	Mensual	95%
Realización de consulta de urgencias	MED5		Porcentaje de atención de emergencias en Panamedica	5.1	No de consultas de emergencia / total de consultas de medicina x 100	Identificar el porcentaje de consultas de emergencia de la cooperativa de salud	Porcentaje	Reporte de consultas	Mensual	
			Porcentaje de pacientes en situación de emergencia atendidos en el servicio de medicina de la clínica.	5.2	Total de pacientes cuya situación de emergencia se resolvió en la clínica en un periodo determinado / Total de personas en situación de emergencia que solicitaron consulta en el periodo x100	Evaluar la capacidad de la clínica para apoyar a la comunidad en la resolución de emergencias médicas.	Porcentaje	Hojas de consulta de emergencia	Mensual	Se realizará una evaluación basal retrospectiva
			Porcentaje de transporte ofrecido a usuarios	5.3	Total de usuario con ofrecimiento de transporte a usuarios / total de usuarios referidos a otro nivel x 100	Conocer el porcentaje de transporte ofrecidos a usuarios de la cooperativa	Porcentaje	Reporte de transporte	Mensual	
			porcentaje de usuarios referidos a los que se le dio seguimiento	5.4	Número de usuarios referidos con seguimientos / total de usuarios referidos x 100	Diseñar un plan de seguimiento a usuarios referidos a otro nivel de atención.	Porcentaje	Hoja de consulta médica Formato de referencia-contrareferencia Encuesta rápida	Bimestral	80%
			Porcentaje de usuarios que fueron atendidos en la unidad a la cual se le refirió	5.4.1	Número de usuarios que fueron atendidos en la unidad a la cual se le refirió / Total de usuarios referidos encuestados x 100	Conocer el porcentaje de usuarios que fueron atendidos en la unidad a la cual se refirió	porcentaje	Encuesta rápida	Mensual	80%
			Porcentaje de usuarios a los que se les resolvió el problema en la unidad de referencia	5.4.2	Número de usuarios a los que se les resolvió el problema en la unidad de referencia / Total de usuarios referenciados encuestados x 100	Conocer el porcentaje de usuarios a los que se les resolvió el problema en la unidad de referencia	Porcentaje	Encuesta rápida	Mensual	80%
Genericos	Gen6		Porcentaje de usuarios que reportan haber recibido invitación para consulta de revisión y control	6.1	Numero de usuarios que reportan haber recibido invitación para consulta de revisión y control / Total de usuarios entrevistados x 100	Identificar el numero de usuarios que acudieron a consulta de revision y control	Porcentaje	Encuesta rápida	Semestral al azar	
			Porcentaje de usuarios que solicitan atención después de su consulta de primera vez	6.2	Numero de usuarios que solicitan atención despues de su consulta de primera vez / Número de usuarios de primera vez en el periodo x 100	Conocer el porcentaje de usuarios que solicitan atención después de su consulta de primera vez	Porcentaje	Agenda de citas	Mensual	100%
			Porcentaje de efectividad de los tratamientos por médico	6.3	Numero de problemas resueltos / problemas atendidos x 100	Identificar la efectividad en los tratamientos por médico	Porcentaje	Encuesta rápida	Mensual	100%
			Porcentaje de formatos de referencia llenados correctamente	6.4	No de formatos llenados correctamente de referencia / el total de formatos x 100	Conocer el porcentaje de error del llenado de formatos referencia	Porcentaje	formato de hoja de referencia contrareferencia	Mensual	
			Porcentaje de pacientes que reportan haber recibido información adecuada por parte del médico	6.5	Número de pacientes que reportan haber recibido información adecuada por parte del médico / total de pacientes entrevistados x 100	Detectar el porcentaje de usuarios que reportan haber recibido información adecuada por parte del médico	Porcentaje	Encuesta rápida	Semestral	80%
			Porcentaje de usuarios que recibieron información sobre los servicios de la cooperativa por parte del médico	6.6	Número de usuarios que recibieron información sobre los servicios de la cooperativa por parte del médico / Total de usuarios entrevistados x 100		Porcentaje	Encuesta rápida		
			Porcentaje de usuarios que repiten la explicación proporcionada por el médico	6.7	Número de usuarios que repiten la explicación proporcionada por el médico / total de usuarios entrevistados x 100	Identificar el porcentaje de usuarios que entienden la información del profesional medico	Porcentaje	Encuesta rápida	Mensual	80%

Dental

Area de servicio	Nombre del Proceso	Clave y Numero del Proceso	Nombre del Indicador	Numero del Indicador	Formula del Indicador	Objetivo del Indicador	Unidad de Medición	Instrumentos utilizados para medir	Periodo de Evaluación	Standard
D E N T A L	Consulta de Revisión	DENT1	Porcentaje de formato plan de tratamiento realizado correctamente	1.1	Número de formatos llenados incorrectamente / el total de formatos entregados al mes x 100	Asegurar que los servicios de la clínica se difundan entre la mayor parte de los usuarios que acuden	Porcentaje	Formatos de plan de tratamiento	Mensual	
			Porcentaje de usuarios informados sobre las condiciones de salud bucal y plan de tratamiento	1.2	Número de usuarios informados sobre las condiciones de su plan de tratamiento y salud bucal / el total de consultas de revisión x100	Identificar la capacidad de los profesionales para sensibilizar al usuario a volver a consulta	Porcentaje	Encuesta rápida	Semestral	100%
			Porcentaje de usuarios informados y que aceptan una posible modificación de presupuesto	1.3	Número de usuarios informados y que aceptan una posible modificación al presupuesto / el total de usuarios entrevistados x 100					
			Porcentaje de usuarios informados sobre el presupuesto de tratamiento	1.4	Número de usuarios informados sobre el presupuesto de tratamiento / el total de consultas de revisión x 100	Identificar el porcentaje de usuarios informados sobre el presupuesto de tratamiento	Porcentaje	Encuesta rápida	Mensual	
			Porcentaje de cartas compromiso sin firma del usuario	1.5	Número de cartas compromiso no firmadas por el usuario/ el total cartas compromiso realizadas x 100		Porcentaje	Formato carta compromiso	Mensual	
			Porcentaje de cartas compromiso sin firma por el profesional	1.6	Número de carta compromiso no firmadas por el profesional de salud / el total de cartas compromiso realizadas x 100		Porcentaje	formato carta compromiso	Mensual	
			Porcentaje de asistencia a cita programada	1.7	Número de asistencias a citas programadas / Total de citas programadas	Identificar el porcentaje de asistencia de usuarios a citas programadas	Porcentaje	Agenda de citas	Mensual	
			Porcentaje de presupuesto digital con registro de costo de material	1.8	Número de presupuestos digitales en los que se registró el costo de material / total de presupuestos digitales x 100	Identificar el porcentaje de los presupuestos digitales que cuentan con el registro de costo de material				
			Porcentaje de registro de entradas de dinero correcto a formato electrónico	1.9	Número de registros correctos de entradas de dinero/ el total de registros de entrada de dinero x 100	Identificar el porcentaje de registros de entradas de dinero al formato electrónico	Porcentaje	Formato electrónico	Mensual	
	Consulta de primera vez	DENT2	Porcentaje de llenado correcto de formato de historia clínica	2.1	Número de historias clínicas llenadas correctamente / el total de consultas de primera vez x 100	Identificar el porcentaje de llenado correcto de historia clínica	Porcentaje	Formato de Historia Clínica	Mensual	
			Porcentaje de llenado Chart incorrectamente	2.2	Número de formatos de Chart llenados incorrectamente / el total de Charts realizados x 100	Conocer el porcentaje de llenados incorrectos del formato de Chart	Porcentaje	Formato de Chart	Mensual	
			Porcentaje de llenado incorrecto de formato de hoja de tratamiento	2.3	Número de formatos de hojas de revisión / el total de hojas de revisión realizadas x 100	Identificar el porcentaje de llenado de hoja de tratamiento inadecuadamente	Porcentaje	Formato de hoja de tratamiento	Mensual	
			Porcentaje de procedimientos acordados realizados	2.4	Número de procedimientos acordados a realizar / el número de procedimientos realizados x 100	Identificar si el procedimiento acordado se realizó	Porcentaje	Encuesta rápida	Mensual	
	Consulta subsecuente	DENT3	Porcentaje de expedientes extraviados	3.1	Número de expedientes extraviados / Número de consultas subsecuentes realizadas x 100	Conocer el porcentaje de expedientes extraviados de consulta subsecuente	Porcentaje	Lista de solicitudes de expedientes	Mensual	
			Porcentaje de radiografías erróneamente tomadas	3.2	Número de radiografías tomadas erróneamente / El total de radiografías tomadas x 100	Identificar el porcentaje de errores en la toma de radiografías tomadas	Porcentaje	Inventario de insumos	Mensual	
			Porcentaje de notas de evolución no realizadas al mes por profesional	3.3	Número de casos que no se realizó notas de evolución / total de usuarios que solicitaron atención en cualquier momento x 100	Sensibilizar al profesional para llenado de formato de notas de evolución	Porcentaje	Expediente Clínico	Mensual	5%
			Porcentaje de expedientes no entregados a recepción	3.4	Expedientes no entregados a recepción por el profesional / Total de expedientes expedidos x 100	Conocer el porcentaje de expedientes no entregados a recepción por el profesional	Porcentaje	Lista de expedientes	Mensual	
	Consulta de emergencia	DENT4	Porcentaje de radiografías realizadas con error	4.1	Número de radiografías realizadas con error / Total de tomas realizadas x 100	Identificar el porcentaje de radiografías realizadas con error	Porcentaje			
			Porcentaje de consultas de emergencia	4.2						
Envío de trabajo a laboratorio dental	DENT5	Porcentaje de Toma correcta de impresión anatómica	5.1	Número de tomas de impresión anatómica correctamente / Total de impresiones realizadas x 100	Identificar el porcentaje de impresiones tomadas correctamente	Porcentaje				
		Porcentaje de Formato de laboratorio llenado correctamente	5.2	Número de formatos de laboratorio llenado correctamente / Total de formatos realizados x 100	Conocer el porcentaje de formatos llenados correctamente	Porcentaje				
		Porcentaje de entregas de trabajos en tiempo y forma	5.3	Número de entregas de trabajo en tiempo y forma / Total de trabajos enviados x 100	Identificar el porcentaje de entregas de trabajos de laboratorio en tiempo y forma	Porcentaje				
		Porcentaje de llamadas no realizadas a laboratorio	5.4	Número de llamadas no realizadas a laboratorio / Total de llamadas realizadas x 100	Conocer el porcentaje llamadas no realizadas a laboratorio dental					

