

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
ESCUELA DE INGENIERÍA COMERCIAL



“Análisis de la Calidad de Servicio de Atención al Usuario en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública”. Región Metropolitana

MEMORIA PARA OPTAR  
AL GRADO DE LICENCIADO EN CIENCIAS EN LA ADMINISTRACIÓN DE  
EMPRESAS Y AL TÍTULO DE INGENIERO COMERCIAL

Profesor Guía: Sr. JUAN EGAÑA GONZÁLEZ

Alumno(s): Sra. MARGARITA MENESES OSORIO

VIÑA DEL MAR. 2014

## INTRODUCCION

El sector de la Salud Pública en Chilea través del Ministerio del ramo, busca contribuir a elevar el nivel de salud de la población; desarrollar armónicamente los sistemas, centrados en las personas; fortalecer el control de los factores que puedan afectar la salud y reforzar la gestión de la red nacional de atención<sup>1</sup>.

El sistema de salud chilena presenta avances en los indicadores clínicos, similares a países desarrollados. Sin embargo, las deficiencias son marcadas en la atención al usuario y sus familiares, según consta por resultados de encuestas como la de satisfacción Usuario Adimark<sup>2</sup>, el número de reclamos que ingresan al sistema de trámite en línea e informes de prensa. “La Organización Mundial de la Salud menciona que la calidad de atención en el sector salud pública no depende solamente de los recursos financieros de una nación, sino también del compromiso con el bienestar de los ciudadanos, la eficiencia de su gobierno y la transparencia de sus empresas privadas”<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup>Misión del Ministerio de Salud Chile.

<[http://web.minsal.cl/mision\\_vision](http://web.minsal.cl/mision_vision)> [consulta: 16 de agosto de 2014]

<sup>2</sup> Satisfacción Población Usuaría Hospitales Minsal. Enero 2012 Adimark GFK

<<http://web.minsal.cl/portal/url/item/bc401e507f8b72c8e040010165014d8c.pdf>> [ Consulta: 16 de agosto de 2014]

<sup>3</sup> GATTINI- RUIZ. Salud en Sudamérica. Edición 2012. Estados Unidos. Organización Panamericana de la Salud. 2012.97p

La organización del sector público de salud se divide en 29 Servicios, que forman parte de la administración y ejecución de las prestaciones clínicas.

El Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP), perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Central, es un hospital de Alta Complejidad, Centro de Referencia Nacional del Gran Quemado y pacientes Politraumatizados.

Los usuarios del HUAP, enfrentan una deficiente atención al usuario, largas hora de espera en la atención, sin información hacia los pacientes y sus familiares, lo que se expresa en el incrementode 15 % en el número de reclamosel año 2013 con respecto al año 2012<sup>4</sup>. Por ello es necesario realizar un diagnóstico en el recinto acerca de la atención al usuario, identificar las fallas de gestión en la atención y proponer planes de mejoras.

La presente investigación busca proponer un plan de mejoras que permita beneficiar la atención del usuario, este estudio se lleva a cabo mediante la utilización de la metodología de benchmarkingque comparaprocesos de atención al usuario con otras instituciones hospitalarias, con el fin de identificar las oportunidades de mejoras.

---

<sup>4</sup>Cuenta pública 2014 HUAP. <[http://huap.redsalud.gob.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2014/08/estado-recepcion-huap.pdf](http://huap.redsalud.gob.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/08/estado-recepcion-huap.pdf)> [Consulta: 22 septiembre 2014]

## **Planteamiento del Problema.**

El sector salud en Chile presenta un avance en los indicadores clínicos, similares a países desarrollados, sin embargo, las deficiencias son marcadas en la atención del usuario y sus familiares, según consta por resultados de encuesta Satisfacción usuaria en Hospitales. Adimark GFK, el número de reclamos que ingresan al sistema de trámite en línea e informes de prensa.

El Ministerio de Salud es la entidad central que busca contribuir a elevar el nivel de salud de la población en Chile. La organización del sector público de salud se divide en 29 Servicios, que forman parte de la administración y ejecución de las prestaciones clínicas en la red de establecimientos en la atención primaria, secundaria y terciaria.

El Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP), Hospital de alta complejidad, centro de referencia nacional del gran quemado y pacientes politraumatizados, pertenece al Servicio de Salud Metropolitano Central.

Los usuarios del HUAP, enfrentan una deficiente atención al usuario, explicado por largas horas de espera en la atención, sin información hacia los

pacientes y sus familiares, lo que se expresó en 899 reclamos<sup>5</sup> año 2013, clasificándose en el ámbito clínico y administrativo, categoría que se les asigna al momento de realizar los reclamos a la Oficina Información Reclamos y sugerencias (OIRS), de manera presencial y digital a través de página web. Por ello es necesario realizar un diagnóstico en el recinto de la atención al cliente, para identificar las fallas de gestión en la atención del usuario.

### **Objetivo General**

Proponer planes de mejoras en la atención a Usuarios del Hospital Urgencia Asistencia Pública (HUAP).

### **Objetivos Específicos**

1. Conocer la situación existente en relación a la atención a los usuarios el HUAP.
2. Analizar la calidad de los servicios existente en el HUAP.
3. Evaluar los resultados del estudio de benchmarking aplicados al HUAP.

---

<sup>5</sup>Número de Reclamos ingresados año 2013. Fuente: Cuenta pública Año 2014. <[http://huap.redsalud.gob.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2014/08/estado-recepcion-huap.pdf](http://huap.redsalud.gob.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/08/estado-recepcion-huap.pdf)>. [consulta: 3 de agosto 2014]

## **Preguntas de Investigación**

- ¿Por qué el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, posee bajos índices de satisfacción usuaria?
- ¿Qué cambios en la atención al usuario debería realizar el Hospital de Urgencia Asistencia Pública?
- ¿Cuáles son las diferencias de calidad de servicio al usuario y sus familiares entre el Hospital de Urgencia Asistencia Pública y otros servicios que cuentan con unidades emergencia?

## **Justificación y Viabilidad**

El presente trabajo resulta valioso por las siguientes razones:

Es de interés público, mejorar la atención que existe hacia los usuarios, donde los resultados, ayudaran a las autoridades del Servicio de Salud Metropolitano Central y Dirección del HUAP a comprender la relevancia que tiene el presente estudio.

Es necesario realizar un análisis de la Calidad de Servicio de Atención al Usuario y sus familiares, ya que, la creación de una cultura de servicio dirigido a los usuarios constituyen elemento vital e impulsor de la organización , y hacia ellos va dirigido el productos o servicio final, menciona que: “En la

actualidad las empresas, a fin de obtener éxito necesitan centralizarse en el cliente y en buscar la satisfacción por medio de la calidad del servicio”<sup>6</sup>.

La misión de HUAP “Somos un Hospital Público, Asistencial Docente, de Urgencias y Emergencias de adultos, pertenecientes a la Red SSMC, Centro de Referencia Nacional del Gran Quemado y de pacientes Politraumatizados, asegurando una atención de calidad, oportuna y segura al Servicio del país”. Claramente no es consecuente la misión, con la realidad que los usuarios esperan tener un servicio de calidad.

La intervención busca poner en marcha mejoras en la coordinación que existe entre el recinto y el resto de los hospitales de la red, para generar una integración de la demanda y la oferta asistencial. Con este sistema se podría derivar y recibir pacientes en la medida que las necesidades lo requiera, descomprimiendo las áreas de mayor atochamiento y asegurando una mejor calidad de atención.

---

<sup>6</sup> ANDERSON- KERR. Customer Relationship Manangement.McGraw Hill, 2001.180P.

## CAPITULO I: MARCO TEORICO

### 1.1 Administración

La administración puede definirse de diversas formas, entendida como la disciplina que se encarga del manejo de los recursos y de la dirección del trabajo humano, enfocado a la satisfacción de un interés.

La administración es el proceso de diseñar y mantener un ambiente en el que los individuos, trabajando en grupos de manera eficiente, alcancen los objetivos seleccionados<sup>7</sup>.

El concepto alude como elemento esencial de todas las organizaciones, ya sean grandes o pequeñas, lucrativas o no lucrativas. Con el término se hace mención a empresas, organismos gubernamentales, hospitales, universidades y otras organizaciones.

La administración como una ciencia social compuesta de principios, técnicas y prácticas, cuya aplicación es realizada en conjuntos humanos, permite

---

<sup>7</sup>KOONTZ- WEIHRICH. Administración, una perspectiva global. Mc Graw Hill. 2004. 804p

establecer sistemas racionales de esfuerzo cooperativo, " a través de los cuales se puede alcanzar propósitos comunes que individualmente no es factible lograr"<sup>8</sup>.

La administración, siempre se debe de integrar en el ser humano y por lo tanto su marco de referencia, medios y su dinamismo, como principio. Por su aplicación debe estar siempre concebida y orientada en términos humanos, por ello sus sistemas deben ser regidos por normas. La coordinación de ideas y voluntades de acción sólo se logra en forma continuada, cuando los componentes coadyuvan para alcanzar un objetivo común.

Adalberto Chiavenato define la administración como "el proceso de planear, organizar, dirigir y controlar el uso de los recursos para lograr los objetivos organizacionales".<sup>9</sup>

Por lo que se define a la administración como una ciencia social compuesta de principios, técnicas y prácticas. Se puede entender a la administración como disciplina y como proceso: Como disciplina es un organismo acumulado de conocimientos que incluye principios, teorías, conceptos; La Administración como proceso comprende funciones y actividades que los administradores deben llevar a cabo para lograr los objetivos de la organización.

---

<sup>8</sup> JIMENEZ, Wilburg, Introducción al estudio de la teoría administrativa. Fondo de Cultura Económica 4 ° edición, 1974. 392 p

<sup>9</sup> CHIAVENATO Adalberto; "Introducción a la Teoría General de la Administración", 7° edición, McGraw-Hill Interamericana, 2004, 10 p.

## 1.2 Gestión de Cambio.

La gestión del cambio es un conjunto de procesos, herramientas y técnicas para gestionar la transición hacia una nueva realidad, intentando que las personas involucradas sean capaces y deseen trabajar en el nuevo contexto definido y se consigan los resultados esperados<sup>10</sup>.

Otra definición del Cambio Organizacional se refiere a un proceso cíclico de transformación estructural de la organización en donde se gestiona un nuevo modelo de administración y dirección en la búsqueda de cambiar sistemas, procesos, tecnología, actitudes y aptitudes para desarrollar un perfil organizacional ajustado a las demandas y condiciones competitivas del mercado y sus clientes<sup>11</sup>.

El cambio organizacional surge por una necesidad estratégica, problemas, duda, intención, sensación, requerimientos, imitación de experiencias e influencias teóricas que dan pie para diseñar un plan de ordenamiento y reconducción de la totalidad organizacional.

---

<sup>10</sup>WADDELL, Diannel y SOHAL, Amrik, Resistance: a constructive tool for change management. Management Decision, Vol. 36, No. 8.

<sup>11</sup>LINARES, Francisco. Manual Didáctico de cambio organizacional, hacia la gestión de procesos, calidad e innovación de negocios. 1012. 5p.