Anexo 5

Metodología Matriz de Selección

Criterios para desarrollar Indicadores en la Cooperativa de Salud Panamedica				
Calificación	Criterios			
	Pronóstico	Personal Adecuado	Impacto	Posibilidad de Mejora
5	<i>Resultados serán muy insatisfactorios</i>	<i>Contar con personal altamente calificado supone mayor facilidad para emprender acciones para la medición y la mejora</i>	<i>Muy Alto riesgo de afectar la salud del usuario y la imagen que percibe de la organización</i>	<i>Hay plenas condiciones que permiten suponer que las acciones de mejora pueden emprenderse con facilidad</i>
4	<i>Resultados serán insatisfactorios</i>	<i>Contar con personal supone alguna facilidad para emprender acciones para la medición y mejora</i>	<i>Alto Riesgo de afectar la salud del usuario y la imagen que percibe de la organización</i>	<i>Hay suficientes condiciones que permiten suponer que las acciones de mejora pueden emprenderse con facilidad</i>
3	<i>Resultados medianamente satisfactorios</i>	<i>Contar con personal medianamente apto puede representar algunas dificultades para la medición y la mejora</i>	<i>Mediano Riesgo en afectar la salud del usuario y la imagen que este tiene de la organización</i>	<i>Hay algunas condiciones que permiten que las acciones de mejora pueden emprenderse con facilidad</i>
2	<i>Resultados satisfactorios</i>	<i>Contar con personal poco apto puede representar dificultades</i>	<i>Riesgo bajo en afectar la salud del usuario y la imagen que tiene de la organización</i>	<i>Hay escasas condiciones que permiten que las acciones de mejora pueden emprenderse con facilidad</i>
1	<i>Resultados muy satisfactorios</i>	<i>No Contar con personal apto supone serias dificultades para emprender acciones para la medición y la mejora</i>	<i>No hay riesgo en afectar la salud del usuario y la imagen que tiene sobre la organización</i>	<i>No hay condiciones que permiten suponer que las acciones de mejora pueden emprenderse con facilidad</i>

Calificación de los criterios definidos

Fuente: Desarrollado por el Autor

Definición de Criterios Para Selección de Indicadores	
Concepto	Descripción Técnica
<i>Pronóstico</i>	Se refiere al resultado que se supone se observará a la aplicación de la fórmula del indicador
<i>Idoneidad del personal</i>	Se refiere a la aptitud del personal para desarrollar las actividades
<i>Impacto</i>	Se refiere al riesgo de afectar la salud del usuario y la imagen que éste tiene
<i>Posibilidad de Mejora</i>	Se refiere a la presencia de condiciones que permitan suponer que las acciones de mejora podrán emprenderse con cierta facilidad

Definición de criterios para seleccionar Indicadores

Fuente: Desarrollado por al Autor

Matriz de Selección Total							
Número	Criterios		Pronostico	Personal Adecuado	Impacto	Posibilidad de Mejora	Total
	Nombre del Indicador						
1	Porcentaje de personas informadas correctamente sobre los servicios de salud de la cooperativa		4	5	2	5	16
2	Porcentaje de personas que acudieron a su cita programada		3	5	4	4	16
3	Porcentaje de deficiencias en el área de trabajo		3	4	4	5	16
4	Porcentaje de errores en las solicitudes de expedientes		2	5	2	5	14
5	Porcentaje de pedidos recibidos en tiempo y forma		3	5	5	5	18
6	Porcentaje de inconformidades en los pedidos entregados		5	3	2	3	13
7	Porcentaje de reportes de verificación correctamente realizados		3	4	3	4	14
8	Porcentaje de solicitudes de mantenimiento correctivo prevenibles		3	3	5	3	14
9	Porcentaje de casos que se encuentra material sucio sin justificación		4	5	5	5	19
10	Porcentaje de ocasiones en las que se encuentra material oxidado por esterilización con calor seco		4	5	5	5	19
11	Porcentaje de paquetes esterilizados sin fecha		3	4	5	4	16
12	Porcentaje de usuarios que recibieron información y recordatorios al momento de la despedida por parte del personal de recepción		4	5	4	3	16
13	Porcentaje de cobros con errores		3	5	3	4	15
14	Porcentaje de usuarios de primera vez que regresaron a consulta		4	5	3	3	15
15	Porcentaje de padres o tutores que describen el problema de salud del menor		4	4	2	3	13
16	Porcentaje de certificados con errores		3	4	4	4	15
17	Porcentaje de consultas domiciliarias otorgadas 30 minutos o más después de su solicitud		3	5	5	4	17
18	Porcentaje de solicitudes de consulta domiciliaria no atendida		3	5	5	4	17
19	Porcentaje de usuarios a los que se les da seguimiento durante el mes posterior a una consulta		3	5	4	4	16
20	Porcentaje de consultas domiciliarias sin reporte de material e insumos utilizados		4	5	5	4	18
21	Porcentaje de casos de emergencia que se pueden atender en el servicio de medicina		3	5	5	4	17
22	Porcentaje de usuarios referidos a los que se le dio seguimiento		4	5	4	4	17
23	Porcentaje de usuarios que fueron atendidos en la unidad a la cual se le refirió		4	4	5	3	16
24	Porcentaje de usuarios a los que se les resolvió el problema en la unidad de referencia		3	3	4	4	14
25	Porcentaje de usuarios que solicitan atención después de su consulta de primera vez		4	5	4	5	18
26	Porcentaje de efectividad de los tratamientos por médico		4	5	5	5	19
27	Porcentaje de pacientes que reportan haber recibido información adecuada por parte del médico		3	4	3	4	14
28	Porcentaje de usuarios que repiten la explicación proporcionada por el médico		3	5	5	5	18
29	Porcentaje de formato plan de tratamiento realizado correctamente		4	3	4	4	15
30	Porcentaje de usuarios informados sobre el presupuesto de tratamiento		4	5	4	4	17
31	Porcentaje de cartas consentimiento sin firma por el profesional y usuario		3	4	3	4	14
32	Porcentaje de presupuesto digital con registro de costo de material		3	4	5	3	15
33	Porcentaje de expedientes no entregados a recepción		4	5	4	4	17
34	Porcentaje de expedientes extraviados		3	3	4	4	14
35	Porcentaje de notas de evolución no realizadas		4	4	5	4	17
36	Porcentaje de Toma correcta de impresión anatómica		4	5	5	4	18
37	Porcentaje de Formato de laboratorio llenado correctamente		3	5	4	4	16
38	Porcentaje de entregas de trabajos de laboratorio en tiempo y forma		4	3	4	4	15
39	Porcentaje de menores atendidos con enfermedad diarreica aguda en los que se aplicó el plan de tratamiento correcto.		3	4	5	5	17
40	Porcentaje de usuarios atendidos con Diabetes Mellitus a los que se aplicó el plan de tratamiento correcto		3	4	5	5	17

Calificación de Indicadores a desarrollar. Fuente: Desarrollado por el Autor

Anexo 6

Desarrollo de Indicadores.

Se enlistan por orden en el que aparecen en la matriz de selección.

INDICADOR DE SOPORTE

Clave y número del proceso	Número del indicador
SOP5	5.1
TIPO DE INDICADOR	ESTRUCTURA

ESTADO SITUACIONAL.

Una norma establecida en la clínica es que los profesionales deben lavar y esterilizar el instrumental que utilizan al finalizar el turno en el que les corresponde laborar. Para ello, deben colocar el instrumental utilizado (sucio) en el contenedor que corresponda; hay uno para el servicio de atención médica y otro para el servicio dental. No obstante, ha habido ocasiones, al inicio de cada turno, en que se encuentra instrumental sucio en los contenedores. Esto ha propiciado que en algunas atenciones no se cuente con el instrumental suficiente.

NOMBRE DEL INDICADOR:

Porcentaje de turnos que inician con instrumental sucio en los contenedores

OBJETIVO DEL INDICADOR:

Evaluar la capacidad de la clínica para garantizar la disponibilidad de material limpio y estéril al inicio de cada turno.

FÓRMULA DEL INDICADOR:

Número de turnos que inician con
instrumental sucio en los contenedores de cada área
en un periodo determinado

_____ x 100
Total de turnos por área en un periodo determinado

ESTÁNDAR:

Hasta 30% área dental
Hasta 10% área de medicina

ORIGEN DEL INDICADOR:

Desarrollado por el autor con asesoría del comité de PTP

DESCRIPCIÓN DE TÉRMINOS:

Turnos que inician con instrumental sucio. Se refiere al comienzo de las actividades clínicas en que los contenedores tienen instrumental sucio.

Total de turnos. En cada día hábil se consideran dos turnos por área. En un período se tomará el número de días laborables y se multiplicará por dos.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:

No se seleccionará una muestra. Se considerarán todos los turnos del periodo.

FUENTE DE DATOS:

- Los contenedores de áreas de medicina y dental

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:

Gráfica de pastel por periodo determinado.

Gráfica de barras para mostrar el comportamiento del indicador por servicio.

Gráfica lineal para mostrar el comportamiento del indicador en mediciones sucesivas.

PROCEDIMIENTO

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD
1. Al inicio de cada turno, el personal de limpieza realizará la inspección de los contenedores para instrumental sucio. Cada vez que identifica instrumental sucio registrará el dato en la cédula que corresponda al área y al turno	Personal de limpieza	Cada turno
2. Gerente recopila los formatos de informe de material sucio encontrado	Gerente	Mensual
3. Elaboración de concentrado mensual y procesamiento (por área y turno)	Gerente	Mensual
4. Envío de información a Consejo de Administración.	Gerente	Trimestral

**CÉDULA PARA EVALUAR LOS CASOS QUE SE ENCUENTRA MATERIAL SUCIO SIN JUSTIFICACIÓN
COOPERATIVA DE SALUD PANAMEDICA**

FECHA DE REALIZACIÓN: _____ ÁREA O SERVICIO: _____

Al realizar la inspección visual y encontrar material sucio se anotara una "X" seguido del día del mes. En caso de no observar material sucio en los contenedores se colocará la palabra **NO** y se colocará el día del mes.

TRIMESTRE: MES AL MES AÑO:																
Área de Servicio																
Semanas	1		2		3		4		1		2		3		4	
Turno	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
Días																
Lunes																
Martes																
Miercoles																
Jueves																
Viernes																
Sábado																

Total de TURNOS que se encontraron los contenedores con material sucio _____

Aplicó: _____

**EVALUACIÓN DE LOS CASOS QUE SE ENCUENTRA MATERIAL SUCIO SIN JUSTIFICACIÓN
COOPERATIVA DE SALUD PANAMEDICA**

PERÍODO: DEL: _____ AL: _____ FECHA: _____

Total de Turnos Servicio Dental:	
Total de Inicios de turno con material sucio:	
Total de Turnos Servicio Medicina:	
Total de Inicios de turno con material sucio:	
Total de turnos por ambos servicios:	
Total de inicio de turnos con material sucio:	

Observaciones _____

Nombre y firma del Responsable de servicio

INDICADORES DE SOPORTE

Clave y número del proceso	Número del indicador
SOP5	5.2
Tipo de Indicador	Estructura

ESTADO SITUACIONAL.

Se observó que en varias ocasiones el material que fue utilizado en la consulta, al momento de realizar el procedimiento de lavado y secado, no se tuvo la precaución de verificar que el material estuviera completamente seco. Esto conlleva a la oxidación del material durante el esterilizado.

NOMBRE DEL INDICADOR:

Porcentaje de ocasiones en las que se encuentra material oxidado por esterilización en calor seco

OBJETIVO DEL INDICADOR:

Estimar el nivel desperdicio del material y el riesgo de utilizar material en mal estado al atender al usuario.

FÓRMULA DEL INDICADOR:

Número de ocasiones en las que se detectó
material oxidado por esterilización por calor seco
_____ x 100
Número de esterilizaciones realizadas

ESTÁNDAR:

20% para servicio dental
10% para servicio medicina

ORIGEN DEL INDICADOR:

Desarrollado por el autor.

DESCRIPCIÓN DE TÉRMINOS:

Material oxidado. Se refiere al material oxidado provocado por proceso de calentamiento en calor seco.

Esterilización calor seco. Se refiere a un tipo de métodos de esterilización a base de calor seco.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:

Se realizará la inspección dos veces a la semana por turno y por servicio (16 inspecciones por servicio). Mediante una tabla de números aleatorios se seleccionarán las fechas de los días en que se realizará la inspección.

Nota: Deberá de tenerse cuidado y realizarse la supervisión una vez que haya disminuido la temperatura del esterilizador para evitar accidentes.

FUENTE DE DATOS:

- Inspección de material recién esterilizado en los contenedores.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:

Gráfica de pastel para mostrar el desempeño del indicador en el área durante un período determinado.

Gráfica de barras para mostrar el comportamiento del indicador por área de servicio.

Gráfica lineal para mostrar el comportamiento del indicador en mediciones sucesivas.

PROCEDIMIENTO:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD
5. Selección de los días en que se realizará la inspección	Gerente	Mensual
6. Supervisión de material esterilizado.	Encargado de control de calidad	Cada uno de los días seleccionados por cada turno.
7. Elaboración de concentrado mensual y procesamiento (por área y turno)	Encargado de control de calidad	Mensual
8. Envío de información a la Gerencia	Encargado de control de calidad	Mensual

**CÉDULA PARA EVALUAR LAS OCASIONES EN LAS QUE SE ENCUENTRA MATERIAL
OXIDADO POR ESTERILIZACIÓN EN CALOR SECO
COOPERATIVA DE SALUD PANAMEDICA**

Servicio: _____

Mes: _____

Para cada turno, marque con una "X" cada uno de los días que resultaron seleccionados para realizar la inspección.

Si identifica material oxidado durante la inspección, escriba el número 1 en la celda que corresponda. En caso de que no observe material oxidado escriba el número 0 (cero).

	Semana 1				Semana 2				Semana 3				Semana 4			
	matutino		vespertino		matutino		vespertino		matutino		vespertino		matutino		vespertino	
	X	1 ó 0	X	1 ó 0	X	1 ó 0	X	1 ó 0	X	1 ó 0	X	1 ó 0	X	1 ó 0	X	1 ó 0
Lunes																
Martes																
Miércoles																
Jueves																
Viernes																
Sábado																
Total																

Total de veces que se encuentra material oxidado	
--	--

Nombre y firma del Aplicador: _____

**EVALUACIÓN DE LAS OCASIONES EN LAS QUE SE ENCUENTRA MATERIAL OXIDADO
POR ESTERILIZACIÓN EN CALOR SECO**

COOPERATIVA DE SALUD PANAMEDICA

PERÍODO: DEL: _____ AL: _____ FECHA: _____

En esta tabla registre para cada día y cada servicio, el total de inspecciones en las que se identificó material oxidado. En la fila inferior registre la suma de los totales para ambos servicios.

Días	Lunes		Martes		Miercoles		Jueves		Viernes		Sábado		Total	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
Medicina														
Dental														
Total														

Observaciones _____

 Nombre y firma de Responsable de servicio

INDICADORES DE GENERICOS

Clave y número del proceso	Número del indicador
GEN6	6.3
Tipo de Indicador	Proceso

ESTADO SITUACIONAL:

En ocasiones algunos usuarios mencionaban que el profesional que los atendió con anterioridad, no resolvió su problema, lo cual fue motivo para solicitar ser atendido por otro profesional.

NOMBRE DEL INDICADOR:

Porcentaje de pacientes que opinan que su estado de salud ha mejorado a raíz del tratamiento indicado por el profesional

OBJETIVOS DEL INDICADOR:

Estimar la efectividad de los tratamientos prescritos por los profesionales de la clínica.

FÓRMULA DEL INDICADOR:

Número de usuarios que opinan
que su estado de salud ha mejorado
a raíz del tratamiento indicado
por el profesional

$\frac{\text{Número de usuarios que opinan que su estado de salud ha mejorado a raíz del tratamiento indicado por el profesional}}{\text{Total de usuarios encuestados}} \times 100$

ESTÁNDAR:

100% de los pacientes que han recibido tratamiento reporta mejora en su estado de salud.

ORIGEN DEL INDICADOR:

Desarrollado por el autor.

DESCRIPCIÓN DE TÉRMINOS:

Usuarios que reportan mejor en su estado de salud. Aquellas personas seleccionadas para participar en la encuesta y que respondan afirmativamente a pregunta respectiva.

Todas las personas que participan en la encuesta. Se refiere a aquellas personas que resultaron seleccionadas y a quienes se les aplicó el cuestionario

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:

Se seleccionará de manera aleatoria una semana de cada mes durante la cual se aplicará la encuesta. El día hábil anterior se seleccionarán de la agenda de citas, también de manera aleatoria, a 18 usuarios de dental y 26 de medicina. Para cada turno se distribuirá el 50% de la muestra por servicio. Se excluirá a aquellos citados que acudan por primera vez y a quienes no se les ha prescrito tratamiento con anterioridad.

FUENTE DE DATOS:

- Agenda de citas

- Usuarios encuestados

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:

Gráfica de pastel para mostrar el desempeño del indicador en el área durante un período determinado.

Gráfica de barras para mostrar el comportamiento del indicador por servicio.

PROCEDIMIENTO:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD
9. Selección la semana del mes en que se aplicará la encuesta rápida	Responsable de calidad	Mensual
10. Aplicación de la encuesta rápida	Responsable de calidad	Mensual
11. Procesamiento de datos y elaboración de concentrado mensual	Responsable de calidad	Mensual
12. Envío de información a la Gerencia	Responsable de calidad	Mensual
13. Presentación de informe mensual a consejo de administración	Gerente	Mensual

CÉDULA PARA EVALUAR LA PERCEPCIÓN DE MEJORA EN EL ESTADO DE SALUD A RAÍZ DEL TRATAMIENTO PROPORCIONADO POR LOS PROFESIONALES

COOPERATIVA DE SALUD PANAMEDICA

FECHA DE REALIZACIÓN: _____ SERVICIO: _____

Se colocará el nombre del área de servicio, seguido del nombre del profesional que lo atendió, fecha de tratamiento inicio y fecha de tratamiento final. Se escribirá el número (0) si el tratamiento referido por el médico resolvió la necesidad de salud. Se colocará el número (1) si el tratamiento no resolvió la necesidad de salud del usuario

Usuario	Fecha	Turno		¿Qué tanto ha mejorado su estado de salud a raíz del tratamiento proporcionado por el profesional?			
		Matutino	Vespertino	nada	poco	mucho	Problema resuelto
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Número de usuarios que opinan que su estado de salud ha mejorado mucho o está resuelto	
Usuarios encuestados	

INDICADOR DE SOPORTE

Clave y número del proceso	Número del indicador
SOP3	3.1
Tipo de Indicador	Estructura

ESTADO SITUACIONAL:

Se observó que algunas ocasiones el incumplimiento de los proveedores en las solicitudes y tiempos de entrega no correspondían a los requerimientos. La realización de compras no programadas tiene además un impacto financiero en la organización.