### **1.3 Gestión de Personal**

Un concepto general sobre gestión de personal y recursos humanos, es “La administración de personal es un código sobre formas de organizar y tratar los individuos en el trabajo; de manera que cada uno de ellos pueda llegar a la mayor realización posible de sus habilidades intrínsecas, alcanzando así una eficiencia máxima de ellos mismos y de su grupo, y dando a la empresa de la que forman parte, una ventaja competitiva determinante, y por ende resultados óptimos”<sup>12</sup>

### **1.4 Benchmarking**

Por definición es un proceso sistemático y continuo de evaluación de los productos, servicios y procedimientos de trabajo de las empresas que se reconocen como representantes de las mejores prácticas y el propósito es el mejoramiento organizacional<sup>13</sup>. Otras definiciones señalan como “Proceso de obtener información útil que ayude a una organización a mejorar sus procesos. Esta información se obtiene de la información de otras instituciones o empresas que se identifiquen como las mejores (o suficientemente buenas) en el desarrollo de aquellas actuaciones o procesos objetos de interés.”

---

<sup>12</sup>PIGORS, MYERS. La Administración de Personal. 3ª edición, Editorial Continental S.A. México 1985. 383 p

<sup>13</sup> SPENDOLINI, M. The Benchmarking .19ª Edición. Grupo Editorial Norma. Bogotá. 1992. 330 p

De acuerdo con lo propuesto por la literatura sobre benchmarking, destaca tres fases:

1. Fase de planificación: consiste en establecer las instituciones a seleccionar, evaluar sus performances.

2. Fase de análisis: se analizan los resultados para investigar los competidores consiguen un determinado posicionamiento y rendimiento. Estos resultados definen la organización o departamento que desarrolla el estudio.

3. Fase de acción: consiste en la fase de cambio que distingue el benchmarking de un análisis comparativo cualquiera y que le da sentido, en cuanto el verdadero objetivo es mejorar la gestión adaptando los resultados al contexto de referencia (Watson, 1993), incrementar beneficios, aumentar la productividad, la calidad y el know-how. Una clave para obtener buenos resultados es la realización de un Plan, redactado a partir de los resultados. A menudo una de las dificultades a la hora de realizar un proyecto de benchmarking es encontrar datos, fuentes e informaciones, por eso es importante favorecer una comunicación clara, eficaz y convincente para que los resultados sean comprensibles y asequibles a todos los operadores del sector<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup>Benchmarking y su Aplicación en Turismo.<[http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-99112010000200012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-99112010000200012&script=sci_arttext)> [Consulta: 9 diciembre 2014]

Existe información de utilización de la metodología de benchmarking en el ámbito hospitalario, el marco de las políticas relacionadas con la seguridad de los pacientes, en países como Francia, España, Reino Unido, Estados Unidos se han desarrollado estudios Benchmarking lo que ha permitido obtener información objetiva sobre cuáles son los tipos de Eventos Adversos (EA) más prevalentes en los hospitales y determinar la evitabilidad de los mismos, esclareciendo cuáles son los más prevenibles.

## **1.5 Calidad**

La Real Academia Española, en el Diccionario de la Lengua Española de 1984, Tomo I, página 242, define calidad como una "cualidad", una "manera de ser", "alguien que goza de la estimación general", o "lo mejor dentro de su especie".

La noción de calidad contiene varias definiciones , incluso las muy conocidas que se refieren a la producción de servicios con cero defectos<sup>15</sup> principalmente al grado de perfeccionamiento de un objeto y ha ido desarrollándose a través del tiempo, gracias a los numerosos estudios realizados por diversos autores, los cuales han definido la calidad desde distintos enfoques. Desde una perspectiva estratégica, se define que la calidad es un resultado de la forma en que la organización realiza sus actividades

---

<sup>15</sup>DEMING,W. Edwards. Out of the Crisis.Massachusetts Institute of Technology. 1982. 493 p

principales y de apoyo , por consiguiente, la calidad existe cuando los bienes y servicios cumplen o superan las expectativas de los clientes, existiendo evidencia que la calidad podría ser un elemento fundamental para la satisfacción de los clientes de la empresa<sup>16</sup>

### **1.5.1 Calidad en el Ámbito de la Salud**

La utilización del concepto de calidad, presenta una perspectiva multidimensional. El término se aplica a la excelencia de una disciplina, a la perfección de un proceso, a la obtención de buenos resultados con una determinada técnica o procedimiento. De este particular ámbito del concepto, no existe una sola definición para la calidad, en este contexto la definición de calidad<sup>17</sup> para la prestación de un servicio a las personas aplicable a la medicina, considera - como un "hacer bien las cosas", como "una condición o atributo del objeto que debe ser verificado y comprobado por el usuario", o como una "meta para el usuario" encierra conceptos que, sin lugar a dudas, forman parte de lo que se entiende por calidad, en el ámbito referido.

La calidad bajo una perspectiva de la mejora continua, debe velar porque ambas partes, prestador y usuario, trabajen activamente y en conjunto para la

---

<sup>16</sup>CROSBY, L.B, DEVITO,R y PEARSON, J.M. Manage Your Customers Perception of Quality. Review of business, 2003. 18 p

<sup>17</sup>ROSSELOT, E. Aseguramiento de la calidad profesional. Un nuevo marco ético para el ejercicio de la medicina. Editor Sociedad médica de Chile. 2008. Vol 133, Número 12

obtención de la misma. Por ello, en todos los Modelos de Calidad e instrumentos de diagnóstico de calidad, que ordenan sistemáticamente los factores más críticos para el buen funcionamiento de toda la organización, se considera al usuario y su satisfacción con el producto o servicio recibido, como parte activa e importante dentro del proceso.

Dentro de un sistema de salud se encuentran los usuarios internos, como son el personal clínico, administrativo, los usuarios externos, los usuarios, pacientes y stakeholder o grupos de interés.

Finalmente, en lo que a calidad en salud respecta, una definición bastante utilizada es dada por el Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias de los Estados Unidos de Norteamérica y que se refirió a calidad como "el grado por el cual los Servicios de Salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y éste es consistente con el conocimiento profesional actual"<sup>18</sup>.

En todo caso, la calidad en salud siempre lleva implícitos 2 conceptos que son: 1.- La excelencia técnica, esto es, decisiones adecuadas y oportunidad en la toma de las mismas, habilidad en el manejo de algunas técnicas y buen juicio para

---

<sup>18</sup>LOHR, KN, WEHLING, Harris. Medicare: A Strategy for quality assurance, I: A recapitulation of the study and a definition of quality of care. Institute of Medicine, National Academy of Sciences, Washington DC. Revista Vol 17

proceder. En otras palabras, "hacer lo correcto, correctamente"<sup>19</sup> 2.- Adecuadas interacciones entre los agentes involucrados en dar y obtener salud, las que deben caracterizarse por fluidez en las comunicaciones, confianza, empatía, honestidad, tacto y sensibilidad.

### **1.5.2 Reforma de Salud y Calidad en el Ámbito de Salud en Chile**

El proceso de Reforma de Salud, se intensifica a partir del año 2000 cuando se establece la Comisión de Estudios de la Reforma y el Presidente de la República Sr. Ricardo Lagos E. Se compromete a presentar un conjunto de cinco proyectos legislativos al Congreso Nacional, cuyos contenidos fueron los siguientes:

- 1.-Derechos y deberes del paciente.
- 2.-Financiamiento.
- 3.- Autoridad Sanitaria y Gestión.
- 4.-Ley de ISAPRES.
- 5.-Régimen de Garantías en Salud.

El conjunto de proyectos tiene como pilares del sector:

- Garantizar la igualdad de derechos.

---

<sup>19</sup>Blumenthal D. Quality of health care. Part 4: The origins of the quality of care of debate. N Engl J Med 1996; 335 p

- Implementar políticas basadas en la equidad, solidaridad, efectividad técnica.
- Eficiencia en el uso de los recursos.
- Participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de políticas y programas sectoriales.

Los objetivos declarados del proceso de reforma de salud son los siguientes:

- Mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libre de enfermedad.
- Reducir las desigualdades en salud.

En este contexto el 3 de Septiembre del año 2004, se establece la ley de Garantías Explicitas en Salud, la cual reconoce la calidad y seguridad de la atención de los pacientes como pilar fundamental de los sistemas sanitarios modernos que permite garantizar a las personas un conjunto de condiciones mínimas y comunes con relación a las prestaciones de salud que reciben cuando son atendidos en el sistema sanitario nacional, tanto para el ámbito público como para el privado.

### **1.5.3 Calidad en los Establecimientos de Atención Cerrada**

En Chile el concepto de calidad de la atención clínica, comenzó con la prevención de infecciones intrahospitalarias, para luego avanzar hacia la

evaluación de la calidad de atención con programas como PECAH (Programa de Calidad Hospitalaria) y el Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales e Individuales, tanto públicos como privados. Existen establecimientos sanitarios en Chile acreditados en el Programa de la JointCommissiononAccreditation of HealthcareOrganizations (JCAHO) y certificación establecidas por la Organización Internacional de Normalización (ISO).

El sistema de Acreditación de Calidad en Chile tiene dos componentes:

1. Relacionado con los profesionales individuales que hacen prestaciones sanitarias, a los que les es exigible la garantía del título profesional
2. Que es regulado por la Superintendencia de Salud y que tiene referencia a las instituciones prestadoras públicas y privadas de atención cerrada, de atención abierta, centros de diálisis, laboratorios y centros de radioterapia.

La acreditación tiene carácter confidencial, privado, con probidad y voluntario para los prestadores que no realizan prestaciones vinculadas a las Garantías Explícitas en Salud (GES), que en 2005 dieron inicio a la reforma de la salud.

Las GES se establecen cuatro garantías:

- Garantía de acceso
- Oportunidad
- Protección financiera
- Garantía de calidad.

Todas ellas se encuentran promulgadas, sin embargo, la garantía de calidad aun no entra en vigencia, esta fue planificada para el día 1 de julio de 2015. Los procesos de acreditación son importantes y permiten en gran medida asegurar que los establecimientos tienen profesionales y procesos de alto nivel para la seguridad de los pacientes, al ser un proceso continuo de calidad, es importante cerciorarse que los estándares se mantengan en el tiempo y no sólo para el momento de la acreditación, que se da cada tres años.

El resultado de la acreditación es absolutamente dicotómico, se está o no se está acreditado, no entendiéndose que la calidad es un proceso de mejora continua y que debería haber una escala de diferentes grados de desarrollo de la acreditación del prestador institucional, con órganos de apelación o de evaluación con resultados parciales y planes de mejoría.

El estándar General para los Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, los ámbitos a ser evaluados en el proceso de acreditación son los siguientes:

- Respeto a la Dignidad del Paciente
- Gestión de la Calidad
- Gestión Clínica
- Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención
- Competencias del Recurso Humano
- Registros
- Seguridad del Equipamiento

- Seguridad de las Instalaciones
- Servicios de Apoyo

## **1.6 Ley Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ley 20.584.**

La ley está inserta en el contexto de la reforma de la salud en Chile. En 2001 se planteó un cambio de orientación: desde perspectiva ligada al asistencialismo de la prestación de los servicios clínicos a una visión que la medicina se concibe como un derecho humano y responsabilidad indelegable del Estado. La Presidente de la República, Dra. Michelle Bachelet, enfatiza atender a valores y principios éticos de una reforma de salud basada en los derechos de los pacientes. "El principal soporte y aliado (de la reforma) será la incorporación de los derechos explícitos y el empoderamiento ciudadano para que las personas sean sujetos activos en el proceso de salud-enfermedad"<sup>20</sup>.