NOMBRE DEL INDICADOR:

Porcentaje de pedidos recibidos en tiempo y forma

OBJETIVO DEL INDICADOR:

Establecer la base de un sistema para la evaluación de proveedores.

FÓRMULA DEL INDICADOR:

Número de pedidos entregados en tiempo y forma
_____ x 100
Total de pedidos en el periodo

ESTÁNDAR:

95%

ORIGEN DEL INDICADOR:

Desarrollado por el autor

DESCRIPCIÓN DE TÉRMINOS:

Pedidos Recibidos tiempo y forma. Se refiere a todos los pedidos entregados por los proveedores de manera oportuna y con los requerimientos definidos por la clínica.

Pedido. Es un documento en el que se detallan los productos solicitados por la clínica a los proveedores, así como a la especificación de los requerimientos respectivos, incluidos los plazos de entrega.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:

Se realizará un censo mediante el cual se contrastaran las entregas de un trimestre con los pedidos correspondientes

FUENTE DE DATOS:

- Formato de pedidos de insumos y materiales.
- Factura o remisión del producto

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:

Gráfica de pastel para mostrar el desempeño del indicador en el área durante un período determinado.

Gráfica de barras para mostrar el comportamiento del indicador por área de servicio.

Gráfica lineal para mostrar el comportamiento global del indicador y por proveedor en períodos sucesivos.

PROCEDIMIENTO:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD
14. Revisión de la documentación del periodo	Responsable de calidad	Trimestral
15. Elaboración de análisis y concentrado.	Responsable de calidad	Trimestral
16. Envío de información a la Gerencia	Responsable de calidad	Trimestral

**CÉDULA PARA EVALUAR EL PORCENTAJE DE ENTREGA DE PEDIDOS EN TIEMPO Y
FORMA
COOPERATIVA DE SALUD PANAMEDICA**

FECHA DE REALIZACIÓN: _____ TURNO: _____

Número pedido	Fecha acordada de entrega	Fecha real de entrega	¿Se entregó en tiempo o antes de lo acordado? 1=si, 0=no	Días de Rezago	¿Cumple con los requisitos? 1=si, 0=no	Observaciones

Número de pedidos que cumplieron con los requisitos	
Número de pedidos que no cumplieron con los requisitos	
Número de pedidos que cumplieron con la fecha de entrega acordada	
Número de pedidos que no cumplieron con la fecha de entrega acordada	

Aplicó: _____

INDICADOR DE MEDICINA

Clave y número del proceso	Número del indicador
MED4	4.4
Tipo de Proceso	Estructura

ESTADO SITUACIONAL:

De manera frecuente se identificó desabasto en los botiquines durante los servicios a domicilio, situación que llegó a provocar deficiencias en la atención.

NOMBRE DEL INDICADOR:

Porcentaje de consultas domiciliarias con reporte de material e insumos utilizados.

OBJETIVOS DEL INDICADOR:

Garantizar el abastecimiento del botiquín durante las consultas domiciliarias.

FÓRMULA DEL INDICADOR:

Número de consultas domiciliarias
con reporte de material utilizado
_____ x 100
Total de consultas a domicilio otorgadas

ESTÁNDAR:

95%

ORIGEN DEL INDICADOR:

Desarrollado por el autor

DESCRIPCIÓN DE TÉRMINOS:

Reporte de material e insumos utilizados. Se refiere al llenado de reporte de material utilizado durante la consulta a domicilio, sirve para abastecer de nueva cuenta los botiquines del servicio y no desprover del mismo.

Consultas a domicilio. Se refiere al servicio proporcionado por la clínica en el domicilio del usuario.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:

Se realizará un censo de manera mensual. Se analizarán todas las consultas domiciliarias ofrecidas en el periodo identificando en cuantas de ellas se registró material utilizado en el formato diseñado para tal propósito

Nota: El total de formatos deberán de coincidir con el total de consultas a domicilio realizadas con los formatos

FUENTE DE DATOS:

- Hoja de registro de consulta diaria
- Formatos de registro de material utilizado en consultas domiciliarias

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:

Gráfica de pastel para mostrar el desempeño del indicador en el área durante un período determinado.

Gráfica de barras para mostrar el comportamiento del indicador por profesional.

PROCEDIMIENTO:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD
17. Recopilación de los formatos de registro de material utilizado en consultas domiciliarias llenados de registro de material con el responsable de medicina	Responsable de calidad	Mensual
18. Elaboración de análisis y concentrado.	Responsable de calidad	Mensual
19. Envío de información a la Gerencia	Responsable de calidad	Trimestral

EVALUACIÓN EVALUAR PORCENTAJE DE CONSULTAS DOMICILIARIAS SIN REPORTE DE MATERIAL E INSUMOS UTILIZADOS

COOPERATIVA DE SALUD PANAMEDICA

PERÍODO: DEL: _____ AL: _____ FECHA: _____

Periodo	A Número de consultas domiciliarias sin reporte de material utilizado	B Total de consultas a domicilio otorgadas	Porcentaje de consultas domiciliarias sin reporte de materiales insumos utilizados (A/B) X 100
Ene – Mar			
Abr – Jun			
Jul – Sep			
Oct - Dic			
Total			

Nombre y firma del Responsable de servicio: _____

INDICADOR DE GENERICOS

Clave y número del proceso	Número del indicador
GEN6	6.2
Tipo de Indicador	Resultado

ESTADO SITUACIONAL:

Una debilidad que se observó en la organización fue el desconocimiento de la proporción de usuarios que volvían a ella después de su consulta de primera vez

NOMBRE DEL INDICADOR:

Porcentaje de usuarios que regresan a solicitar atención a la clínica durante los seis meses posteriores a su consulta de primera vez.

OBJETIVOS DEL INDICADOR:

Estimar la aceptación de la clínica en la comunidad

FÓRMULA DEL INDICADOR:

Número de usuarios que regresaron a consulta durante los seis meses siguientes a su consulta de primera vez

_____ x 100
Número de usuarios de primera vez en el mes anterior al periodo considerado

ESTÁNDAR:

Se estimará a partir de una evaluación basal de las consultas de primera vez otorgadas durante el primer semestre de 2011.

ORIGEN DEL INDICADOR:

Desarrollado por el autor

DESCRIPCIÓN DE TÉRMINOS:

Usuarios que regresaron a consulta durante los seis meses siguientes a su consulta de primera vez. Son las personas que acudieron a la clínica por segunda ocasión en los seis meses posteriores a la fecha en que fueron atendidos por primera vez.

Usuarios de primera vez. Todas las personas que no habían sido atendidas en la clínica con anterioridad y que aparecen en la hoja de registro diario clasificadas como de primera vez.

El mes anterior al periodo considerado. Es el mes calendario a partir del cual se considerará el periodo de seis meses posteriores para identificar a los usuarios que acudieron por segunda vez.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:**FUENTE DE DATOS:**

- Agenda de citas
- Consulta de registro diario

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:

Gráfica de pastel para mostrar el desempeño del indicador en el área de servicio durante un período determinado.

Gráfica de barras para mostrar el comportamiento del indicador por mes

PROCEDIMIENTO:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD
20. Selección de día de la revisión de la agenda	Gerente	Mensual
21. Recopilación de los formatos de encuesta rápida	Responsable de área	Mensual
22. Elaboración de un concentrado mensual y proceso	Responsable de área	Mensual
23. Envío de información a la Gerencia	Responsable de área	Mensual

INDICADOR DENTAL

Clave y número del proceso	Número del indicador
DENT5	5.1
Tipo de Indicador	Proceso

ESTADO SITUACIONAL:

El éxito en el procedimiento para tomar una impresión anatómica depende de varios factores. Entre ellos está la aplicación correcta de la técnica en los tiempos de trabajo, además del correcto manejo del material y finalmente la toma anatómica del usuario. Las técnicas inadecuadas durante el procedimiento favorecieron a constantes quejas debido a la necesidad de repetir estos procedimientos. Finalmente una de las observaciones que se hizo fue el alto costo que representa para la organización.

NOMBRE DEL INDICADOR:

Porcentaje de usuarios a quienes se les tomó impresiones anatómicas correctas.

OBJETIVOS DEL INDICADOR:

Contar con información para evaluar la atención, estimar costos de desperdicio y diseñar una estrategia para disminuir los errores cometidos durante el procedimiento de tomas de impresión.

FÓRMULA DEL INDICADOR:

Total de usuarios a quienes se les practicó
de manera correcta el procedimiento
de toma de impresión

_____ x 100
Total de usuarios encuestados que
se les practicó toma de impresión

ESTÁNDAR:

80%

ORIGEN DEL INDICADOR:

Desarrollado por el autor

DESCRIPCIÓN DE TÉRMINOS:

Usuarios a quienes se les practicó de manera correcta el procedimiento de toma impresión. Son aquellas personas que se les tomó la impresión hasta en dos ocasiones.

Impresión correcta. Se refiere al procedimiento que cumple con los requisitos para continuar con el plan de tratamiento.

Usuarios encuestados. Se refiere a aquellas personas que fueron encuestadas y a su vez se les practicó el procedimiento de impresión.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:

Se revisarán de manera mensual los expedientes clínicos. Al principio de cada mes se seleccionarán de manera aleatoria a 20 de los usuarios. Una vez seleccionados se realizará una encuesta para identificar a aquellos usuarios a quienes se le tomó impresión y preguntarle cuantas veces se les practicó este procedimiento.

FUENTE DE DATOS:

- Hoja de registro diario
- Usuarios atendidos en el servicio dental

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:

Gráfica de pastel para mostrar el desempeño del indicador en el área o en la unidad hospitalaria durante un período determinado.

Gráfica de barras para mostrar el comportamiento del indicador por mes

PROCEDIMIENTO:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD
24. Selección de la muestra	Responsable de calidad	Mensual
25. Aplicación de la encuesta	Responsable de calidad	Mensual
26. Procesamiento de datos y elaboración de concentrado mensual	Responsable de calidad	Mensual
27. Envío de información a la Gerencia	Gerente	Mensual

**CÉDULA PARA EVALUAR PORCENTAJE DE IMPRESIÓN ANATÓMICA
COOPERATIVA DE SALUD PANAMEDICA**

FECHA DE REALIZACIÓN: _____ ÁREA O SERVICIO: _____

Nombre del Usuario	Turno	Nombre del profesional que atendió al usuario	2. ¿Cuántas veces se le tomó impresión en su consulta?			
			De una a dos veces	Más de dos veces		
				3	4	5 ó más

Total de usuarios que se les tomó impresión hasta dos veces	
Total de usuarios que se les tomó impresión	

Aplicó: _____

INDICADOR DE GENERICOS

Clave y número del proceso	Número del indicador
GEN6	6.7
TIPO DE INDICADOR	RESULTADO

ESTADO SITUACIONAL:

Se requiere saber qué capacidad tiene el profesional para transmitir de manera clara y sencilla información sobre los hallazgos y el estado de salud del usuario; además de que este último pueda describir de manera clara lo que el profesional le explicó.

NOMBRE DEL INDICADOR:

Porcentaje de usuarios que repiten la explicación proporcionada por el profesional

OBJETIVOS DEL INDICADOR:

Evaluar la capacidad de comunicación interpersonal profesional-usuario

FÓRMULA DEL INDICADOR:

Número de usuarios que repiten correctamente la explicación proporcionada por el profesional

_____ x 100
Total de usuarios entrevistados

ESTÁNDAR:

90%.

ORIGEN DEL INDICADOR:

Desarrollado por el autor

DESCRIPCIÓN DE TÉRMINOS:

Usuario que repite correctamente la explicación proporcionada por el profesional. Se refiere a aquella persona que es capaz de describir con precisión la información que transmite el usuario de manera clara y sencilla proporcionada por el profesional.

Usuarios entrevistados. Son aquellas personas atendidas en la clínica y fueron entrevistadas.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:

La muestra estará conformada por 32 usuarios del servicio de medicina y 20 del servicio de dental. Para cada servicio el 50% de los usuarios corresponderá al turno matutino y el otro 50% al turno vespertino.

En la última semana de cada trimestre calendario, se seleccionará por sorteo un mes del trimestre que está a comenzar. El día hábil anterior al inicio del mes que resultó ser sorteado se seleccionarán mediante una tabla de números aleatorios las fechas de 16 días hábiles por turno, para el servicio de medicina y 10 días hábiles por turno para el servicio de dental. Para cada uno de los días hábiles seleccionados por cada turno se determinará mediante un sorteo un horario. Se aplicará la entrevista al usuario que llegue al servicio dentro del horario seleccionado. Si en ese

horario no se presentara ningún usuario se seleccionara al primero que llegue aun en un horario posterior.

Nota: De la muestra seleccionada en el indicador GEN6 6.3 puede ser utilizada para este indicador.

FUENTE DE DATOS:

- Usuario atendidos en el periodo y seleccionados para participar en muestra

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:

Gráfica de pastel para mostrar el desempeño del indicador en el área durante un período determinado.

Gráfica de barras para mostrar el comportamiento del indicador por trimestre

PROCEDIMIENTO:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD
28. Selección del mes, en el que se aplicará la medición del indicador	Responsable de calidad	Última semana de cada trimestre
29. Selección de fechas y horarios en que se llevará a cabo la aplicación de la entrevista	Responsable de calidad	Trimestral: Día hábil anterior al inicio del mes sorteado
30. Aplicación de la entrevista	Responsable de calidad	Trimestral con fechas y horarios determinados
31. Cotejo de información captada en la entrevista con lo referido en expedientes	Responsable de calidad	Trimestral
32. Procesamiento y concentrado de datos	Responsable de calidad	Trimestral
33. Entrega de información a Gerencia	Gerente	Trimestral

**CÉDULA PARA EVALUAR PORCENTAJE DE LOS USUARIOS QUE REPITEN LA
EXPLICACIÓN POR EL MEDICO**

COOPERATIVA DE SALUD PANAMEDICA

FECHA DE REALIZACIÓN: _____

Instrucciones de llenado

Se colocará el nombre del área de servicio, seguido del nombre del profesional que lo atendió. Se escribirá el número (0) si el usuario no repitió la información proporcionada por él médico. Se colocará el número (1) en caso de haber repetido la información.

Número	Turno	Nombre de área de servicio	Nombre del profesional que atendió al usuario	3. ¿El usuario retransmitió la información del médico? (1) = si (0) = no
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Total de usuarios que reportan haber recibido información	
Total de pacientes entrevistados	

Aplicó: _____

INDICADOR DE MEDICINA

Clave y número del proceso	Número del indicador
MED4	4.1
TIPO DE INDICADOR	PROCESO

ESTADO SITUACIONAL.

Se ha observado que la consulta domiciliaria es un servicio apreciado por la comunidad, sin embargo se requiere información para evaluar la capacidad de la clínica.

NOMBRE DEL INDICADOR:

Porcentaje de consultas domiciliarias otorgadas después de 30 minutos de su solicitud

OBJETIVO DEL INDICADOR:

Evaluar la capacidad de respuesta que tiene el servicio

FÓRMULA DEL INDICADOR:

Total de consultas domiciliarias otorgadas
después de 30 minutos a su solicitud
_____ x 100
Total de consultas domiciliarias otorgadas
en el periodo

ESTÁNDAR:

20%

ORIGEN DEL INDICADOR:

Desarrollado por el autor

DESCRIPCIÓN DE TÉRMINOS:

Consulta domiciliaria. Se refiere a una de las modalidades de servicios de consulta que ofrece la cooperativa de salud

Consulta realizada 30 minutos después de la solicitud. Es el tiempo transcurrido entre la hora en que un usuario solicitó el servicio y la hora en que el profesional se reporta a la clínica informando la llegada al domicilio.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:

No aplica selección de muestra. Se realizará un censo de las consultas domiciliarias solicitadas. Cada vez que la recepcionista reciba una llamada solicitando el servicio, capturará la hora de la solicitud y la hora de la llegada del médico al domicilio en el formato de registro diario,

FUENTE DE DATOS:

- Hoja de registro diario

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:

Gráfica de pastel para mostrar el desempeño del indicador durante un período determinado.

Gráfica de barras para mostrar el comportamiento del indicador en periodos sucesivos.

PROCEDIMIENTO:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD
34. Selección de día de aplicación de la encuesta	Responsable de calidad	Mensual
35. Recopilación de los formatos de encuesta rápida período y entrega	Responsable de calidad	Mensual
36. Elaboración de concentrado mensual y procesamiento	Responsable de calidad	Mensual
37. Envío de información a la Gerencia	Responsable de calidad	Mensual

INDICADOR DE MEDICINA

Clave y número del proceso	Número del indicador
MED4	4.2
Tipo de Indicador	Estructura

ESTADO SITUACIONAL

Ha ocurrido en diversas ocasiones que solicitudes de consulta domiciliaria no fueron atendidas. Sin embargo, esta situación no se ha cuantificado.

NOMBRE DEL INDICADOR:

Porcentaje de solicitudes de consulta domiciliaria no atendida

OBJETIVOS DEL INDICADOR:

Evaluar la capacidad de respuesta que tiene el servicio.

FÓRMULA DEL INDICADOR:

Número de solicitudes de
consulta domiciliaria no atendida
_____ x 100
Total de solicitudes de
consulta domiciliaria recibidas

ESTÁNDAR:

5%

ORIGEN DEL INDICADOR:

Desarrollado por el autor

DESCRIPCIÓN DE TÉRMINOS:

Solicitud de consulta domiciliaria. Es la petición recibida en la clínica o mediante una llamada telefónica para que un médico acuda a brindar consulta al domicilio de un miembro de la comunidad.

Solicitud de consulta domiciliaria no atendida. Es aquella solicitud a la cual no acudió el médico por diversas causas. Operacionalmente se entenderá como solicitud no atendida cuando en la hoja de reporte diario aparezcan vacíos los campos del folio de la nota de remisión y del horario de la llamada del médico informando que llegó al domicilio.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:

No será necesario seleccionar una muestra. Se llevará un registro diario de las solicitudes atendidas y no atendidas en el periodo.

FUENTE DE DATOS:

- Reporte de registro diario.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:

Gráfica de pastel para mostrar el desempeño del indicador en el área durante un período determinado.

Gráfica de barras para mostrar el comportamiento del indicador por profesional.