El 1 de octubre del 2014 entró en vigencia la Ley 20.584, que regula "los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud". El derecho a la salud debe ser atendido "de modo oportuno y sin discriminación", como señala la Ley, hay que adecuar la oferta pública a las necesidades y derechos de las personas, incorporándolos sólo en parte a la

---

<sup>20</sup> Erazo A, Titelman D. Cobertura y garantías en salud. Políticas públicas para un Estado social de derechos. El paradigma de los derechos universales. Santiago: LOM Ediciones, Henry Dunant América Latina; 2008: 253-71.

atención clínica. Proporcionar la mejor calidad asistencial, con excelencia profesional e ideales de servicio, solidaridad y compasión. Estos aspectos se incorporan al texto legal, como obligaciones jurídicas de los prestadores institucionales e individuales, y no sólo como criterios personales. El alcance de esta ley debe estar presente en instituciones tales como: consultorios, hospitales y clínicas del país. (Ver anexo N°1)

En comparación con otros países, la legislación, no reconoce la autonomía del paciente como lo hacen la Ley española (2002), la argentina (2009), o la Carta dos direitos dos usuarios da saude, de Brasil (2006). En Ecuador ha aprobado una "Política de la Relación Sanitaria" (2011), con estrategias para la implementación de los derechos y principios bioéticos, más amplia que una mera Ley de derechos y Perú también acaba de aprobar unos lineamientos aunque aún no es ley, para el ejercicio de la bioética desde el reconocimiento de los derechos humanos.

Esta Ley en Chile, contiene Derechos como: el consentimiento informado, una reglamentación de la participación de los usuarios, acceso a los Comités de Ética. La relación entre profesionales de la salud y pacientes, se vea la persona de modo integral, no como un "caso clínico" o una sucesión de estudios sistémicos de diversos especialistas, sino desde la visión interdisciplinar de todos los profesionales involucrados en su atención, a través del "médico tratante", al que el paciente debe conocer, pues tiene derecho "a saber quién autoriza y efectúa sus diagnósticos y tratamientos"

Los deberes de los pacientes son: respetar el reglamento interno del establecimiento de salud, informarse acerca de su funcionamiento y de los procedimientos de consulta y reclamo establecidos, cuidar las instalaciones y equipamiento, tratar respetuosamente al equipo de salud y finalmente, colaborar informando de manera veraz acerca de sus necesidades, problemas de salud y de todos los antecedentes para su adecuado diagnóstico y tratamiento.

## **CAPITULO II: ESTUDIO**

### **2.1 Metodología de la Investigación**

Para el desarrollo de la investigación se llevará a cabo el método analítico descriptivo “aquel en donde se reseñan las características o rasgos de un fenómeno objeto de estudio”<sup>21</sup>, permitirá ordenar el resultado de las observaciones de las conductas, características, procedimientos, además examinar los datos de manera científica, en forma numérica y aplicación de estadísticas y la naturaleza de la descripción en cada contacto de servicio al usuario en la atención ambulatoria, de la Urgencia y la hospitalización.

### **2.2 Fuentes de Información**

Los instrumentos de investigación para realizar el presente estudio, serán:

Encuestas generadas por la misma investigación en el periodo de Junio a Agosto del año 2013. Se considerará entre otros;

- Análisis comparativo entre establecimientos de salud.
- Entrevistas a expertos, especialistas en salud pública en Chile.
- Análisis de estudios relacionados.

---

<sup>21</sup> TORRES, Bernal, cesar Augusto. Metodología de la investigación, para administración, economía, humanidades y ciencias sociales. 2 Edición. México: Pearson Educación, 2006. P. 112

- Revisión bibliográfica en el tema de metodología de la investigación.

### **2.3. Diagnóstico del Hospital de Urgencia Asistencia Pública**

El Hospital de Urgencia Posta Central es un hospital de alta complejidad, perteneciente a la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Central. Dedicado a la atención de pacientes de urgencia médico quirúrgica y alta complejidad del adulto. Centro de referencia nacional del gran quemado y referencia regional de pacientes politraumatizados, además brinda atención pre hospitalaria a través del Servicio de Atención Médica de Urgencia. SAMU Metropolitano que cuenta con 26 bases distribuidas en la Región Metropolitana.

Figura N°1: Organigrama del HUAP.



Tabla N°1.Oferta de Camas en el HUAP

<b>Unidad / Servicio</b>	<b>Número de Camas</b>
Urgencia	45 camillas
Quemados	25 camas
Médico Quirúrgicos Indiferenciados	29 camas
Cirugía	68 camas
Traumatología	42 camas
UPC	30 camas
Medicina	98 camas
Total	337

Fuente: Cuenta pública 2014 HUAP

El recurso humano que trabaja en el HUAP corresponde a 1714 personas, de ellas el 70% trabaja por sistema turnos.

Tabla N° 2:Personal contratado por el HUAP

<b>Personal</b>	<b>Número de Personas</b>
Médico	262
Dentista	24
Enfermeras	145
Tecnólogos Médicos	34
Kinesiólogos	7
Nutricionistas	6
TécnicosParamédicos	431

Administrativos	163
Auxiliares	253
Profesionales Administrativo	37
Otros Profesionales	18
Total	1714

Fuente: Cuenta pública 2014. HUAP

## 2.4 Enfoque de Servicio al Usuario

En el HUAP el enfoque de servicio al usuario se desarrolla en el departamento de Gestión del Usuario, su misión es “Desarrollar acciones orientadas al mejoramiento continuo de la calidad percibida y la de satisfacción de los usuarios a través del diseño e implementación de iniciativas y proyectos de desarrollo”<sup>22</sup>.

El Departamento de Gestión de Usuarios es un departamento de soporte, que entrega asesoría directa a las unidades y servicios del Hospital, a fin de establecer estrategias que vinculen armónicamente a nuestros usuarios con la comunidad funcionaria y por esta vía mejorar los niveles de satisfacción y calidad de servicio subjetivamente percibidos y evaluados. El departamento, depende estructuralmente de la Dirección del hospital y mantiene una relación vinculante y funcional con todos los servicios, unidades y departamentos.

<sup>22</sup>Manual Departamento de Gestión del Usuario. HUAP. 2012  
[http://huap.redsalud.gob.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2012/11/reglamento-interno.pdf](http://huap.redsalud.gob.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2012/11/reglamento-interno.pdf)  
[consulta: 15 agosto 1013]

Las funciones principales del departamento son: Recepción de Pacientes de Urgencia, Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS) y Psicología de Enlace. El equipo está compuesto por 21 funcionarios, entre profesionales, administrativos y auxiliares de servicio en distintas funciones.

## **2.5 Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente**

Entendido como un servicio clínico en el hospital existe el Departamento de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, donde trabajan 6 profesionales. Dentro de sus labores está el mejoramiento de la calidad en todos los servicios y unidades. Un ámbito relevante tiene relación con las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, IAAS. Se define como todo proceso infeccioso general o localizado que ocurre como consecuencia de la atención de salud y que no estaba presente ni incubándose al momento de hospitalizarse. Esta es una denominación más adecuada ya que incluye la atención ambulatoria y las infecciones detectadas después del alta.

Las IAAS son uno de los principales indicadores de calidad de atención en salud. Se estima que afectan a un 5% de los pacientes hospitalizados e implican:

1.- Aumento de la morbilidad: necesidad de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos adicionales, alteración importante de las actividades normales del

Usuario. 2.- Costos adicionales: por prolongación de estadía hospitalaria (1 a 25 días adicionales según el tipo de infección), tratamientos antibióticos, exámenes. Impacto en la calidad de vida o pérdida de actividad laboral. 3.- Aumento de la mortalidad: estimada en un 6%. 4.- Riesgos para el personal de salud. 5.- Eventuales problemas médico legales. 6.- Posibles deterioros de la imagen de una institución.

### **2.5.1 Proceso de Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales**

En el marco de la Reforma de Salud, la acreditación es un proceso de evaluación periódico destinado a medir el grado de cumplimiento de las prácticas relacionadas con calidad de la atención. Es obligatoria para prestadores institucionales autorizados, que aspiran a resolver patologías GES. Deben cumplir estándares que garanticen la seguridad de la atención para Julio del año 2015.

Los ámbitos de acreditación son los grandes temas que se evalúan de un prestador y contienen en su definición los alcances de política y el deber ser al que se aspira para el otorgamiento de una atención de salud que cumpla condiciones mínimas de seguridad.

Los 9 ámbitos de la acreditación son;

1. Respeto a la dignidad del paciente (DP).
2. Gestión de la calidad (CAL).
3. Gestión clínica (GCL).
4. Acceso, oportunidad y continuidad (AOC).
5. Competencias del recurso humano (RH).
6. Registros (REG).
7. Seguridad del equipamiento (EQ).
8. Seguridad de las instalaciones (INS).
9. Servicios de Apoyo (AP).

Las características: son los componentes en espacios menores de análisis, especificándose el requerimiento de política institucional que se pretende medir.

La verificación de su cumplimiento considera elementos medibles y puntos de constatación. La acreditación de un prestador se basa en la determinación del

nivel de cumplimiento de cada una de las características. En el HUAP se trabaja desde el año 2009, para el cumplimiento de la acreditación y actualmente se encuentra en la siguiente situación:

Tabla N°3: Estado de cumplimiento proceso acreditación.

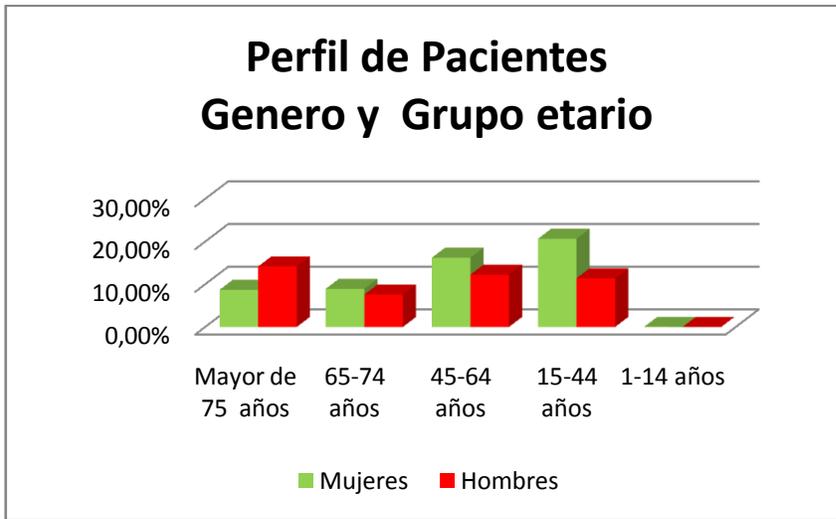
Proceso de Acreditación. 2013		
Características	Aplican	Cumplen
Obligatorias	28	16
No Obligatorias	61	48

Fuente: Cuenta Pública. 2014

## 2.6 Perfil de los Usuarios

Los usuarios que integran la red de los establecimientos del SSMC corresponden a las comunas de Santiago, Estación Central, Maipú, Cerrillos y parte de Pedro Aguirre Cerda. Sin embargo atienden a toda la población de Santiago y eventualmente de provincia, en su mayoría pertenecenal sistema de salud pública FONASA.

Figura N°2: El perfil de los pacientes; por género y grupo etario.



Fuente: Cuenta pública 2013. HUAP

## 2.7 Gestión Clínica

Tabla N°4: Atención de Urgencia

Atención de Urgencia	
Año	Atención Número de Pacientes/ Día
2011	260
2012	241
2013	216

Fuente: Cuenta pública 2013. HUAP

Tabla N° 5: Destino de pacientes con indicación de hospitalización

<b>Derivación de Pacientes</b>	
<b>Indicación</b>	<b>Porcentaje</b>
Ingresan al HUAP	75%
Derivación otro establecimiento	14%
Permanece en box de atención de Urgencia	10%
Rechazan la hospitalización	1%

Fuente: Cuenta pública 2013. HUAP

Hospitalización en Box de Urgencia, debido a falta de camas e infraestructura, a diario los pacientes con instrucción de hospitalización deben ser hospitalizados en box de urgencia, hasta que se presente un cupo al interior del HUAP .

Tabla N 6: Hospitalizados en Box de Urgencia

<b>Pacientes hospitalizados en Box de Urgencia</b>	
<b>Año</b>	<b>Número de Pacientes/ Día</b>
2011	22
2012	21
2013	15

Fuente: Cuenta pública 2013. HUAP

Pacientes que no esperan atención de Urgencia. Fenómeno creciente en la sala de urgencia, se registran los siguientes resultados, en el mes de noviembre 2013 se registró un pick de 23.5 %

Tabla N 7: Pacientes que no esperan atención

<b>Pacientes que no esperan Atención</b>	
<b>Año</b>	<b>Porcentaje Pacientes, que no esperan atención</b>
2011	9.4
2012	7.8
2013	13.8

Fuente: Cuenta pública 2013. HUAP

#### Atención Ambulatoria Dental

Tabla N° 8: Atención Dental

<b>Atención Dental Diaria</b>	
<b>Año</b>	<b>Número de Pacientes /Día</b>
2011	139
2012	128
2013	114

Fuente: Cuenta pública 2013. HUAP

### 2.7.1 Grupo Relacionado por el Diagnostico. GRD

GRD es un sistema de clasificación que agrupa a los pacientes que atiende un hospital en base a sus características clínicas y su consumo de recursos. Estos grupos son mutuamente excluyentes, además de ser homogéneos, tanto clínica como financieramente. Únicamente se clasifican los pacientes hospitalizados, asignados con un GRD por paciente admitido.

Tabla N° 9: El perfil de los pacientes; por servicios Clínicos

Servicios Clínicos	Peso medio GRD
Medicina	0.97
Cirugía	1.06
Quemados	4.65
UTI Quemados	4.62
UCI M-Q	3.95
UTI M-Q	2.68
Total HUAP	1.14

Fuente: Cuenta pública 2013.PromedioHospital Clínico. MINSAL 0.89.

## **2.8 Oficina de Información Reclamos y Sugerencias. OIRS**

Las instituciones públicas es obligación poseer las oficinas OIRS, desde el 10 de abril del 2009, que entró en vigencia la Ley de Transparencia de Gobierno. Las Oficinas OIRS son las encargadas de canalizar el contacto de la ciudadanía con las instituciones públicas. Las labores de estas oficinas son variadas, principalmente se ocupa en resolución de dudas de las personas que visiten los servicios públicos. Además están a cargo de recibir por medio de formularios las solicitudes, reclamos, sugerencias, consultas, aclaraciones y felicitaciones.

En el HUAP, existen 3 Oficinas que se encuentran ubicadas estratégicamente y su principal función es dar información a los usuarios, existiendo 3 módulos.

1.- Modulo 1, ubicado en calle Curicó: trabajan 3 funcionarios, se encargan entregar horas e información de las personas hospitalizadas. Atienden en horario de oficina 8.00 a 18.00 horas de lunes a viernes. Existe una persona que durante dos veces en el día recorre el establecimiento para saber si coincide la cama del paciente hospitalizado con su nombre. No hay un registro electrónico de datos que pueda ser más eficiente esta labor.

2.- Modulo Urgencia: sus servicios son durante las 24 horas, con cuarto turno en la labor OIRS trabajan 4 personas , que entregan información. Además existe la figura de orientadores.

Las solicitudes se ingresan en los formularios autocopiativos que se encuentran en las OIRS, en ellas se escribe el reclamo y es depositado en buzones azules que se encuentran en diferentes unidades del establecimiento. La secretaria del departamento es la encargada de ingresar al trámite en línea. Las respuestas son emanadas por la jefatura y se trabaja con una doctora que tiene un contrato por el artículo 44, que trabaja directamente en las respuestas a los reclamos.

### **2.8.1 Orientadores**

En el HUAP existen 4 funcionarios “Orientadores”, encargado de mejorar la calidad del servicio y la atención que reciben los usuarios, fueron creados como una estrategia para mejorar la satisfacción del usuario, en el programa Ministerial “Hospital Amigo”. A diario el orientador debe rellenar con los ítems que fiscalizan: atención, aseo, tiempos de espera, situaciones críticas de la

jornada y condiciones que se deben mejorar, entre otros, lo que implica una demora en la atención y muchas veces el orientador no resuelve.

## 2.9 Horarios de visitas en atención hospitalizados

Los familiares de los pacientes que permanecen hospitalizados, deben conocer las horas de visita, según la ubicación del paciente. Además existe la figura de “Tutores” = Visitas, que son por lo general familiares de paciente o personas cercanas que conocen el diagnóstico por la cual el paciente será intervenido y debe ser quien se comunica con el médico u otro profesional clínico del establecimiento.

Tabla N°9: Horarios de visita Hospitalizados

<b>Servicio</b>	<b>Horario</b>	<b>N° Visitas</b>
Urgencia	Sin Visitas	Sin Visitas
Quemados	14.30 a 15.00 Horas	1 visita no intercambiable
2° piso Sector	13.00 a 15.00 Horas	2 visitas intercambiables una vez

MQI Sector A	12:00 a 12:30 Horas	2 visitas intercambiables una vez
MQI Sector C	13:00 a 15:00 Horas	2 visitas intercambiables una vez
Medicina	13:00 a 15:00 Horas	2 visitas intercambiables una vez
Cirugía	12:00 a 14:00 Horas	2 visitas intercambiables una vez
Traumatología	12:00 a 14:00 Horas	2 visitas intercambiables una vez
UPC	12:30 a 13:00 Horas	1 visita no intercambiable

Fuente: Página Web HUAP<[http://huap.redsalud.gob.cl/?page\\_id=263](http://huap.redsalud.gob.cl/?page_id=263)> [consulta: 15 agosto de 2014]

La institución Damas de Rojo, tienen un rol importante en el HUAP, puesto que atienden de Lunes a Sábado de 8:30 a 12:45 y de 13:00 a 17:00 horas y domingo de 9:00 a 13:00 horas, son las personas que pueden llevar artículos de aseo, cartas y recados entre los pacientes y los tutores

## **2.10 Aplicación de la Metodología. Benchmarking**

La utilización de Benchmarking, permitirá conocer e identificar buenas prácticas desarrolladas por otros establecimientos de Salud, que poseen características similares. En este estudio se consideraron los siguientes criterios:

- El grado de complejidad de los establecimientos.
- Establecimientos con unidades de Urgencia, Hospitalización y Ambulatorio.
- Ubicación geográfica Región Metropolitana.

En este estudio se consideran las siguientes instituciones de Salud:

- Hospital Clínico de la Universidad Católica.
- Hospital Clínico de la Universidad de Chile José Joaquín Aguirre.
- Clínica Dávila.
- Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

Este análisis nos permitirá Identificar los procedimientos críticos en el HUAP, conocer los procedimientos que logran buenos resultados, y posteriormente mejorar los estándares de calidad de la atención al usuario.

## **2.11 Aplicación de Encuesta**

Se utilizaron encuestas analíticas con el propósito de describir, explicar los motivos de una determinada situación. Este tipo de encuestas por medio de la examinación permite observar interrelaciones y luego formular inferencias explicativas.

Las encuestas de elaboración propia, buscan recopilar datos por medio de un cuestionario previamente diseñado, sin modificar el entorno ni controlar el proceso que está en observación. Las entrevistas realizadas cara a cara, consisten en entrevistas directas con cada encuestado.

Estadísticamente la población del estudio corresponde a los 4 departamentos de Gestión del Usuario a analizar.

Los datos que se obtienen realizando un conjunto de preguntas dirigidas a los jefes de los Departamentos de Gestión del Usuario, cubre la totalidad de la población estadística en estudio, con el fin de conocer estados de opinión, características y/o hechos específicos.

El material de investigación y opinión de los expertos se diseñó y se realizó estudio de tipo cuantitativo y cualitativo, a través de encuesta,

herramienta que permita la recolección de datos y posterior análisis de la información. Esta encuesta se realizó en Junio del año 2013.

La encuesta presenta los siguientes datos relevantes:

- Identificación del establecimiento
- Nombre del departamento:
- Misión / Función dentro de la organización
- Dependencia directa dentro de la Organización
- Jefe encargado
- Contactos: Teléfonos, e-mail
- Número de colaboradores/ trabajadores
- Descripción de las vías de ingreso de los usuarios a realizar sus requerimientos.
- Mecanismo de Atención de los usuarios en Unidad de Urgencia
- Mecanismo de Atención de los Usuarios en la Unidad de Hospitalización
- Mecanismo de Atención de los Usuarios en la Unidad Ambulatoria
- Descripción de la atención personalizada al usuario
- Mecanismos de ingreso de Reclamos y otros requerimientos
- Medición de satisfacción de los usuarios
- Análisis de resultados
- Análisis de desempeño del Departamento

## **CAPITULO III: RESULTADOS**

En este capítulo se presentan las evidencias que arrojó la investigación.

### **3.1 Gestión del Departamento de Atención del Usuario**

Los departamentos de Atención al Usuario, independiente del nombre que cada organización les asigne, tienen como misión / visión general “dar excelencia en la atención al usuario y a su entorno”.

Tabla N °10: Identificación del Establecimiento de Salud a Investigar.





### **3.2 Atención en Call Center.**

La gestión del Call Center es considerada la puerta de entrada a los establecimientos privados ya que por esta vía es donde se efectúa la dación de horas para la atención ambulatoria y se realizan reclamos. En el script que orienta la atención de esta instancia destaca la “identificación del personal que atiende el llamado”, la “importancia del llamado”, y el uso de algunas frases tipo como “gracias por preferir el hospital”. En todas las instituciones que cuentan con el servicio de telefonía, el departamento de atención del usuario obliga por contrato a la empresa externa o a sus propios funcionarios a realizar las siguientes acciones y funcionalidades:

- Script de atención.
- Registro de llamado
- Identificación del usuario
- Propósito de la llamada.

La información proporcionada es procesada y entregada a la dirección y unidades o departamentos (Ej. Unidad de Maternidad, estacionamientos concesionados) con el objetivo de mejorar la atención.

Particularmente en la Clínica Dávila existen en áreas de atención ambulatoria, Urgencia y cercano a cafetería los llamados “Teléfonos Rojos”,

estos son grabadoras de voz, en la que los usuarios pueden realizar sus reclamos y expresar las sugerencias del sistema, sin embargo, en la práctica se presta para juegos.

En el HUAP, no existe atención telefónica, solo la jefa del departamento recibe llamados, y en caso que el usuario requiera de información, estos son derivados a la atención personalizada.

Tabla N° 11: Atención telefónica

Acción	Identificación de la Institución			
	Clínica Dávila	H.C Universidad Católica	H.C. Universidad de Chile	HUAP
Call Center	Si	Si	Si	No
Script de Atención	Si	Si	Si	No
Atención de reclamos	Si	Si	Si	No
Teléfonos Rojos	Si	No	No	No

Fuente: Elaboración Propia. Año 2013

### 3.3 Atención Personalizada

En las instituciones privadas analizadas, cuando un trabajador inicia sus funciones se establece obligatoriamente una inducción en imagen personal, atención al público, contención de conflictos, resolución de problemas, y se les entrega un manual de la institución que incluye un organigrama y nombres de las jefaturas en unidades clínicas. El personal que atiende público debe estar uniformado e identificado, además de poseer características personales con sus habilidades blandas.