PROCEDIMIENTO:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD
38. Revisión de la hoja de reporte diario.	Responsable de calidad	Mensual
39. Procesamiento y elaboración de concentrado mensual.	Responsable de calidad	Mensual
40. Envío de información a Gerente	Responsable de calidad	Mensual

**CÉDULA PARA EVALUAR EL PORCENTAJE DE SOLICITUDES DE CONSULTA
DOMICILIARIA NO ATENDIDA
COOPERATIVA DE SALUD PANAMEDICA**

FECHA DE REALIZACIÓN: _____ ÁREA O SERVICIO: Medicina

Se sugiere revisar la hoja de reporte diario para ver cuantas consulta a domicilio se atendieron en el mes. Se colocará en el recuadro el turno del servicio, seguido del nombre del profesional en turno. Se colocará (0) en caso de haberse dado la atención. En caso contrario se colocará (1)

No.	1. Fecha dd/mm/aaaa	2. Hora de la solicitud	3. Hora de la llamada del médico	4. Folio de la nota de remisión	5. Solicitudes no atendidas Anote "1" cuando los campos "3" y "4" estén vacíos	6. Nombre del médico
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
...						

Total de solicitudes de consultas a domicilio no atendidas	
Total de consultas domiciliarias solicitadas	

Aplicó: _____

INDICADOR DE MEDICINA

Clave y número del proceso	Número del indicador
MED5	5.2
Tipo de indicador	Proceso

Si bien no es una unidad que cuente con servicio de urgencias, ha ocurrido con cierta frecuencia que se presenten casos que deben recibir atención inmediata. Algunos de ellos incluso son resueltos, en tanto que el resto recibe atención inmediata para envío a unidades de referencia.

NOMBRE DEL INDICADOR:

Porcentaje de pacientes en situación de emergencia atendidos en el servicio de medicina de la clínica.

OBJETIVOS DEL INDICADOR:

Evaluar la capacidad de la clínica para apoyar a la comunidad en la resolución de emergencias médicas.

FÓRMULA DEL INDICADOR:

Total de pacientes cuya situación de emergencia se resolvió en la clínica en un período determinado
_____ x 100
Total de personas en situación de emergencia que solicitaron consulta en el período

ESTÁNDAR:

Para poder plantear un estándar se realizará una evaluación basal de una muestra de las consultas de emergencia tomando en cuenta los meses del año anterior. Se realizará el conteo de todas las consultas de emergencia otorgadas. Se determinará el tamaño de la muestra con base en la tabla de planes de muestreo mild std[‡]

ORIGEN DEL INDICADOR:

Desarrollado por el autor

DESCRIPCIÓN DE TÉRMINOS:

Pacientes cuya situación de emergencia se resolvió en la clínica. Se refiere a las veces en que algún usuario con una emergencia recibió atención oportuna en las instalaciones de la clínica y debido a la cual se les estabilizó y se evitaron complicaciones sin necesidad de acudir a alguna unidad de referencia.

[‡] Amsden D, Butler H, Amsden R. Control estadístico de Procesos Simplificado Para Servicios. Anzurez México Distrito Federal. Panorama. 1993

Personas en situación de emergencia que solicitaron consulta. Son las personas que acudieron con un motivo principal que, de no recibir atención inmediata, implicaba el riesgo de pérdida de un órgano, una función, o la vida del paciente.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:

No se seleccionará una muestra. En los primeros cinco días de cada mes se revisarán las hojas de consulta de emergencia correspondientes al mes anterior y se verificará si se le proporcionó la atención en la clínica sin que fuera necesaria una referencia.

FUENTE DE DATOS:

- Hoja de consulta de emergencia

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:

Gráfica de pastel para mostrar el desempeño del indicador en el área durante un período determinado.

Gráfica de barras para mostrar el comportamiento del indicador por profesional.

PROCEDIMIENTO:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD
41. Recopilación de los formatos de hoja de consulta de emergencia	Responsable de calidad	Mensual
42. Elaboración de concentrado mensual y procesamiento	Responsable de calidad	Mensual
43. Envío de información a la Gerencia	Responsable de calidad	Mensual

CÉDULA PARA EVALUAR PORCENTAJE DE CASOS DE EMERGENCIA QUE SE PUEDEN ATENDER EN EL SERVICIO DE MEDICINA COOPERATIVA DE SALUD PANAMEDICA

FECHA DE REALIZACIÓN: _____

Se revisará la hoja de consulta de emergencia. Se revisará si el usuario pudo atenderse de manera oportuna dentro de las instalaciones de la cooperativa de salud. Se escribirá "1" en caso de que se haya atendido y evitó una referencia a otra unidad. En caso contrario se escribirá "0" (cero).

Fecha (ddmmaa)	Turno		¿El usuario vio resuelto de manera oportuna el motivo de atención dentro de las instalaciones de la clínica? 0 = no; 1 = sí	
	Matutino	Vespertino	Matutino	Vespertino

	Número	%
Total de consultas de emergencia que se pudieron atender en el servicio de medicina en el turno matutino		
Total de solicitudes de consulta en el turno matutino		
Total de consultas de emergencia que se pudieron atender en el servicio de medicina en el turno vespertino		
Total de solicitudes de consulta en el turno vespertino		
Total de consultas de emergencia que se pudieron atender en el servicio de medicina en ambos turnos		
Total de solicitudes de consulta en ambos turnos		

Aplicó: _____

INDICADOR DE MEDICINA

Clave y número del proceso	Número del indicador
MED5	5.4
Tipo de Indicador	Proceso

ESTADO SITUACIONAL:

Una de las políticas centrales de la organización es darle el seguimiento a cada uno de los usuarios que hacen uso de los servicios y de aquellos que fueron referidos a otro nivel de atención. Se requiere saber cuántos de estos usuarios se les dio seguimiento posterior a una referencia.

NOMBRE DEL INDICADOR:

Porcentaje de usuarios referidos a los que se les dio seguimiento

OBJETIVOS DEL INDICADOR:

Diseñar un plan de seguimiento a usuarios referidos a otro nivel de atención.

FÓRMULA DEL INDICADOR:

Número de usuarios referidos
con seguimientos

 x 100
Total de usuarios referidos

ESTÁNDAR:

80%.

ORIGEN DEL INDICADOR:

Desarrollado por el autor

DESCRIPCIÓN DE TÉRMINOS:

Usuarios referidos. Son aquellos usuarios que fueron atendidos en la consulta pero por el tipo de atención solicitado se le dio una referencia a otra institución con un nivel de atención mayor.

Seguimiento a usuarios referidos. Son los usuarios referidos a otro nivel de atención pero que se les dio el seguimiento sobre su estado de salud.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:

No se realizará muestra. Sin embargo se realizará un censo de todos los usuarios que fueron referidos a otro nivel de atención. Posterior se les aplicará un cuestionario para conocer si los profesionales de la clínica tuvieron algún contacto para saber su estado de salud

FUENTE DE DATOS:

- Hoja de consulta médica (última)
- Formato de Referencia contra-referencia
- Encuesta rápida

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:

Gráfica de pastel para mostrar el desempeño del indicador en el área durante un período determinado.

Gráfica de barras para mostrar el comportamiento del indicador por mes

PROCEDIMIENTO:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD
44. Desarrollo del Censo	Responsable de Calidad	Bimestral
45. Aplicación de cuestionario a usuarios referidos	Responsable de Calidad	Bimestral
46. Elaboración de concentrado trimestral y procesamiento	Responsable de Calidad	Bimestral
47. Envío de información a la Gerencia	Responsable de Calidad	Bimestral

INDICADOR DE MEDICINA

Clave y número del proceso	Número del indicador
MED1	1.5
Tipo de Indicador	Proceso y Resultados

ESTADO SITUACIONAL

Son de las principales causas de consulta en la cooperativa son las enfermedades infecciosas como las diarreas agudas en menores de cinco años.

Ante esto surge la necesidad de evaluar el nivel de cumplimiento de la atención brindada a este tipo de pacientes con respecto a lineamientos elaborados por expertos como normas, guías clínicas y protocolos. En este caso se tomará como base el “Manual de atención de niños y niñas bien desarrollados” de la Secretaría de Salud.

NOMBRE DEL INDICADOR:

Porcentaje de menores atendidos con enfermedad diarreica aguda en los que se aplicó el plan de tratamiento correcto.

OBJETIVOS DEL INDICADOR:

Evaluar el nivel de cumplimiento de las recomendaciones oficiales para el tratamiento de menores con EDA en la atención proporcionada por los médicos de la Cooperativa.

FÓRMULA DEL INDICADOR:

Número de menores de cinco años con
EDA que fueron atendidos con el plan de tratamiento
correcto

 x 100
Número de menores de cinco años con EDA atendidos

ESTÁNDAR:

100%

ORIGEN DEL INDICADOR:

“Manual de atención de niños y niñas bien desarrollados”

DESCRIPCIÓN DE TÉRMINOS:

Menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda. Son los pacientes que presentan los signos y síntomas descritos en el manual de atención de niños y niñas bien desarrollados en la página 19.

Plan de tratamiento correcto. Se refiere a la prescripción de plan de tratamiento descrito en las páginas 23 a 24 del manual de atención de niños y niñas bien desarrollados.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:

No será necesario seleccionar una muestra. Se revisarán las notas médicas de los menores de cinco años con diarrea atendidos durante un mes.

FUENTE DE DATOS:

- Expediente clínico.
- Hoja de registro diario.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:

Gráfica de pastel para mostrar el desempeño del indicador en el área durante un período determinado.

Gráfica de barras para mostrar el comportamiento del indicador por profesional.