Respecto de las funciones que realiza el personal de atención al público, los ejecutivos se dedican a ingresar, clasificar y contestar los reclamos, los ejecutivos en terreno orientan a los usuarios y usuarias, además de trabajar en la mediación de conflictos. El personal de informaciones o *frontdesk*, no es parte del departamento, sin embargo tiene conocimientos y voluntad de solucionar los inconvenientes que se presenten, de lo contrario, indican al usuario donde se encuentra las oficinas de atención al paciente /Usuario.

El horario de atención de este Departamento en los establecimientos privados es de 8.30 hrs a 18.00 hrs. de lunes a viernes y turnos de sábado por la mañana 8: 30 a 13:00 horas.

En el HUAP atienden las 24 horas en la atención en las llamadas Oficinas de Información, reclamos y sugerencias OIRS. El personal que atiende al usuario solo es exigible su credencial de la institución.-

Tabla N° 12: Atención Personalizada

<b>Acción</b>	<b>Clínica Dávila</b>	<b>H.C Universidad Católica</b>	<b>H.C. Universidad de Chile</b>	<b>HUAP</b>
Inducción en imagen personal	Si	Si	No	No
Utilización de Uniforme	Si	Si	No	No
Capacitación en atención al público.	Si	Si	SI	SI
Capacitación contención de conflictos	Si	Si	No	No
Capacitación resolución de problemas	No	Si	Si	No
Manual de la institución	Si	Si	No	No
Atención Presencial	Si	Si	Si	Si

Fuente: Elaboración Propia. Año 2013

### **3.4 Ingreso de Solicitud, reclamos y felicitaciones**

Las solicitudes, reclamos y felicitaciones que ingresan en los establecimientos investigados, se realizan por diversas vías, a través de telefonía, e-mail y en forma presencial. En el análisis de los sistema informático o planilla de datos existentes, se observan que aquellos establecimientos que dividen a información en los ámbitos de acción , entre procesos clínicos, atención, administración, los tiempo de espera o unidades que establece cada establecimiento, obtienen mejores resultados. En el HUAP solo existe la categorización Clínica y Administrativo.

La Gestión de los reclamos en instituciones privadas el tiempo de resolución de estos dependiendo de su gravedad (prioridad baja o alta) varía entre 3 y 15 días como máximo.

La respuesta se entrega por medios escritos o e-mail, además en ésta se incorporan frases de agradecimiento para mejorar procesos internos y en algunos casos de gravedad se incluyen reparaciones económicas. A veces es necesaria la presencia del reclamante para entregar la respuesta al reclamo y se realiza un registro de la asistencia de éste por medio de la firma para tales efectos. No existe respuesta tipo y la contestación es realizada por el Departamento de Atención al Usuario y Dirección Médica. Cabe destacar que es la última

instancia de respuesta y es visada por el departamento de atención al paciente y en algunos casos por cada unidad médica involucrada.

Los casos en los que se realizan demandas, se cuenta con un staff jurídico para representarlos a las espera que la justicia determine la sentencia.

La atención de usuarios a través de Internet de los establecimientos analizados por medio de [www.davila.cl](http://www.davila.cl), [www.redsalud.uc.cl](http://www.redsalud.uc.cl), [www.redclinica.cl](http://www.redclinica.cl) y [www.huap.cl](http://www.huap.cl), los usuarios pueden realizar consultas, y son contestados en un máximo de 15 días. Otro canal de comunicación del HUAP es [www.tramiteenlinea.cl](http://www.tramiteenlinea.cl), para realizar trámites. Todas las plataformas cuentan con la funcionalidad de ingresar los datos del solicitante y describir las consultas.

Tabla N°13: Ingreso de Solicitudes

<b>Acción</b>	<b>Clínica Dávila</b>	<b>H.C Universidad Católica</b>	<b>H.C. Universidad de Chile</b>	<b>HUAP</b>
Personal o Ejecutivas Oficina	1 Asistente administrativo 5 Ejecutivas	1 Asistente 2 Ejecutivas	2 Ejecutivas	3 psicólogos
Anfitriones o Ejecutivas Terreno	3 ejecutivos de Informaciones	4 Ejecutivas presenciales	3 Ejecutivas presenciales	8 Funcionarios Oirs. 4 y orientadores
Secretaria	1 Secretaria	1 Secretaria	1 Secretaria	1 Secretaria
Tiempo de	10 días	3 a 10 días	10 a 15 días	15 días Hábiles

respuesta				
Respuesta a reclamos	-Papel -Digital -Telefónico -Presencial	-Papel -Digital -Presencial - Telefónico	-Papel -Digital -Presencial	- Papel - Digital
Análisis de reclamos	Mensual	Mensual	Mensual	Sin antecedentes
Informe de reclamos a la dirección	Mensual	Mensual	Mensual	Sin antecedentes
Telefónica.	Si	Si	Si	No
e-mail	Si	Si	Si	No
Página web.	Si	Si	Si	No
Trámite en línea	No	No	No	Si
SERNAC	Si	Si	Si	No
Superintendencia de ISAPRES.	Si	Si	Si	No
Superintendencia de Salud.	Si	Si	Si	Si
Libros de sugerencia y/o reclamo	Si	Si	No	No
Buzones	No	Si	Si	Si

Elaboración propia. Año 2013

### 3.5 Medición de Satisfacción Usuaría

Las mediciones de satisfacción usuaria en las instituciones analizadas son realizadas por escrito en forma presencial en diferentes unidades de los establecimientos. Se usa una calificación con notas de 1 a 7 y la encuesta es

aplicada por el área de marketing y/o de operaciones en los establecimientos privados. Estas respuestas permiten mejorar procesos y que en algunos casos pueden ser implementadas. En Clínica Dávila se realizan encuestas telefónicas de medición de satisfacción usuaria.

En el HUAP las mediciones de satisfacción usuaria se realizan anualmente como herramienta para medir la gestión de mejora al trato usuario, estas son realizadas por el departamento de Satisfacción Usuaria.

Tabla N°14: Medición de Satisfacción Usuaria

<b>Acción</b>	<b>Clínica Dávila</b>	<b>H.C Universidad Católica</b>	<b>H.C. Universidad de Chile</b>	<b>HUAP</b>
Medición de Satisfacción Usuaria	Si	Si	Si	Si
Periódica	Mensual	Mensual	Mensual	Anual
Presencial	Si	Si	Si	Si
Telefónico	Si	No	No	No

Fuente: Elaboración propia. Año 2013

### **3.6 Atención Ambulatoria**

En los establecimientos privados, el ingreso de pacientes es por vía telefónica y el mismo mecanismo se aplica para derivación de control y

hospitalizaciones desde la urgencia. Comienza por el proceso de pago en cajas (servicios médicos) y está normado el llamado del médico tratante por el nombre del paciente. El tiempo de espera no debe pasar de 20 minutos y en Clínica Dávila cuentan con un sistema de alarma que da a conocer el tiempo de espera de los usuarios, en caso de atraso del médico. El horario de atención es de 8.30 a 20.30 horas. Según horarios de cada médico

En el HUAP, el ingreso a la atención ambulatoria, es para realizar el control post intervención quirúrgica u otro procedimiento que requiera evaluación posterior, normalmente una semana, esta prestación se realiza en la unidad de Policlínico, utilizado principalmente por pacientes que son derivados de cirugía- Trauma- Quemados, para asignar hora medica post intervención, se produce una larga espera. La atención dental es ambulatoria y diariamente existen cupos para otorgar la atención.

### **3.7Atención de Urgencia.**

La atención de urgencia atiende a pacientes las 24 horas, este tipo de atención debe tener un particular cuidado con el paciente y sus familiares, sobre todo en la entrega de información. No obstante, el procedimiento de atención es estándar para todos los establecimientos, los pacientes ingresan al Triage, clasificación internacional proceso con el que se selecciona a las personas a partir de su necesidad de recibir tratamiento médico inmediato cuando los

recursos disponibles son limitados y poder priorizar su atención y ubicarlo correctamente dentro de la unidad de urgencias. La Categorización de pacientes en el rango C1 a C5, siendo C1 la de mayor gravedad.

Tabla N° 15: Relación entre escalas y niveles de gravedad en el SET.

<b>Nivel</b>	<b>Color</b>	<b>Categoría</b>	<b>Tiempo de atención</b>
C1	Azul	Reanimación	Inmediato
C2	Rojo	Emergencia	Inmediato enfermería/Médico 7 Minutos
C3	Naranja	Urgente	30 minutos
C4	Verde	Menos urgente	45 minutos
C5	Negro	No urgente	Mayor a 60 minutos

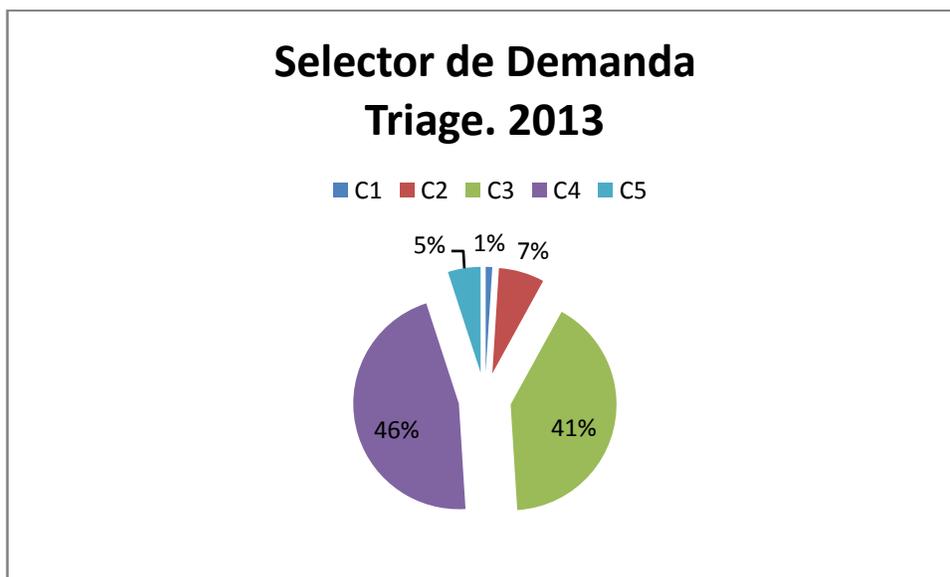
FUENTE: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original8.pdf> [consulta: 21 agosto 2013]

Existe una gran diferencia en la categorización de demanda en los establecimientos privados, donde la categorización de Urgencia no supera el 10 % la categorización C3, y donde más del 70 % corresponde a la categorización C5. En los establecimientos privados el médico tratante tiene como obligación dar

información a los familiares del estado de salud del paciente. En caso de derivación a otro centro hospitalario, el responsable de entregar esta información es el médico de turno.

En el HUAP presenta ciertas características particulares, según la gravedad de su estado y si presenta acompañantes, entrega la información del estado del paciente, de lo contrario a través de los profesionales del programa enlace realizan el contacto con sus familiares.

Figura N° 2: Selector Demanda HUAP.



Fuente: Cuenta pública 2014

### **3.8 Atención Hospitalaria**

En los establecimientos privados en su mayoría es programa por el médico tratante. Es el paciente quien realiza los trámites para la hospitalización, que incluye la asignación de camas, pagos, ver convenios con la ISAPRE o FONASA según corresponda. Una vez recopilado los antecedentes otra vez se dirigen al establecimiento de salud, confirmando día y fecha de la hospitalización, en la mayoría de los casos es para hacer una intervención quirúrgica. Siempre es el médico tratante el que informa a los familiares del estado de salud del paciente, y también es el médico quien monitorea al paciente, durante la estadía en el establecimiento de salud. El horario de visita es desde las 9.00 a las 20.30 horas en la mayoría de los hospitales, con restricciones mínimas de las visitas, horarios, existiendo excepciones por la gravedad en que se encuentra los pacientes, como son los pacientes UTI, UCI, a los que solo permiten las visitas de un adulto y 1 a 2 horas al día.

En el HUAP, los pacientes ingresan a través de la atención de urgencia, con indicación de hospitalización, no alcanzando en algunas oportunidades la disponibilidad de camas. En el año 2013 en el 75% de los usuarios ingresaron al HUAP, el 14% fueron derivados a otro establecimientos, el 10 % permaneció en Box de sala de Urgencia, mientras un 1% rechaza la hospitalización.

### **3.9 Comité de Reclamos**

Esta es una instancia valiosa de aprendizaje y mejora de procesos en todos los establecimientos analizados y contempla las siguientes actividades:

- Visualizar e informar lo que sucede, cuáles son las inquietudes, quejas y sugerencias de los usuarios. En los establecimientos está protocolizada la manera cómo resolver las inquietudes y superar las debilidades de la organización, logrando así un mejoramiento continuo.
- El departamento de gestión del Usuario es el encargado de coordinar todas las actividades pertinentes al sistema de quejas y reclamos, desde la recepción de las mismas y clasificación, hasta la solución y cierre de las quejas y reclamos.

Los comités de Reclamos son resolutivos, que contempla la investigación del reclamo, y su posterior contestación.

En el sector privado los miembros de nivel directivo que lo integran

- Director Médico
- Gerente o Subgerentes Administrativos
- Asesor Jurídico
- Contralor Médico

- Director de Ética
- Director de Calidad
- Enfermera Jefa
- Jefe de Gestión de Reclamo
- Director de Comunicación

Alcances: solicita acción legal, extrajudicial, entrevistas

En el HUAP la ejecución de este comité por variados motivos no se efectúan, este tipo de reuniones periódicas y en oportunidades depende de la voluntad de sus miembros

Tabla N° 16. Comité de reclamos

<b>Acción</b>	<b>Clínica Dávila</b>	<b>H.C Universidad Católica</b>	<b>H.C. Universidad de Chile</b>	<b>HUAP</b>
Comité de Reclamos	Si	Si	Si	Si
Funcionamiento periódico	Si	Si	Si	No

Fuente: Elaboración Propia

## **CAPITULO IV: DISCUSIÓN**

En este capítulo se presentan las oportunidades de mejora que se obtuvieron a través del estudio benchmarking, y se proponen los planes para cubrir las falencias que existen en el HUAP.

Los planes de mejoras consisten en acciones a realizar por una organización, con el propósito de cumplir objetivos planteados. El cumplimiento de uno objetivo se verificarán con la medición de indicadores.

### **4.1 Departamento de Gestión del Usuario**

Las iniciativas de mejoramiento, de buenos resultados, de experiencias exitosas, deben ser incorporadas desde la alta dirección del HUAP, existiendo estrategias y objetivos claramente definidos para cumplir con la misión la que esta basada en el buen servicio de los pacientes y sus familiares, creando un alto grado de compromiso con la institución y el personal.

El Departamento de Gestión del Usuario del HUAP, deberá reestructurarse para mejorar la satisfacción del usuario: Para ello el departamento de Gestión del usuario deberá liderar el cambio, ser capaz de

involucrar a todo el personal de la organización, como también incorporar a las empresas de outsourcing que trabajan en ella.

Tabla N°17: Plan de Mejora Departamento de Gestión del Usuario

Propuesta de Mejora	Implementación de un nuevo liderazgo
Enfocado	La transformación de un estilo que implique una participación de todas las unidades y servicios al interior del HUAP. Se debe implementar una cultura de sinergia al interior del HUAP, entre las personas que trabajan y dirigen la institución. Crear mecanismos innovadores y de aprendizaje para que los trabajadores conozca el manejo e Importancia del departamento.
Responsable	Director del Hospital.
Medio de Verificación	Aplicación de Test a los trabajadores, actas de las reuniones mensuales, evaluación continua de mejoramiento de trato

Fuente: Elaboración propia. Año 214

## 4.2 Atención Call Center

La gestión de Call Center, visto en este informe, es beneficiosa, ya que permite una vía de comunicación, orientada a la información acerca de la dación de horas, obtener antecedentes de los pacientes hospitalizados, y realización de solicitudes. Es importante destacar que debería contemplar la capacitación, e inducción a quienes se integren en estas labores, como también implementar el script que “identifique al personal que atiende el llamado”, la “importancia del llamado”, “el registro de llamado”, “Identificación del usuario” y “el propósito de la llamada”.

La información proporcionada es procesada y entregada a las unidades o departamentos con el objetivo de mejorar la atención.

Tabla N°18: Plan de Mejora Atención Call Center

Propuesta de Mejora	Incorporar un Call Center en el HUAP
Enfocado	A los usuarios externos del Hospital
Responsable	Jefe de Operaciones y Jefe de Gestión del Usuario
Medio de Verificación	Implementar central telefónica

Fuente: Elaboración propia. Año 214

### 4.3 Atención Personalizada

La totalidad del personal del HUAP debe estar identificado, según lo establece la ley de Derecho y Deberes de los pacientes, y el uso de uniforme a funcionarios que atiende público contribuye a la orientación de los pacientes.

Las funciones que realiza el personal de atención de público, consiste en ingresar, clasificar y contestar los reclamos. Los ejecutivos en terreno orientan a los usuarios y usuarias, además de trabajar en la mediación de conflictos.

Tabla N° 19: Plan de Mejora Atención Personalizada

Propuesta de Mejora	Diseño de un sistema de medición de logros, de metas de trabajo y trabajo en equipo
Enfocado	Establecer un sistema de medición de metas de los funcionarios de modo de detectar falencias y corregir falencias en el trato. Se propone establecer compromisos con los empleados, capacitar y lograr el máximo potencial
Responsable	Jefe de RRHH.
Medio de Verificación	Informe de evaluación de metas por funcionario

Fuente: Elaboración propia. Año 214

#### 4.4 Ingreso de Solicitud

En el HUAP, las vías de ingreso de solicitudes se realizan a través del portal [www.tramiteenlinea.cl](http://www.tramiteenlinea.cl), [www.huap.cly](http://www.huap.cly) en forma presencial. El sistema informático o planilla escritas a mano, solo categoriza en los ámbitos clínico y administrativo. Esta categorización no permite observarlas área, y/ o Unidades o servicios que presentan conflictos. No existe respuesta tipo y la contestación es realizada por: Jefa del departamento atención al Usuario, ejecutivos atención, y en casos de alta complejidad a través de la Dirección Médica se realiza la respuesta.

Los casos en los que se realizan demandas judicial, cuenta con un staff jurídico para representarlos a las espera que la justicia determine la sentencia. En el tiempo de resolución de Solicitudes se establecen 15 días como máximo y es respondida a través de carta certificada o e-mail.

Tabla N° 20: Plan de Mejora Ingreso de Solicitudes.

Propuesta de Mejora	Análisis y Seguimiento de la respuesta a los Usuarios
Enfocado	Cumplir con la calidad y contenidos en las respuestas, mediante el análisis de la información obtenida entre las partes. El proceso debe ser

	traspasado a un sistema informático para poder medir el número de reclamos y cuantificar esta información. La utilización de esta información será un insumo para el mejoramiento del HUAP.
Responsable	Jefe de Departamento de Gestión del Usuario
Medio de Verificación	Informe de evaluación por Unidades o Servicio

Fuente: Elaboración propia. Año 214

#### 4.5 Medición de Satisfacción Usuaría

Mensualmente, desde la dirección del HUAP, y a través el Departamento de Atención al Usuario, se reportara un informe a la dirección que incluirá la cantidad de reclamos, sus motivos, e identificación de responsables de cada situación.

Tabla N° 21: Plan de Mejora Medición de Satisfacción Usuaría.

Propuesta de Mejora	Seguimiento de la Satisfacción Usuaría
Enfocado	Al mejoramiento en las unidades y/o servicios del HUAP
Responsable	Jefe de Comunicaciones
Medio de Verificación	Boletín informativo mensual, realizado por el departamento de comunicaciones.

Fuente: Elaboración propia. Año 214

#### **4.6 Oficina de Informaciones Reclamos y Sugerencias. OIRS**

La Oficina de Informaciones, reclamos y sugerencias. OIRS; es determinante en la relación paciente y la administración del establecimiento. Es necesario reorganizar sus funciones, ya que, las personas tienen por ley derecho de informarse, sugerir y reclamar, para contribuir al mejoramiento de la atención, si bien es sabido el mecanismo de atención, la oficina debe presentar una mayor utilidad en:

1.- Informar al usuario acerca de los servicios que presta, incluye información de los pacientes hospitalizados a sus familiares, No entregar diagnósticos Médicos, inscripción de tutores e inducción de tutores, plazos de entrega de documentos, importante es el acompañamiento al usuario cuando encuentra dificultades en la tramitación de su solicitud.

2.- Análisis Recibir y estudiar las sugerencias y reclamos que los usuarios presenten para mejorar el funcionamiento de ese servicio.

3.- A los funcionarios que presenten algún reclamo, tener posibilidades de contestación cualquier tipo de irregularidad que afecte los intereses del usuario. Establecer coordinación con dispositivos de información y comunicación perteneciente al propio establecimiento.-

Tabla N° 22: Plan de Mejora Oficina de Informaciones de Reclamos y Sugerencias.

Propuesta de Mejora	Rediseñar la Oficina de Información, reclamos y sugerencias
Enfocado	Contribuir a los usuarios, tutores y funcionarios, estableciendo un mecanismo de comunicación y retroalimentación entre todas las unidades.
Responsable	Jefa del departamento de Gestión del Usuario
Medio de Verificación	Actas de reuniones internas del Departamento

Fuente: Elaboración propia. Año 214

#### 4.7 Atención Ambulatoria

Expuesto en el estudio el HUAP, la atención ambulatoria solo es para realizar el control post intervención quirúrgica, esta prestación se realiza en la unidad del policlínico, utilizado principalmente por pacientes que son derivados de cirugía- Trauma- Quemados, la hora medica se asigna, sin embargo por un problema cultural, el cual los pacientes llegan dos horas más temprano , se produce una larga espera, para ello es imperiosamente necesario respetar horas asignadas.

La atención dental es ambulatoria, en promedio se atienden 114 consultas diarias, lo que provoca largas horas esperando atención.

Tabla N° 23: Plan de Mejoras en Atención Ambulatoria

Propuesta de Mejora	Crear un sistema de control de usuarios que requieren atención Ambulatoria
Enfocado	Los usuarios que requieren atención ambulatoria, es necesario crear un sistema de dación de horas.
Responsable	Jefe de Policlínico y Jefe atención dental
Medio de Verificación	Sistema de control.