PROCEDIMIENTO:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD
1. Selección de menores de 5 años en hoja de registro diario	Responsable de calidad	Mensual
2. Clasificación de expedientes de menores de cinco años que acudieron con diarrea	Responsable de calidad	Mensual
3. Revisión de la hoja de consulta médica y verificación del plan de tratamiento prescrito	Responsable de calidad	Mensual
4. Procesamiento y concentrado de datos	Responsable de calidad	Mensual
5. Entrega de información a Gerencia	Responsable de calidad	Mensual

**CÉDULA PARA EVALUAR EL PORCENTAJE DE SOLICITUDES DE CONSULTA
DOMICILIARIA NO ATENDIDA
COOPERATIVA DE SALUD PANAMEDICA**

FECHA DE REALIZACIÓN: _____ ÁREA O SERVICIO: Medicina

 <p align="center">Cédula para Evaluar Expedientes con tratamientos para Enfermedades Diarréicas</p>						
Nombre del Menor	Apellido Paterno			Apellido Materno		Nombre(s)
Edad del menor (AA/MM/DD)						
Género M=masculino, F= femenino						
Instrucciones: En el recuadro derecho colocar con una "X" si se encuentran en el expediente los signos de alarma del menor de edad						
Evaluación y Clasificación del Estado de Hidratación del paciente						
Observe:	SIGNOS					
		Califique		Califique		Califique
Estado General	Alerta		Inquieto o irritable		Inconsciente o hipotónico	
Ojos	Normal		Hundidos, sin lagrimas			
Boca y lengua	Húmedas		Secas, saliva espesa			
Respiración	Normal		Rápida		No puede Beber	
Sed	Normal		Aumentada, bebe con avidez			
Explore						
Elasticidad de la piel	Normal		Mayor o igual a 2 segundos		Débil o ausente	
Pulso	Normal		Rápido			
Llenado capilar	a 2 segundos		3 a 5 Segundos		Mayor de 5 segundos	
Fontanela (lactantes)	Normal		Hundida			
Clasifique:						
Estado de Hidratación	Sin hidratación		Con deshidratación si presentan 2 ó más signos		Choque hipovolémico si presenta 2 o más signos	
Tratamiento	Plan A		Plan B		Plan C	
PLAN PRESCRITO POR EL MÉDICO:			Plan A			
			Plan B			
			Plan C			
			Otro			
			No se especificó			
¿El plan es correcto?			SI			
			No			

APLICO. _____

INDICADOR DE MEDICINA

Clave y número del proceso	Número del indicador
MED1	1.6
TIPO DE INDICADOR	PROCESO

ESTADO SITUACIONAL.

Es una de las principales causas de consulta en la cooperativa son las enfermedades en adultos por Diabetes tipo 2.

Ante esto surge la necesidad de evaluar el nivel de cumplimiento de la atención brindada a este tipo de pacientes con respecto a los lineamientos elaborados por expertos como normas, guías clínicas y protocolos. En este caso se tomará como base la NOM-015-SSA2-1994 (Modificación de la Norma Oficial Mexicana para el prevención, tratamiento y control de la Diabetes)

NOMBRE DEL INDICADOR:

Porcentaje de usuarios atendidos con Diabetes Mellitus a los que se aplicó el plan de tratamiento correcto

OBJETIVO DEL INDICADOR:

Evaluar el nivel de cumplimiento en la atención proporcionada por los médicos de la Cooperativa de las recomendaciones oficiales para el tratamiento y prevención de complicaciones de Diabetes Mellitus.

FÓRMULA DEL INDICADOR:

Número de usuarios con
Diabetes Mellitus que fueron atendidos con
el plan de tratamiento correcto
_____ x 100
Número de usuarios con Diabetes Mellitus atendidos

ESTÁNDAR:

20%

ORIGEN DEL INDICADOR:

Se obtuvo de Tesis para obtención de grado de maestría "Mejora del proceso de abasto para la atención de diabetes en el centro de salud, Eusebio Jáuregui, Cuautla Morelos."

DESCRIPCIÓN DE TÉRMINOS:

Usuarios con Diabetes Mellitus Son los pacientes que presentan los signos y síntomas descritos en la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994.

Plan de tratamiento correcto. Se refiere a la prescripción de plan de tratamiento descrito en el punto 11 de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:

No será necesario seleccionar una muestra. Se revisarán las notas médicas de los usuarios con Diabetes Mellitus atendidos durante un mes.

FUENTE DE DATOS:

- Expediente clínico.
- Hoja de registro diario.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:

Gráfica de pastel para mostrar el desempeño del indicador durante un período determinado.
Gráfica de barras para mostrar el comportamiento del indicador en periodos sucesivos.

PROCEDIMIENTO:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD
1. Selección de usuarios hoja de registro diario	Responsable de calidad	Mensual
2. Clasificación de expedientes de usuarios que acudieron por causa de Diabetes	Responsable de calidad	Mensual
3. Revisión de la hoja de consulta médica y verificación del plan de tratamiento prescrito	Responsable de calidad	Mensual
4. Procesamiento y concentrado de datos	Responsable de calidad	Mensual
5. Entrega de información a Gerencia	Responsable de calidad	Mensual

Formato para la revisión del expediente clínico de los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 para corroborar control y tratamiento médico

(Basado en la Nom-015-SSA2-1994, modificada en el año 2001 para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- A. Sexo:
- B. Edad (al inicio o a la apertura del expediente):
- C. Edad (a la fecha de la última consulta)
- D. Peso (al inicio o a la apertura del expediente):
- E. Peso (a la fecha de la última consulta):
- F. Presión arterial (al inicio o a la apertura del expediente):
- G. Presión arterial (a la fecha de la última consulta):
- H. Estatura:
- I. Escolaridad:
- J. Ocupación:
- K. Estado civil:
- L. Paciente embarazada (si/no):
- M. Afiliado al Seguro Popular (si/no):
- N. Cuenta con seguridad social (si/no):
- O. De acuerdo al expediente, ¿es un paciente regular, es decir cada cuanto tiempo acude a consulta o cumple con sus citas médicas?

P. Fecha de inicio de apertura del expediente revisado y fecha de la última consulta

Variables	Cumplimiento					
	Cumple totalmente	Cumple parcialmente	Especifique ¿por qué?	No cumple	Especifique ¿por qué?	No aplica
1. El paciente es diagnosticado con Diabetes Mellitus tipo 2 (en ayuno con glucosa en sangre $\geq 126\text{mg/dl}$ ó $\geq 200\text{mg/dl}$ a cualquier hora del día)						
2. En la consulta donde se estableció el diagnóstico inicial (detección de la enfermedad de diabetes Mellitus ¿el médico realizó examen de ojos al paciente?)						
3. Primera línea de tratamiento: medidas no farmacológicas los primeros 6 meses después del diagnóstico inicial ó si el médico juzga que no se ha cumplido con disminuir la glucemia en los primeros 3 meses:						
3.1. Control de peso:						
3.2. Plan de actividad física y ejercicio						
3.3. Plan de alimentación (dieta)						
2.4.1. Restricción de alcohol						
3. Educación del paciente y su familia						
3.1. Monitoreo de glucosa y colesterol cada mes por parte del paciente						
3.2. Indicaciones para modificar estilos de vida						
3.3. Colaboración del equipo de salud de la unidad médica en educar al paciente y su familia						
3.4. Método para evaluar resultados						
3.5. Inclusión a grupos de ayuda mutua						
3.6. Automonitoreo del paciente, al inicio semanalmente con reporte médico						
4. Manejo farmacológico						
4.1 Apego al cuadro básico						
4.1.1. Deberá iniciarse 6 meses después de inicio de tratamiento no farmacológico y que este haya fracasado o más de 3 meses con glucemias no controladas.						

4.1.2. Las dependencias y entidades de la administración pública federal que prestan servicios de salud solo deberán utilizar insumos establecidos en el cuadro básico para el 1er nivel de atención. En el caso de la atención a Diabetes Mellitus son: (incluir o detallar los medicamentos e insumos indicados para el tratamiento de la DM2 a usarse en el primer nivel de atención de acuerdo al cuadro básico del sector salud)						
4.2. Paciente diabético obeso						
4.2.1. Biguanidas (metformina) fármacos de primera línea para paciente obeso, contraindicado en insuficiencia renal, infecciones graves, insuficiencia cardíaca, insuficiencia hepática, alcoholismo, infarto, coma diabético.						
4.2.2. Iniciar con dosis de 500 a 850mg/día sin exceder de 3gr/día se puede combinar con sulfonilureas (glibenclamida) en caso de respuesta limitada						
4.3. Paciente diabético no obeso						
4.3.1. Sulfonilureas (glibenclamida) fármacos de 1ª línea iniciar con dosis de 2.5 a 5mg/día sin exceder de 20mg/día, (después de los alimentos)						
4.4. En falla de tratamiento de ambos tipos de pacientes, con monoterapia, se procede a biterapia de biguanidas (metformina) con sulfonilureas (glibenclamida) con dosis iniciales de ambas						
4.5. Al iniciar tratamiento farmacológico consultas frecuentes por lo menos una vez al mes						
5. Cada visita al médico se evalúa:						
5.1. control metabólico, alimentación, actividad física y posibles complicaciones.						
5.2. Registro de peso, tensión arterial						

5.3. Exploración de pies con registro de la misma						
5.4. Estimulación al paciente para que participe en grupos de ayuda mutua						

Fuente: Diagnóstico de Salud para obtener grado de maestría del Instituto Nacional de Salud Pública. Autor. Julio Cesar Castañeda. Tablas de Necesidades Energéticas; Criterios de la OMS/FID 2006.

INDICADOR DE DENTAL

Clave y número del proceso	Número del indicador
DENT3	3.3
Tipo de Indicador	Proceso

ESTADO SITUACIONAL:

Se identificó en algunos casos la ausencia del formato de notas de evolución de usuarios previamente atendidos. Esto generó que al momento de que un usuario solicitara atención en cualquier momento, no se pudiera revisar de manera completa ya que no se sabía el estatus del procedimiento en el que se encontraba.