Fuente: Elaboración propia. Año 214

#### 4.8 Atención Urgencia

La esencia del HUAP, es la atención de urgencia anualmente atiende a 216 consultas de Urgencia diariamente, y el selector de demanda (Triage), corresponde en su mayoría la C4. El contacto con los usuarios y sus familiares requiere de mejorar el proceso de comunicación, ser informados del estado de los pacientes. A través del departamento de gestión del usuario, es relevante agregar la función de ser nexo entre usuarios, médicos tratantes y psicólogos del programa enlace, deben ser resolutivas, monitorear de tiempos de espera, en las salas de urgencias e informar del tiempo aproximado de espera, y

comenzar a educar a los usuarios con el buen uso de la atención de urgencia.

Tabla N° 24: Plan de Mejoras Atención de Urgencia

Propuesta de Mejora	Diseñar un protocolo de atención al usuario en la Atención de Urgencia
Enfocado	Poner a disposición de los funcionarios y de los usuarios un protocolo de atención enfocado a mejorar la calidad de atención
Responsable	Jefe de Urgencia
Medio de Verificación	Protocolizar la atención de los usuarios en la Unidad de Urgencia.

Fuente: Elaboración propia. Año 214

#### 4.9 Atención Hospitalaria

Los usuarios que deben ser hospitalizados, son derivados al interior del hospital, dependiendo del tipo de patología que presenta. El tutor le realizan una inducción, conocimientos de sus deberes y obligaciones de pacientes y sus familiares, tarea relevante en la información que entrega por parte del hospital y su entorno cercano. En muchas ocasiones son los familiares los que se encuentran esperando por largas horas a médicos o enfermeras para

saber del estado de salud del paciente, en estos casos la pronta solución es la intermediación que realizar los ejecutivos de las OIRS, y es obligación del personal médico entregar la información a los familiares de la situación actual de los pacientes, como también asignar horas de visita posterior a la intervención

Tabla N°25: Plan de Mejoras Atención Hospitalaria

Propuesta de Mejora	Crear sistema información que permita conocer la ubicación y estado del paciente
Enfocado	Usuarios
Responsable	Jefe del Departamento de Gestión del Usuario
Medio de Verificación	Sistema informático

Fuente: elaboración propia. Año 214

#### 4.10 Comité de Reclamos

En el HAUP el comité de reclamos, requiere de posicionarse como instancia valiosa de aprendizaje y mejora, permite ser resolutivos, contempla la investigación del reclamo, análisis de procedimientos, responsabilizar a colaboradores del establecimientos y su posterior contestación. Es necesario otorgar la obligatoriedad de implementar, y que los miembros integrantes comprometan un alto grado de responsabilidad.

Tabla N°26: Plan de Mejora Comité de Reclamos

Propuesta de Mejora	Posicionar el Comité de Reclamo a todas las Unidades y/o servicios del Huap
Enfocado	A todos los funcionarios
Responsable	Director del HUAP
Medio de Verificación	Acta de reuniones

Fuente: Elaboración propia. Año 214

## V. CONCLUSIONES

EL estudio revela que la satisfacción de los Usuarios presenta una brecha importante en la consecución de su Misión y también de su Visión del HUAP. Dicho de otro modo, los procesos de gestión y su orientación han de someterse a evaluación y mejora continua con el objetivo de procurar la satisfacción de los usuarios.

Desde la perspectiva de los usuarios del HUAP, el análisis realizado ha identificado y validado, en términos iniciales, los factores de gestión orientados al usuario que inciden en sus percepciones de calidad y satisfacción. Varios de los factores de gestión que inciden en la percepción de calidad son aspectos relacionados con la orientación de atención al usuario, lo cual viene a complementar los resultados obtenidos en las diferentes evaluaciones de satisfacción usuaria y el número de reclamos.

Se ha podido determinar que el trato otorgado por el personal del hospital es el que provoca un mayor efecto sobre la calidad percibida por el usuario. En segundo lugar influye, la gestión de información, con los distintos elementos del servicio, las desinformaciones son percibidas por los pacientes como una incerteza que provoca un sentimiento agudo de inseguridad por lo que se valora la apertura de información directa para ellos y sus familiares. Y por último señalar que el factor que más influye es el relativo a los tiempos de atención, es decir, la

rapidez con que lo atienden es un atributo altamente valorado. Si bien se focaliza en el tiempo que demoran en atenderlo, conseguir una cama, determinar el diagnóstico y tratamiento, los usuarios esperan que lo atiendan cuando él lo necesita, lo que al no ocurrir generan un profundo sentimiento de insatisfacción.

La Ley de Derechos y deberes de los pacientes comienza a atender, aunque tímidamente, a la autonomía de los pacientes, pero debemos señalar que queda mucho por delante en la humanización de la atención en salud, en la excelencia de los cuidados con los pacientes y sus familiares, en la calidad asistencial y en la atención clínica.

El Sistema de Acreditación en Chile aparece como otra medida para asegurar la calidad de la atención, sin embargo, no considera la calidad como un proceso continuo de mejoramiento de procesos en los prestadores a quienes están acreditados para resolver patologías GES

Este estudio proporciona conclusiones relevantes en relación al objetivo perseguido, la aplicación de planes de mejora no se ha probado para las diferentes unidades y/ servicios, lo que supone una limitación de la investigación.

Lograr una mayor satisfacción global con el servicio recibido, es una de las tareas de la Dirección del HUAP la que debe responder a las necesidades de los usuarios, estas deben ser proactivas con capacidad de urgencia al cambio, y

trabajo con todos sus colaboradores en actividades de mejoramiento en la atención.

En el Departamento de Gestión del Usuario, debe existir un empoderamiento de la jefatura, capaz de involucrar a todo el personal de la institución como a los otros departamentos, planificar acciones para cumplir con la satisfacción del usuario, a través de la capacitación, realizar un enfoque de marketing, reconocer las necesidades de los usuarios, trabajo conjunto con el Departamento Jurídico y Asuntos Médicos, con el fin disminuir riesgos en la labor de atención al paciente y su familia.

Estas observaciones son importantes ya que permiten generar estrategias orientadas a mejorar el grado de satisfacción de los usuarios del sistema de salud.

## REFERENCIAS

### Bibliográfica

1. ANDERSON, Kristin; KERR, Carol. Customer Relationship Management. 1° Edición. Mexico: McGraw-Hill, 2001. 168p. ISBN 0-07-137954-1.
2. CHIAVENATO, Idalberto. Introducción a la Teoría General de la Administración, 7° Edición, Mexico: McGraw-Hill Interamericana, 2004, 131 p. ISBN 970-10-5777-5
3. CROSBY, L.B, DEVITO, R y PEARSON, J.M. Manage Your Customers Perception of Quality. Review of business, 2003, p 18
4. DEMING, W. Edwards. Out of the Crisis. Massachusetts Institute of Technology. 1982. 493 P. ISBN 0-262-54115-7
5. ERAZO, A, Titelman D. Cobertura y garantías en salud. Políticas públicas para un Estado social de derechos. El paradigma de los derechos universales. Santiago: LOM Ediciones, Henry Dunant América Latina; 2008. 253 p.
6. JIMENEZ, Wilburg, Introducción al estudio de la teoría administrativa. 4 ° edición. Fondo de Cultura Económica, 1974. 392 P. ISBN 9789681600020
7. GATTINI- RUIZ. Salud en Sudamérica: Organización Panamericana de la Salud. Panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud. Washington DC. 2012. ISBN: 978-92-75-31714-3
8. KOONTZ- WEHRICH. Administración, una perspectiva global. McGraw Hill. 2004. 804 p. ISBN 970-10-3949-1

- 9.LINARES, Francisco. Manual Didáctico de cambio organizacional, hacia la gestión de procesos, calidad e innovación de negocios. 1012. 120 p. ISBN 3659042269
- 10.LOHR, KN, WEHLING, Harris. Medicare: A Strategy for quality assurance I: A recapitulation of the study and a definition of quality of care.Institute of Medicine, National Academy of Sciences, Washington DC. Revista Vol 17. ISSN: 0097-5990.
- 11.ROSSELOT, E. Aseguramiento de la calidad profesional. Un nuevo marco ético para el ejercicio de la medicina. Edición Sociedad médica de Chile. 2008. Vol 133, Número 12.
- 12.SPENDOLINI, M. The Benchmarking .19° Edición. Grupo Editorial Norma. Bogotá. 1992. P330. ISBN 958-04-8564-X
- 13.TORRES, B, cesar Augusto. Metodología de la investigación, para administración, economía, humanidades y ciencias sociales. 2° Edición. México: Pearson Educación, 2006.286 p. ISBN. 9789702606451
- 14.PIGORS, MYERS. La Administración de Personal. Tercera edición, Editorial Continental S.A. México 1985. ISBN 978-968-260-508-6
- 15.WADDELL, Dianne, Amrik S. Sohal, Resistance: a constructive tool for change management, Management Decision, 1998.Vol. 36.548 p. ISSN 0025-1747

## Medios Electrónicos

16. MINSAL. Ministerio de Salud Chile.< [http://web.minsal.cl/mision\\_vision](http://web.minsal.cl/mision_vision) >

[consulta: 16 de agosto de 2014].

17. MINSAL. Ministerio de

Salud.<<http://web.minsal.cl/portal/url/item/bc401e507f8b72c8e040010165014d8c.pdf>> [ Consulta: 16 de agosto de 2014]

18. HUAP. Hospital Asistencia Pública. Cuenta pública

<[http://huap.redsalud.gob.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2014/08/estado-recepcion-huap.pdf](http://huap.redsalud.gob.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/08/estado-recepcion-huap.pdf)> [Consulta: 22 septiembre 2014].

19. SCIELO. ScientificElectronic Library Online. Benchmarking y su Aplicación en

Turismo.<[http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-99112010000200012&script=sci_arttext)

[99112010000200012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-99112010000200012&script=sci_arttext)> [Consulta: 9 diciembre 2014]

20. Centro de Políticas Públicas. Universidad Católica de Chile.

<[http://politicaspublicas.uc.cl/cpp/static/uploads/adjuntos\\_publicaciones/adjuntos\\_publicacion.archivo\\_adjunto.80d1727c57c4052a.53544133382e706466.pdf](http://politicaspublicas.uc.cl/cpp/static/uploads/adjuntos_publicaciones/adjuntos_publicacion.archivo_adjunto.80d1727c57c4052a.53544133382e706466.pdf)>

[consulta: 14 julio 2014]

21. Gobierno de Chile. <<http://www.saludyfuturo.cl/images/pdf/gestion.pdf>>

[consulta: 22 de Agosto de 2013]

22. PAHO. Organización Panamericana de la Salud

<<http://www.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20en%20sam%202012%20%28ene.13%29>>. [consulta: 26 julio 2013]

## ANEXOS

LEY 20.584 REGULA LOS DERECHOS Y DEBERES QUE TIENEN LAS PERSONAS EN RELACIÓN CON ACCIONES VINCULADAS A SU ATENCIÓN EN SALUD. Promulgada el 13 de Abril de 2012.

Extracto de Ley:

**Artículo 1º.-** Esta ley tiene por objeto regular los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.

**Artículo 2º.-** Toda persona tiene derecho, cualquiera que sea el prestador que ejecute las acciones de promoción, protección y recuperación de su salud y de su rehabilitación, a que ellas sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria, en las formas y condiciones que determinan la Constitución y las leyes.

**Artículo 3º.-** Se entiende por prestador de salud, en adelante el prestador, toda persona, natural o jurídica, pública o privada, cuya actividad sea el otorgamiento de atenciones de salud. Los prestadores son de dos categorías: institucionales e individuales.