NOMBRE DEL INDICADOR:

Porcentaje de casos de notas de evolución no realizadas.

OBJETIVOS DEL INDICADOR:

Sensibilizar al profesional para llenado de formato de notas de evolución.

FÓRMULA DEL INDICADOR:

Número de casos que no se
realizó nota de evolución
_____ x 100
Total de usuarios que solicitaron
Atención en cualquier momento

ESTÁNDAR:

5%

ORIGEN DEL INDICADOR:

Desarrollado por el autor

DESCRIPCIÓN DE TÉRMINOS:

Casos sin realizar notas de evolución. Se refiere a los momentos en el que se requiere revisar de manera completa la nota de evolución. Sin embargo esta no está presente.

Usuario que solicita atención en otro momento. Se refiere al momento cuando un usuario solicita atención y el profesional que lleva su tratamiento normalmente no se encuentra. Por lo que solicita atención de otro profesional.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:

No se realizará muestra. Se seleccionará un día posterior al periodo a supervisar. Seguido de ello se llevará a cabo una supervisión identificando en los expedientes la última fecha de consulta del usuario y si éste cuenta con hoja de nota de evolución

FUENTE DE DATOS:

- Expediente Clínico

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:

Gráfica de pastel para mostrar el desempeño del indicador en un período determinado.

Gráfica de barras para mostrar el comportamiento del indicador por mes

PROCEDIMIENTO:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD
1.Supervisión del expediente solicitado	Responsable de calidad	Mensual
2.Procesamiento de datos y elaboración de concentrado mensual	Responsable de calidad	Mensual
3.Envío de información a la Gerencia	Responsable de Calidad	Mensual

**CÉDULA PARA EVALUAR PORCENTAJE DE CASOS DE NOTAS DE EVOLUCIÓN NO
REALIZADAS
COOPERATIVA DE SALUD PANAMEDICA**

FECHA DE REALIZACIÓN: _____ ÁREA O SERVICIO: Dental

Instrucciones. Anotar los datos que se te piden en cada renglón.

Número de Casos	Nombre del Usuario	Fecha última de consulta DD/MM/AAAA	Fecha última de nota de evolución DD/MM/AAAA	Turno	5. ¿El expediente cuenta con formato de nota de evolución?	
					si	no
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Total de casos que no se encontró nota de evolución	
---	--

Aplicó: _____

Anexo 8

Tablas Mil-std105

Planes sencillos de muestreo para inspección normal

Letra código de tamaño de muestra	Tamaño de muestra	Niveles aceptables de calidad (inspección normal)																											
		0.010	0.015	0.025	0.040	0.065	0.10	0.15	0.25	0.40	0.65	1.0	1.5	2.5	4.0	6.5	10	15	25	40	65	100	150	250	400	450	1000		
		Ac Re	Ac Re	Ac Re	Ac Re	Ac Re	Ac Re	Ac Re	Ac Re	Ac Re	Ac Re	Ac Re	Ac Re	Ac Re	Ac Re	Ac Re	Ac Re	Ac Re	Ac Re	Ac Re	Ac Re	Ac Re	Ac Re	Ac Re	Ac Re	Ac Re	Ac Re	Ac Re	
A	2	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
B	3	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
C	5	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
D	8	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
E	13	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
F	20	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
G	32	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
H	50	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
J	80	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
K	125	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
L	200	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
M	315	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
N	500	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
P	800	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
Q	1250	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
R	2000	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		

Fuente: Planes estándar de muestreo Mil-Std 105

Código de letras para tamaños de muestra

Tamaño del lote			Niveles especiales de inspección				Niveles generales de inspección		
			S-1	S-2	S-3	S-4	I	II*	III
2	a	8	A	A	A	A	A	B	
9	a	15	A	A	A	A	A	B	
16	a	25	A	A	B	B	B	C	
26	a	50	A	B	B	C	C	D	
51	a	90	B	B	C	C	D	E	
91	a	150	B	B	C	D	D	F	
151	a	280	B	C	D	E	E	G	
281	a	500	B	C	D	E	F	H	
501	a	1200	C	C	E	F	G	J	
1201	a	3200	C	D	E	G	H	K	
3201	a	10000	C	D	F	G	J	L	
10001	a	35000	C	D	F	H	K	M	
35001	a	150000	D	E	G	J	L	N	
150001	a	500000	D	E	G	J	M	P	
500001		en adelante	D	E	H	K	N	Q	

Fuente: Planes estándar de muestreo Mil-Std 105

XII Referencias Bibliográficas

-
- ¹ INAES. Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social. Buenos Aires: 2012 [acceso 8 abril de 2012] ¿Qué es una mutual de salud? Definición. Disponible en <http://www.inaes.gob.ar/es/articulo.asp?id=55>
- ² ACI AMERICAS. Alianza Cooperativa Internacional para las Américas: 2012 [Acceso 8 de abril de 2012] Definición de una cooperativa. Disponible en <http://www.aciamericas.coop/definición-de-cooperativa>
- ³ Starmedia. Rincón del Vago. Salamanca. 1998. [Acceso 8 de abril del 2012] Mutualismo. Disponible en <http://html.rincondelvago.com/mutualismo.html>
- ⁴ Ley General de Sociedades Cooperativas (Nueva ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 3 de Agosto de 1994) Texto Vigente/ Última reforma publicada DOF 13-08-2009
- ⁵ INAES. Las Cooperativas y las Mutuales en la República de Argentina. Reempadronamiento Nacional y Censo económico sectorial de cooperativas y mutuales. Buenos Aires. Segunda edición. 2008. 336 pág.
- ⁶ The Joint Commission. E.U. April 2012. [Acceso 8 de Abril 2012] The Joint Commission History [13 páginas] Disponible en http://www.jointcommission.org/assets/1/6/jointcommission_history_2012.pdf
- ⁷ Organización Panamericana de la Salud. Acreditación de Hospitales para America Latina y el Caribe. Federación Latinoamericana de Hospitales. Enero 1992.
- ⁸ Arreola RL. Plan Integral de Calidad 1998-2000: Experiencias por el Movimiento por la Calidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social. El Cotidiano: Revista de la Realidad Mexicana Actual. Univ. Autónoma Metropolitana Unidad Azcapotzalco. México. 2002; (112): 24-36.
- ⁹ Secretaria de Salud. Modelo de Gestión para la Calidad Total. Hacia la Competitividad adaptado al sector Salud. Guía para Evaluar el Nivel de Progreso en Calidad de las Organizaciones de Salud. Premio Nacional de Calidad en Salud. 2010.
- ¹⁰ Rovveta JC, Armella RR. Los Beneficios para Implementar Sistemas de Gestión de la Calidad Certificados Bajo las Normas ISO 9000 en Organizaciones de Salud. ADECRA. Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina. 3 (5)
- ¹¹ Bestraten M. Excelencia Empresarial y Condiciones de Trabajo: El modelo EFQM 2010. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. 2010; (870): 1-8

¹² Consejo de Salubridad General. Sistema Nacional de certificación de establecimientos de atención médica. Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud Ambulatorios.

¹³ Manual para la Acreditación y Garantía de Calidad en Establecimientos para la Prestación de Servicios de Salud. Si Calidad. Secretaria de Salud. Actualización 2007.

¹⁴ MEXFAM Planeación Familiar. Definición de Análisis y Procesos. México. Fundación Mexicana para la planeación familiar A.C.

¹⁵ Narváez J.L. Administración Científica. Organización y Métodos. Universidad Estatal del Milagro; 2009

¹⁶ González C. Curso de liderazgo. Trabajo en equipo y solución de problemas. Documento de apoyo. Master Gestión S.S. U.B. Universidad de Barcelona.

¹⁷ Toledo. La gestión por procesos. Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria. SESCOAM. ESPAÑA. Octubre 2002.

¹⁸ Moliner F. Hacia un modelo de gestión por procesos. TECNIMAP. SEVILLA. MAYO 2006.

¹⁹ Vertiz J. apuntes. Curso de Calidad 2010.

²⁰ Campbell A, Alexandre M. What's Wrong with the Strategy. Harvard Business Review. Noviembre- Diciembre. 1997

²¹ Otero H. Análisis de Procesos. Noviembre 2008.

²² Polo R. et al; Aplicación del enfoque basado en procesos en la gerencia de protección de SEPSA. [Tesis presentada como proyecto de fin de curso del diplomado en gestión estratégica de la calidad total] ESPAÑA. Escuela de organización industrial – América (EOI) de España y Escuela superior de la industria básica (ESIB) de Cuba.2001

²³ Zaratiegui J. La gestión por procesos su papel e importancia en la empresa. Economía Industrial. 1999; VI. (330): 81-88.

²⁴ Beltrán J. Guía para una gestión Basada en Procesos. Instituto Andaluz de Tecnología. España;

²⁵ Barrio I, et al. Estudio de Caso. Universidad Autónoma de Madrid. 3er Magisterio de Educación Especial.

²⁶ Greenwood Davydd, Levin Morton. Introduction to Action Research: Social Research for Social Change. 2nd Edition, California. Sage publications. 2007

²⁷ Breviario Coyoacán. Gobierno del Distrito Federal. México Distrito Federal. 2000.

²⁸ <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?src=487>

²⁹ Juran J.M. Juran y el liderazgo para la calidad. Diaz de Santos S.A. Madrid. 1era edición español. 1990.

³⁰ Amsden D.M; et al: Control Estadístico de Procesos Simplificado para Servicios. Panorama. México. 1era edición español. 1993.

³¹ Ishikawa K. Guía de Control de Calidad. UNIPUB InfoSource International. México. 1era edición español. 1985