**Artículo 4º.-** Toda persona tiene derecho a que, en el marco de la atención de salud que se le brinda, los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales cumplan las normas vigentes en el país, y con los protocolos establecidos, en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención de salud, referentes a materias tales como infecciones intrahospitalarias, identificación y accidentabilidad de los pacientes, errores en la atención de salud y, en general, todos aquellos eventos adversos evitables según las prácticas comúnmente aceptadas. Adicionalmente, toda persona o quien la represente tiene derecho a ser informada acerca de la ocurrencia de un evento adverso, independientemente de la magnitud de los daños que aquel haya ocasionado.

**Artículo 5º.-** En su atención de salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia.

**Artículo 6º.-** Toda persona tiene derecho a que los prestadores le faciliten la compañía de familiares y amigos cercanos durante su hospitalización y con ocasión de prestaciones

ambulatorias, de acuerdo con la reglamentación interna de cada establecimiento, la que en ningún caso podrá restringir este derecho de la persona más allá de lo que requiera su beneficio clínico.

**Artículo 7º.-** En aquellos territorios con alta concentración de población indígena, los prestadores institucionales públicos deberán asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, lo cual se expresará en la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas, el cual deberá contener, a lo menos, el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas de los sistemas de sanación de los pueblos originarios; la existencia de facilitadores interculturales y señalización en idioma español y del pueblo originario que corresponda al territorio, y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura.

**Artículo 8º.-** Toda persona tiene derecho a que el prestador institucional le proporcione información suficiente, oportuna, veraz y comprensible, sea en forma visual, verbal o por escrito.

**Artículo 9º.-** Toda persona tiene derecho a que todos y cada uno de los miembros del equipo de salud que la atiendan tengan algún sistema visible de identificación personal, incluyendo la función que desempeñan, así como a saber quien autoriza y efectúa sus diagnósticos y tratamientos.

**Artículo 10.-** Toda persona tiene derecho a ser informada, en forma oportuna y comprensible, por parte del médico u otro profesional tratante, acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio cuando procediere, de acuerdo con su edad y condición personal y emocional.

**Artículo 11.-** Toda persona tendrá derecho a recibir, por parte del médico tratante, una vez finalizada su hospitalización, un informe legible que, a lo menos, deberá contener: a) La identificación de la persona y del profesional que actuó como tratante principal; b) El período de tratamiento; c) Una información comprensible acerca del diagnóstico de ingreso y de alta, con sus respectivas fechas, y los resultados más relevantes de exámenes y procedimientos efectuados que

sean pertinentes al diagnóstico e indicaciones a seguir, y d) Una lista de los medicamentos y dosis suministrados durante el tratamiento y de aquellos prescritos en la receta médica.

**Artículo 12.-** La ficha clínica es el instrumento obligatorio en el que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de las personas, que tiene como finalidad la integración de la información necesaria en el proceso asistencial de cada paciente. Podrá configurarse de manera electrónica, en papel o en cualquier otro soporte, siempre que los registros sean completos y se asegure el oportuno acceso, conservación y confidencialidad de los datos, así como la autenticidad de su contenido y de los cambios efectuados en ella.

**Artículo 13.-** La ficha clínica permanecerá por un período de al menos quince años en poder del prestador, quien será responsable de la reserva de su contenido. Un reglamento expedido a través del Ministerio de Salud establecerá la forma y las condiciones bajo las cuales los prestadores almacenarán las fichas, así como las normas necesarias para su administración, adecuada protección y eliminación.

**Artículo 14.-** Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, con las limitaciones establecidas en el artículo 16.

**Artículo 15.-** No obstante lo establecido en el artículo anterior, no se requerirá la manifestación de voluntad en determinadas situaciones.

**Artículo 16.-** La persona que fuere informada de que su estado de salud es terminal, tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier tratamiento que tenga como efecto prolongar artificialmente su vida, sin perjuicio de mantener las medidas de soporte ordinario. En ningún caso, el rechazo de tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte.

**Artículo 17.-** En el caso de que el profesional tratante tenga dudas acerca de la competencia de la persona, o estime que la decisión manifestada por ésta o sus representantes legales la expone a graves daños a su salud o a riesgo de morir, que serían evitables prudencialmente siguiendo los

tratamientos indicados, deberá solicitar la opinión del comité de ética del establecimiento o, en caso de no poseer uno, al que según el reglamento dispuesto en el artículo 20 le corresponda.

**Artículo 18.-** En el caso de que la persona, en virtud de los artículos anteriores, expresare su voluntad de no ser tratada, quisiera interrumpir el tratamiento o se negare a cumplir las prescripciones médicas, podrá solicitar el alta voluntaria. Asimismo, en estos casos, la Dirección del correspondiente establecimiento de salud, a propuesta del profesional tratante y previa consulta al comité de ética, podrá decretar el alta forzosa.

**Artículo 19.-** Tratándose de personas en estado de muerte cerebral, la defunción se certificará una vez que ésta se haya acreditado de acuerdo con las prescripciones que al respecto contiene el artículo 11 de la ley N°19.451, con prescindencia de la calidad de donante de órganos que pueda tener la persona.

**Artículo 20.-** Mediante un reglamento expedido a través del Ministerio de Salud se establecerán las normas necesarias para la creación, funcionamiento periódico y control de los comités de ética, y los mecanismos que permitirán a los establecimientos acceder a comités de ética de su elección, en caso de que no posean o no estén en condiciones de constituir uno. Además, se fijarán mediante instrucciones y resoluciones las normas técnicas y administrativas necesarias para la estandarización de los procesos y documentos vinculados al ejercicio de los derechos regulados en este párrafo.

**Artículo 21.-** Toda persona deberá ser informada y tendrá derecho a elegir su incorporación en cualquier tipo de investigación científica biomédica, en los términos de la ley N°20.120. Su expresión de voluntad deberá ser previa, expresa, libre, informada, personal y constar por escrito. En ningún caso esta decisión podrá significar menoscabo en su atención ni menos sanción alguna.

**Artículo 22.-** Mediante un reglamento expedido por el Ministerio de Salud, en los términos de la ley N°20.120, se establecerán las normas necesarias para regular los requisitos de los protocolos de investigación y los procedimientos administrativos y normas sobre constitución, funcionamiento y financiamiento de comités para la evaluación ético-científica; para la aprobación de protocolos y para la acreditación de los comités por parte de la Autoridad Sanitaria; la declaración y efectos

sobre conflictos de interés de investigadores, autoridades y miembros de comités y, en general, las demás normas necesarias para la adecuada protección de los derechos de las personas respecto de la investigación científica biomédica.

**Artículo 23.-** La reserva de la información que el profesional tratante debe mantener frente al paciente o la restricción al acceso por parte del titular a los contenidos de su ficha clínica, en razón de los efectos negativos que esa información pudiera tener en su estado mental, obliga al profesional a informar al representante legal del paciente o a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre, las razones médicas que justifican tal reserva o restricción.

**Artículo 24.-** Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 15 de esta ley, si la persona no se encuentra en condiciones de manifestar su voluntad, las indicaciones y aplicación de tratamientos invasivos e irreversibles, tales como esterilización con fines contraceptivos, psicocirugía u otro de carácter irreversible, deberán contar siempre con el informe favorable del comité de ética del establecimiento.

**Artículo 25.-** Una persona puede ser objeto de hospitalización involuntaria siempre que se reúnan condiciones.

**Artículo 26.-** El empleo extraordinario de las medidas de aislamiento o contención física y farmacológica deberá llevarse a cabo con pleno respeto a la dignidad de la persona objeto de tales medidas, las cuales sólo podrán aplicarse en los casos en que concurra indicación terapéutica acreditada por un médico, que no exista otra alternativa menos restrictiva y que la necesidad de su aplicación fuere proporcional en relación a la conducta gravemente perturbadora o agresiva.

**Artículo 27.-** Sin perjuicio del derecho de la persona con discapacidad psíquica o intelectual a otorgar su autorización o denegarla para ser sometida a tratamientos, excepcionalmente y sólo cuando su estado lo impida, podrá ser tratada involuntariamente.

**Artículo 28.-** Ninguna persona con discapacidad psíquica o intelectual que no pueda expresar su voluntad podrá participar en una investigación científica.

**Artículo 29.-** Sin perjuicio de las facultades de los tribunales ordinarios de justicia, el Ministerio de Salud deberá asegurar la existencia y funcionamiento de una Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales y de Comisiones Regionales de Protección, una en cada región del país, cuya función principal será velar por la protección de derechos y defensoría de las personas con discapacidad psíquica o intelectual en la atención de salud entregada por los prestadores públicos o privados, sea en las modalidades de atención comunitaria, ambulatoria, hospitalaria o de urgencia.

**Artículo 30.-** Sin perjuicio de los mecanismos e instancias de participación creados por ley, por reglamento o por resolución, toda persona tiene derecho a efectuar las consultas y los reclamos que estime pertinentes, respecto de la atención de salud recibida. Asimismo, los usuarios podrán manifestar por escrito sus sugerencias y opiniones respecto de dicha atención.

**Artículo 31.-** Los prestadores institucionales, públicos y privados, mantendrán una base de datos actualizada y otros registros de libre acceso, con información que contenga los precios de las prestaciones, de los insumos y de los medicamentos que cobren en la atención de personas.

**Artículo 32.-** Si las dosis de medicamentos o insumos fueren unitarias, en el caso de que la persona deba concurrir al pago de ellas, sólo estará obligada al pago de aquellas unidades efectivamente usadas en el tratamiento correspondiente.

**Artículo 33.-** Para el debido respeto de la normativa vigente en materia de salud, la autoridad competente implementará las medidas que aseguren una amplia difusión de ella.

**Artículo 34.-** Sin perjuicio del deber preferente del prestador de informar de acuerdo a lo indicado en el Párrafo 4º del Título II de esta ley, la persona que solicita una atención de salud procurará informarse acerca del funcionamiento del establecimiento que la recibe para los fines de la prestación que requiere, especialmente, respecto de los horarios y modalidades de atención, así como sobre los mecanismos de financiamiento existentes, sin perjuicio de la obligación del prestador de otorgar esta información. Asimismo, deberá informarse acerca de los procedimientos de consulta y reclamo establecidos.

**Artículo 35.-** Todas las personas que ingresen a los establecimientos de salud deberán cuidar las instalaciones y equipamiento que el prestador mantiene a disposición para los fines de atención, respondiendo de los perjuicios según las reglas generales.

**Artículo 36.-** Tanto la persona que solicita la atención de salud, como sus familiares o representantes legales, deberán colaborar con los miembros del equipo de salud que la atiende, informando de manera veraz acerca de sus necesidades y problemas de salud y de todos los antecedentes que conozcan o les sean solicitados para su adecuado diagnóstico y tratamiento.

**Artículo 37.-** Sin perjuicio del derecho de las personas a reclamar ante las diferentes instancias o entidades que determina la normativa vigente, toda persona podrá reclamar el cumplimiento de los derechos que esta ley le confiere ante el prestador institucional, el que deberá contar con personal especialmente habilitado para este efecto y con un sistema de registro y respuesta escrita de los reclamos planteados. El prestador deberá adoptar las medidas que procedan para la acertada solución de las irregularidades detectadas.

**Artículo 38.-** Corresponderá a los prestadores públicos y privados dar cumplimiento a los derechos que esta ley consagra a todas las personas. En el caso de los prestadores institucionales públicos, deberán, además, adoptar las medidas que sean necesarias para hacer efectiva la responsabilidad administrativa de los funcionarios, mediante los procedimientos administrativos o procesos de calificación correspondientes.